



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE
MANABÍ**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TESIS DE GRADO
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO

TEMA

**“ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS
MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO - JULIO DEL
2012”**

AUTORAS

NAVARRETE DOMINGUEZ JOHANNA LIZBETH
PAVÓN PÉREZ SOFÍA MAGDALENA

DIRECTOR DE TESIS
DR. NELSON CAMPOS

PORTOVIEJO, AGOSTO DEL 2012

TEMA

“ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO - JULIO DEL 2012”

DEDICATORIA

Gracias a Dios hoy asciendo un peldaño más con dirección al éxito razón por lo cual quiero dedicar este trabajo a mis padres, el Sr. Liborio Navarrete y la Sra. Lubi Domínguez pilares fundamentales en mi vida y mis dos grandes ejemplos a seguir.

Porque han sido ellos quienes me han brindado su apoyo incondicional, me han guiado con sus sabios consejos en mi realización tanto personal como profesional y me han impulsado a seguir adelante y no dejarme vencer por cualquier obstáculo aunque este parezca difícil.

Le dedico esta investigación también a mis hermanos, amigos y familiares que han estado a mi lado alentándome a lo largo de este recorrido.

Johanna Navarrete Domínguez

DEDICATORIA

El éxito alcanzado es un fruto que se cultiva con constancia y perseverancia, que se abona con esfuerzo y dedicación, logro que no sea solo de mi pertenencia, sino también de todas aquellas personas que me animaron a alcanzar esta meta.

Primero a Dios por ser mi fortaleza.

A mis padres, Sr. Segundo Rubén Pavón Vines y Sra. Luisa Magdalena Pérez Pilay, que con amor y dedicación forjaron mis valores y me han brindado su apoyo incondicional.

A mis hermanos Nelson, Adriana y Darío ejemplos de motivación permanente en mi anhelo de superación.

A mi madrina Lcda. Magdalena Cañarte de Luzón por el apoyo brindado.

Sofía Pavón Pérez

AGRADECIMIENTO

El éxito en la vida va ligado con el crecimiento personal, profesional y con el amor que uno mismo se tenga, es por esto que al culminar nuestra carrera queremos agradecer:

A Dios por guiarnos, acompañarnos y ser nuestra fortaleza a lo largo de este recorrido y nos ha permitido con su infinita bondad alcanzar esta meta.

A nuestra querida Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina por habernos acogido durante el periodo estudiantil y formarnos como profesionales.

A los señores miembros del Tribunal de Revisión y Evaluación quienes con sus valiosos conocimientos y paciencia nos guiaron en la realización de nuestra tesis.

A los directores y personal médico del Hospital Regional “Dr. Verdi Cevallos Balda” e Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social Portoviejo por permitirnos la ejecución y desarrollo de nuestra investigación.

Autoras.

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Dr. Nelson Campos tengo a bien certificar que la tesis de grado titulada **“ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO - JULIO DEL 2012”**, realizada por las egresadas de la Carrera de Medicina: Navarrete Domínguez Johanna Lizbeth y Pavón Pérez Sofía Magdalena se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de las autoras y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención de título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad y considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

Atentamente,

.....
Dr. Nelson Campos
DIRECTOR DE TESIS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO - JULIO DEL 2012”

TESIS DE GRADO

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizada por las egresadas, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

.....
Dr. Bosco Barberán Mera
DECANO DE LA FACULTAD

.....
Abg. Jhandry Sabando García
SECRETARIO ASESOR JURÍDICO

.....
Dra. Ingrid Vera
PRESIDENTA

.....
Dr. Nelson Campos
DIRECTOR

.....
Dra. Magaly Scott
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

.....
Dra. Mariela García
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARATORIA

Nosotros, NAVARRETE DOMÍNGUEZ JOHANNA LIZBETH y PAVÓN PÉREZ SOFÍA MAGDALENA, egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado **“ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO - JULIO DEL 2012”** es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director Dr. Nelson Campos.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a las autoras.

.....
Navarrete Domínguez Johanna Lizbeth

CI. 1312742057

.....
Pavón Pérez Sofía Magdalena

CI. 1312293614

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS.....	v
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN.....	vi
DECLARACIÓN SOBRE DERECHOS DE AUTOR.....	vii
ÍNDICE.....	viii
RESUMEN.....	xi
SUMMARY.....	xii
1 INTRODUCCIÓN.....	2
2 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	3
3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	6
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
4 OBJETIVOS.....	7
GENERAL:.....	7
ESPECÍFICOS:.....	7
5 MARCO TEORICO.....	8
DEFINICIÓN.....	8
TIPOS DE ESTRÉS.....	9
CAUSAS DEL ESTRÉS.....	13
EFECTOS DEL ESTRÉS.....	15
FASES DEL ESTRÉS.....	31
ESTRÉS LABORAL.....	36
SÍNDROME DE BURNOUT.....	40
6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	47
7 DISEÑO METODOLÓGICO.....	49
TIPO DE ESTUDIO.....	49
ÁREA DE ESTUDIO.....	49
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	49

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	49
TIEMPO DE ESTUDIO	50
POBLACIÓN O UNIVERSO.....	50
MUESTRA Y SU TIPO	50
INSTRUMENTOS E INVESTIGACIÓN	50
FORMULARIO DE RECOLECCIÓN	52
8. RECURSOS.....	53
MATERIALES Y EQUIPOS DE TRABAJO	53
RECURSOS HUMANOS	53
RECURSOS ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES	54
INSTITUCIONALES	54
PRESUPUESTO	54
9. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	55
10. CONCLUSIONES.....	95
11. RECOMENDACIONES.....	97
12. PROPUESTA	98
13. CRONOGRAMA.....	117
14. BIBLIOGRAFÍA	118
15. ANEXOS.....	119

RESUMEN

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano.

El estrés laboral es consecuencia de múltiples factores causales, incluyendo el ambiente físico, el trastorno de las funciones biológicas, la carga, el contenido y la organización del trabajo. Cuando evoluciona crónicamente puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado "Burnout", cuadro que, junto con significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización.

El presente trabajo está encaminado a determinar cuáles son las situaciones que promueven el desarrollo de estrés y como influyen en el desempeño laboral de los médicos residentes de los Hospitales "Verdi Cevallos Balda" e Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social Portoviejo.

SUMMARY

Stress is a natural and necessary for survival, despite which today is confused with pathology. When this natural response is given in excess of an overload of stress that affects the body and causes the appearance of diseases and pathological abnormalities that prevent the normal development and functioning of the human body.

Work stress is caused by multiple causal factors, including the physical environment, disruption of biological functions, load, content and organization of work. When it evolves chronically box can cause emotional exhaustion, emotional detachment, impersonal treatment and a general feeling of lack of personal accomplishment has been called "Burnout" chart, along with mean neglect of the welfare of the individual, results in lost productivity for the organization.

This paper aims to identify situations that promote the development of stress and how they influence the work performance of medical residents Hospitals “Verdi Cevallos Balda” e Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social Portoviejo.

1.- INTRODUCCIÓN

Es un hecho constatado que el trabajo dentro de la medicina, y concretamente la medicina de urgencia, es cada vez más duro y estresante aun con los avances científicos más especializados, como puede ocurrir en los hospitales, y que constituye una profesión de riesgo para el profesional que la ejerce por sus características implícitas, ya que las intervenciones de los facultativos condicionan la salud y la vida de otras personas.

El estrés es la respuesta de nuestro organismo a todas las presiones a las que está sometido; todo lo que nos estimula o todo lo que nos agrede provoca estrés. En los últimos años, está aumentando en el personal médico el número de bajas laborales por causas psicológicas como depresión, cansancio y agotamiento, dolores musculares inespecíficos, y tal vez por una oculta medicina defensiva, todo ello dentro del gran marco que constituye el estrés laboral.

Todos estos factores están reflejando sentimientos de tener que enfrentarse diariamente a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte de algunos pacientes y a las exigencias cada días más habituales que se producen en los servicios de urgencias hospitalarios por parte de algunos de los usuarios.

Todos estos acontecimientos repercuten en la actividad diaria de los médicos y en su quehacer diario predisponen a un malestar laboral e incluso a los abandonos de la profesión sin acabar el período formativo o de residencia, en algunos casos.

Es bien conocido que la atención médica urgente que se produce en los servicios de urgencia hospitalaria debe estar avalada, en la mayor parte de los casos, por los protocolos pero, además, ese acto médico que se produce en las urgencias precisa en ocasiones comportamientos y acciones diferentes que se podrían definir como el “arte y la ciencia” que refería el Dr. Marañón.¹

“La ciencia se aprende en los textos y en las universidades, pero el arte no se aprende en los libros convencionales ni tan siquiera en las facultades; se aprende con una formación continuada y con una experiencia clínica que se obtiene en la continua actividad laboral por los diferentes servicios hospitalarios que realizan los médicos residentes durante su programa de formación”.¹

Según datos de la Agencia Europea para la Salud, un 28% de los trabajadores de la salud padecen estrés laboral, factor que subyace al 50 % de todas las bajas.²

El presente trabajo está encaminado a determinar cuáles son las situaciones que producen el desarrollo de estrés y de qué forma influyen en el desempeño laboral de los médicos residentes de las diferentes áreas de los Hospitales “Verdi Cevallos Balda” e Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social Portoviejo además de conocer cuáles son las causas que lo desencadenan y de ésta manera poder aportar información que podrá servir de orientación para quienes en un futuro no muy lejano nos desempeñaremos en este cargo.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La propia palabra ESTRÉS surgió antes del inicio de la historia, relacionada con el concepto en el cual estamos interesados. ESTRÉS se deriva del griego *stringere*, que significa provocar tensión. La palabra se usa por primera vez probablemente alrededor del siglo XIV, y a partir de entonces, durante muchos años, se emplearon en textos en inglés numerosas variantes de la misma, como *stress*, *stresse*, *strest*, e inclusive *straisse*.

Hasta a mediados del siglo XIX el Fisiólogo francés Claude Bernard sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo, y que era esencial que este, a fin de mantener el propio ajuste frente a tales cambios, alcanzara la estabilidad de *milieuinterieur* (medio interior). Este puede ser uno de las primeras consecuencias potenciales de disfunción, provocadas por el rompimiento del equilibrio en el organismo, o de someterse al ESTRÉS.

En 1920 el fisiólogo estadounidense Walter Cannon enfocó su investigación hacia las reacciones específicas, esenciales para mantener el equilibrio interno en situaciones de emergencia, en realidad se enfrenta a lo que, previa evolución, se habría de convertir en el concepto actual de ESTRÉS.

El inicio del empleo actual del término no tiene su antecedente en Cannon, sino en el doctor Hans Selye, endocrinólogo de la Universidad de Montreal, a quien frecuentemente se le llama “padre del concepto estrés”. Sus investigaciones constituyeron las primeras aportaciones significativamente al estudio del ESTRÉS y sentaron las bases para llevar a cabo investigaciones, aun en la actualidad.

Quizá la contribución más significativa de Selye haya sido la publicación de vasta obra del Stress. En ella modificó su definición de estrés, para denotarse una condición interna del organismo, que se traduce en una respuesta a agentes evocadores. Propuso inclusive un nombre para dichos agentes: estresores, sentando así las bases de gran parte de la terminología actual de este campo.

En 1989, y tras controvertidas discusiones científicas sobre si el estrés era el estímulo o la respuesta del organismo, los autores Paterson y Neufeld comienzan a considerar el término estrés como un término genérico que hace referencia a un área o campo de estudio determinado.

El concepto de estrés laboral, según aparece en los documentos divulgativos del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (1997) desde una perspectiva integradora, se define como "*la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas*". El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

En la actualidad, los investigadores del comportamiento tienden a ocuparse más del estudio del ESTRÉS que los médicos, lo que ha dado lugar a diversas consecuencias importantes, la mayoría de las cuales ha hecho crecer la controversia en torno a lo que realmente significa estrés.

Sin embargo los médicos residentes no están excepto de padecerlo de manera que desarrollan niveles de estrés laboral producido por el resultado del continuo trabajo, la falta de conocimiento clínico, las graves patologías a que se enfrentan, la sobresaturación de trabajo, las dudas diagnósticas, y sobre todo el disconfort o las denuncias por parte del usuario o de sus familiares.

El estrés hace referencia a un proceso interactivo complejo, que viene determinado, fundamentalmente, por la discrepancia entre las demandas del medio y los recursos de la persona para hacerlos frente. El estrés laboral se produce cuando las demandas laborales superan o exceden los recursos de adaptación de la persona a esa situación.

De acuerdo al avance de la medicina y a las exigencias que esta requiere y sobre todo a las limitaciones en nuestro país; los médicos recién integrados a la labor hospitalaria se sienten envueltos en un círculo de estrés; que en algunas ocasiones influyen negativamente en su desempeño profesional y sobre todo en su salud física y emocional.

Mediante el presente proyecto de investigación queremos dar a conocer y proporcionar información acerca de cuáles son las causas de estrés y como éstas influyen en el desempeño laboral de los profesionales de ésta área de salud.

Estamos seguras que al concluir nuestro proyecto conoceremos y socializaremos las realidades a las que verdaderamente se enfrenta el médico residente para cumplir con el mandato social de buen servicio.

3 . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El estrés es un fenómeno multivariable que resulta de la relación entre la persona y los eventos de su medio, los mismos que son evaluados como desmesurados o amenazantes para sus recursos y que ponen en riesgo su bienestar.

Los médicos residentes desarrollan niveles de estrés laboral producido por el resultado del continuo trabajo en las diferentes áreas, la falta de conocimiento clínico, las graves patologías a que se enfrentan, la sobresaturación de trabajo, las dudas diagnósticas, y sobre todo el discomfort o las denuncias por parte del usuario o de sus familiares.

3.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Este proyecto se llevará a efecto en los hospitales VERDI CEVALLOS BALDA e INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO con la participación de los médicos residentes de éstos nosocomios durante el periodo de febrero a julio del 2012.

3.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con todos los antecedentes mencionados es posible plantear el problema de la siguiente manera:

¿De qué manera influye el estrés laboral en el desempeño profesional de los médicos residentes de los hospitales VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO?

4 OBJETIVOS

4.1. GENERAL:

Conocer la influencia del estrés en el desempeño profesional de los médicos residentes de los HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO.

4.2. ESPECÍFICOS:

Identificar las características personalógicas de los médicos residentes.

Determinar las causas de estrés laboral en los médicos residentes.

Identificar en qué área laboral se desarrollan más niveles de estrés.

Proponer a los directores de los hospitales en estudio desarrollen programas que ayuden a mejorar la calidad de vida y reducción de estrés en los médicos.

5 MARCO TEORICO

El estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada de acuerdo a la clasificación **CIE 10** es F43¹.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud.

Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. Algunos ejemplos son los olvidos, alteraciones en el ánimo, nerviosismo y falta de concentración, en las mujeres puede producir cambios hormonales importantes como hinchazón de mamas, dolores en abdominales inferiores.²

El concepto de Estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien le denominó el "Síndrome de estar Enfermo".

Hans Selye se graduó como médico y posteriormente realizó un doctorado en química orgánica en su universidad, a través de una beca de la Fundación Rockefeller se traslado a la Universidad John Hopkins en Baltimore E.E.U.U. para realizar un

¹ www.psicoadictiva.com

² www.es.wikipedia/estres.com

posdoctorado cuya segunda mitad efectuó en Montreal Canadá en la Escuela de Medicina de la Universidad McGill, donde desarrolló sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas el doctor Selye denominó "estrés biológico".

Selye consideró entonces que varias enfermedades desconocidas como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos resultantes de un prolongado estrés en los órganos de choque mencionados y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genética o constitucionalmente.

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés.

A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas.

Pero ahora bien de acuerdo a lo anterior el concepto de estrés proviene desde la década de los 30's y de ahí en adelante empezaron a surgir diversos tipos de estrés, tanto nuevas formas de tratamiento así como nuevas características.³

Son cuatro tipos de estrés, y cada uno tiene su propia y única forma de tratamiento:

³ www.monografias.com/trabajo14/estres

El estrés agudo es la forma de estrés más común. Proviene de las demandas y las presiones del pasado inmediato y se anticipa a las demandas y presiones del próximo futuro. El estrés agudo es estimulante y excitante a pequeñas dosis, pero demasiado es agotador. Por ejemplo, un descenso rápido por una pista de esquí de alta dificultad por la mañana temprano puede ser muy estimulante; por la tarde puede añadir tensión a la acumulada durante el día; esquiar por encima de las posibilidades puede conducir a accidentes, caídas y sus lesiones. De la misma forma un elevado nivel de estrés agudo puede producir molestias psicológicas, cefaleas de tensión, dolor de estómago y otros muchos síntomas.

Puesto que es breve, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para producir las grandes lesiones asociadas con el estrés crónico. Los síntomas más comunes son:

Desequilibrio emocional: una combinación de ira o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés. Problemas musculares entre los que se encuentra el dolor de cabeza tensional, el dolor de espalda, el dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que producen contracturas y lesiones en tendones y ligamento.

Problemas digestivos con molestias en el estómago o en el intestino, como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome del intestino irritable.

Manifestaciones generales transitorias como elevación de la presión arterial, taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, palpitaciones cardíacas, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad respiratoria y dolor torácico.

El estrés agudo puede aparecer en cualquier momento de la vida de todo el mundo, es fácilmente tratable y tiene una buena respuesta al tratamiento.

Las enfermedades por estrés agudo aparecen en los casos de exposición breve e intensa a los agentes lesivos, en situaciones de gran demanda que el individuo debe solucionar, aparece en forma súbita, evidente, fácil de identificar y generalmente es reversible. Las enfermedades que habitualmente observan son:Úlcera por Estrés, estados de shock, neurosis post traumática, neurosis obstétrica, estado Postquirúrgico

En el estrés agudo episódico existen individuos que padecen de estrés agudo con frecuencia, cuyas vidas están tan desordenadas que siempre parecen estar inmersas en la crisis y en el caos. Van siempre corriendo, pero siempre llegan tarde. Si algo puede ir mal, va mal. No parecen ser capaces de organizar sus vidas y hacer frente a las demandas y a las presiones que ellos mismo se infringen y que reclaman toda su atención. Parecen estar permanentemente en la cresta del estrés agudo.

Con frecuencia, los que padecen estrés agudo reaccionan de forma descontrolada, muy emocional, están irritables, ansiosos y tensos. A menudo se describen a sí mismos como personas que tienen "mucha energía nerviosa". Siempre tienen prisa, tienden a ser bruscos y a veces su irritabilidad se convierte en hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran rápidamente cuando los demás reaccionan con hostilidad real. El lugar de trabajo se convierte en un lugar muy estresante para ellos.

Se presenta estrés crónico cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones: Ambiente laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, alteración de ritmos biológicos, responsabilidades y decisiones muy importantes.

El estrés crónico es aquel que se presenta varias veces o frecuentemente cuando un trabajador es sometido a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la situación se presenta y mientras el individuo no afronte esa exigencia de recursos el estrés no desaparecerá.

La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aun años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad. El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales. A continuación se mencionan algunas de las alteraciones más frecuentes: Dispepsia, gastritis, ansiedad, accidentes, frustración, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, disfunción familiar, neurosis

de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales, psicosis severas.

El estrés de la vida diaria (life stress) relacionado con causas individuales y/o familiares por ejemplo los problemas de pareja, entre hermanos, familiares, etc. Existe además otra clasificación del estrés de acuerdo al efecto que genera en la persona (Selye 1936).

Distrés: es el estrés negativo o desagradable. Este tipo de estrés hace que la persona desarrolle una presión o esfuerzo muy por encima del necesario de acuerdo a la carga que sobre este recae. Este tipo de estrés va acompañado siempre de un desorden fisiológico existe una aceleración de las funciones, hiperactividad, acortamiento muscular, aparecimiento de síntomas de otras enfermedades en una idea provocamos nuestro deterioro más rápidamente, incluso un exceso de estrés positivo puede ser causa de distrés, por ejemplo ya hemos oído hablar de casos de personas que han sufrido problemas cardíaco como producto de impresiones agradables como son el reencuentro con un familiar, ganar la lotería, el ver ganar a su equipo favorito cuando gana, o personas que ante la próxima realización de su matrimonio sufren de ataques de pánico y de ansiedad, etc.

Eustrés: Es el estrés positivo, no producen un desequilibrio de tipo fisiológico; a nivel psicológico la persona es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello es decir que nos permite disfrutar de la vida de una forma mucho más placentera agradeciendo por cada momento que se tenga.

El eustrés incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano, permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa. Ejemplos de este tipo de estrés son: un viaje cargado de aventura, una nueva relación sentimental, un ascenso largamente soñado, la culminación de una carrera

universitaria, la realización de un sueño por el cual se ha trabajado por mucho tiempo, una alegría familiar , etc.⁴

La causa del estrés son los estresantes, los cuales son agentes que estimulan los procesos de estrés nerviosos y hormonales. Los estresantes se pueden dividir en tres categorías, a saber, psicosociales (mentales y sociales), bioecológicas (función orgánica y medio ambiente) y personalidad (manejo de ansiedad/distrés)

Los psicosociales son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. En otras palabras, el estrés social se determina por el significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas. Aquí debemos, por ende, comprender que como cada persona tiene un patrón de diferente, también su estrés será diferente.

Algunos ejemplos de estos tipos de estresantes que con frecuencia surgen durante el transcurso de nuestra vida son: desengaños, conflictos, cambios de trabajo, pérdidas personales, problemas económicos, presión de tiempo, jubilación, dificultades para tomar decisiones, cambios en la familia.

Las causas bioecológicas se originan de toda actividad derivada de nuestras funciones normales y anormales de los órganos y sistema del organismo humano, incluyendo de los que produce el ejercicio, y de aquellos estresantes que surgen de nuestro ambiente físico o ecológico.

Dentro de las funciones orgánicas (factores biológicos) se incluyen todo tipo de enfermedad causado por bacterias, virus, sustanciastóxicas (drogas, nicotina, alcohol), deficiencias alimenticias (de vitaminas, sales, entre otros), obesidad, el hambre, la sed y todo tipo de estímulo químico-fisiológico que cause dolor (ejemplo: enfermedades).

⁴ www.monografias.com/estres

La actividad física/ejercicio son aquellos estresores que demandan al cuerpo una mayor cantidad de energía para realizar un esfuerzo deportivo o actividad física, como lo son el correr, nadar, recortar la grama, entre otros.

Los factores ambientales son condicionamientos del medio físico que nos obligan, de vez en cuando, a una reacción de estrés, tales como: calor, frío, ruido, estímulos ópticos, la contaminación del aire, heridas o traumas, entre otras.

La personalidad se origina de la dinámica del propio individuo, su percepción sobre sí mismo, y el significado que le asigna a las situaciones estresantes, lo cual se manifiesta en actitudes y comportamientos de riesgo que resultan en alteraciones psíquicas y somáticas. Es por eso que algunas personalidades parecen ser más propensas al estrés que otras.

Dos cardiólogos de San Francisco, Meyer Friedman y Ray H. Rosenman estudiaron los patrones de comportamiento del individuo y su relación con enfermedades cardíacas. Estos cardiólogos llegaron a la conclusión que existen dos tipos de personalidades, tipo A y tipo B.

El patrón de comportamiento de la personalidad tipo A resulta en un estrés negativo, son tres veces más propensas a los ataques del corazón que los del tipo B. La personalidad tipo A manifiesta un alto sentido de urgencia y muy impaciente. Hace que las cosas se hagan rápidamente; tiene obsesión por estar siempre a tiempo, y se impacienta o irrita cuando sufre algún retraso o si lo tienen esperando por alguna razón; se mueve, camina y come rápidamente; habla de prisa y explosivamente; esta muy consciente del tiempo, le gusta fijarse plazos límites y cumplirlos. Este tipo de personalidad, también. Se caracteriza por ser bien competitivo en el trabajo y actividades recreativas. Busca continuamente su promoción en los negocios o en la sociedad; ávido de reconocimiento público; siempre juega para ganar, aún jugando con niños.

El individuo tipo A manifiesta diversas acciones físicas, en forma inconsciente, en un esfuerzo por liberarse de la tensión. Pestañea o mueve los ojos rápidamente cuando habla; a menudo mueve inquietamente las rodillas, o tamborilea con sus dedos. Comúnmente, estas personas tratan de hacer dos o más cosas a la vez. Se supera a sí mismo cuando ha de pensar o trabajar en más de un asunto a la vez. Además, se irrita fácilmente con las personas o los acontecimientos. Muestra señales de ira cuando relata sucesos pasados que provocaron indignación; risa hostil y desagradable; usa obscenidades al hablar. Existe una desconfianza entre las personas y se aburre cuando está ocioso, y/o tiene problemas en estar sentado sin hacer nada.

La persona con el patrón de comportamiento del tipo B es todo lo contrario al sujeto con personalidad tipo A. Este tipo de personalidad posee las siguientes características: Rara vez tiene deseos de hacer muchas cosas en un reducido período de tiempo, solo se siente agusto con una idea o una actividad a la vez, posee paciencia, confianza y seguridad, participa de actividades recreativas y deportivas, y/o de pasatiempos durante su tiempo libre, es responsable, pero si se retrasa no se afecta y no se encuentra continuamente pendiente a la hora.⁵

Los efectos del estrés suponen una reacción compleja a nivel biológico, psicológico y social. La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción. Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios. La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad y producto final en algunos la depresión.⁶

⁵ www.saludmed.com/Bienestar/Estres

⁶ <http://medicablogs.diariomedico.com>

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. Tiene numerosos sinónimos: nerviosismo, inquietud, tensión.

Referencia a la experiencia de la ansiedad: Angustia, miedo, inseguridad.

El miedo es una respuesta emocional normal ante situaciones que implican peligro para el sujeto. Es una respuesta diferenciada ante un objeto o situación específica. Es un fenómeno evolutivo y transitorio.

La fobia es una forma especial de miedo y reacción desproporcionada, irracional, fuera de control voluntario del sujeto, implica respuestas de evitación de la situación u objeto fobizado y es persistente en el tiempo.

Los síntomas de ansiedad más frecuentes son:⁷ A nivel cognitivo-subjetivo: Preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos, negativos sobre uno mismo, pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros, temor a que se den cuenta de nuestras dificultades, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc. A nivel fisiológico se presenta sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, tiritar, etc. A nivel motor u observable el individuo presenta evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.) ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.

⁷<http://www.cop.es>

El estrés, además de producir ansiedad, puede producir enfado o ira, irritabilidad, tristeza-depresión, y otras reacciones emocionales, que también podemos reconocer.

Pero además de estas reacciones emocionales podemos identificar claramente otros síntomas producidos por el estrés, como son el agotamiento físico, la falta de rendimiento, etc. Finalmente, si el estrés es muy intenso y se prolonga en el tiempo, puede llegar a producir enfermedades físicas y desórdenes mentales, en definitiva problemas de salud.

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno por ansiedad generalizada

Ansiedad y preocupación excesiva (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

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

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

Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen

exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.⁸

Criterios CIE-10 para el diagnóstico de ansiedad generalizada la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una "angustia libre flotante"). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de: Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).

Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).⁹

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton AnxietyScale, HAS) fue diseñada en 1.959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14.

⁸<http://www.cepvi.com>

⁹<http://www.clinicadeansiedad.com>

Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. , el puntaje 0 (cero) representa la inexistencia del síntoma en cuestión y la puntuación 4 representa una intensidad extrema de dicho síntoma. Se considera normal hasta un puntaje total menor de 8. De allí en más la relación es lineal, a mayor puntaje, mayor severidad de la ansiedad". El rango va de 0 a 56 puntos se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días.

Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am¹⁰

¹⁰<http://psicopsi.com>

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

Se ha calculado que el costo personal de un cuadro de depresión que llega a durar de seis a ocho meses, es más severo e incapacitante que la Diabetes Mellitus o la hipertensión arterial. Estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (o somatiformes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión. Dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión. Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, la rumiación de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, está constantemente con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción. Finalmente, cuando menos espera está de nuevo deprimido.

Se han encontrado que existen una serie de factores, cuya combinación o a veces por separado hacen que una persona se deprima. Por un lado existen los factores hereditarios.

Hay datos epidemiológicos que muestran que los gemelos idénticos (monocigotos), tienen muy frecuentemente ambos depresión. En menor grado, pero también es frecuente que gemelos que no se parecen (dicigotos), se enfermen de depresión, más frecuentemente que el resto de sus hermanos o sus padres. Finalmente los familiares de primer grado de un enfermo deprimido (hermanos, padres y abuelos) presentan cuadros de depresión más frecuentemente que el resto de la población. Lo anterior ha llevado a la búsqueda del gen o genes de la depresión.

La comunidad Amish, es como los mormones, un grupo de seres humanos que no se han mezclado con otros grupos, ya que practican los matrimonios, únicamente con gente de su comunidad. En los Amish, se ha detectado que el cromosoma número 11, puede tener que ver con la alta frecuencia de la enfermedad "Maniaco-Depresiva" o enfermedad bipolar, en donde en la fase del polo de la depresión, las manifestaciones de la enfermedad son indistinguibles de la forma de depresión que son nada mas depresiones o que se llaman unipolares. Otros genes se han propuesto para la depresión, de entre ellos destaca el cromosoma sexual "X", esto sobre la base de que las mujeres tienen dos veces mayor incidencia de depresión que los hombres y a que un defecto que es la ceguera a los colores (daltónica), se ve más frecuentemente en las mujeres que padecen de depresión. Por supuesto que otros factores biológicos (v.gr., hormonales) o sociales (v.gr., sociedades machistas, la doble carga de trabajo, etc.), pueden ser factores determinantes de que las mujeres sean mucho más vulnerables a desarrollo de depresión que los hombres. Se sabe por ejemplo que las mujeres casadas, padecen con más frecuencia depresiones que los hombres. En ellos, son más frecuentes las depresiones cuando son solteros. Este último dato nos habla de la importancia de factores psicosociales para la expresión o desarrollo de esta enfermedad.

Cuando se habla de vulnerabilidad, se refiere a una labilidad que existe en algunas funciones del sistema nervioso que no responden adecuadamente, cuando una persona desarrolla depresión. En este sentido, se puede suponer que hay un sistema que nos protege que desarrollemos depresión, y que cuando este sistema se "fatiga" o es más vulnerable, entonces sobreviene la depresión. Por supuesto que en algunas personas puede fatigarse más rápido ese sistema que en otras, y entonces, cuando esto ocurre, hablamos de vulnerabilidad. En un sentido más simplista se podría conceptualizar como el tener un umbral muy baja para que se instale la depresión y que además, cuando esta llega, permanezca más tiempo.

En un sentido simplista se podría decir que la depresión es un extremo de la falla en los mecanismos de estrés. Cuando reaccionamos ante situaciones estresantes tenemos un estado de exceso de actividad, nuestro corazón va más de prisa (v.g taquicardia),

estamos con mayor riego sanguíneo al cerebro y músculos y nuestras pupilas están dilatadas. Pero esta situación, que en general se presenta de manera aguda se va atenuando, en la medida que la situación que nos induce estrés va disminuyendo. Pero si el estrés persiste de manera continua, o eventualmente se agregan otros estímulos estresantes, entonces el sistema decae y se produce la depresión.

¿De qué manera está afectando esto a nuestro sistema nervioso la depresión? Quizás se trate de un sistema que tiene que ver con la regulación del afecto, o de las emociones que termina de madurar solo después de los 10 o 12 años, y esto explicaría muchas de las propuestas psicoanalíticas, en el sentido de que el periodo de la primera década de la vida, sería crucial, para explicar mucho del estilo como reaccionamos posteriormente en la vida.

El sistema generador del estrés y su relación con la depresión, que tanto se utiliza hoy en día coloquialmente, tuvo su origen en la década de los años 1950 por Hans Selye. Este término corresponde a una respuesta general de adaptación, que tiene que ver con ciertos insultos del medio ambiente o con la expectativa aun de que estos se presenten. Por ejemplo una persona ingresa a un barrio peligroso, por desconocimiento de su ubicación cuando está de visita en una ciudad, de pronto detecta a un grupo de pandilleros que lo observan. En ese instante sus mecanismos de activación del estrés se disparan.

La respuesta general de adaptación o estrés funciona, como lo dijo Hans Selye (1907-1982), para preparar al organismo a atacar o para huir, dependiendo de la magnitud del peligro, y de otras circunstancias medio-ambientales. Ante la expectativa de ser asaltado o atacado por la pandilla de barrio, se observan respuestas en nuestro cuerpo como son aumento de las palpitaciones (taquicardia), aumento de la frecuencia respiratoria, dilatación de la pupila (con lo cual se aumenta nuestro campo visual para tener más opciones de ataque o huida); aumento del flujo sanguíneo a nuestros músculos (los músculos son los motores que nos preparan para el desplazamiento que se necesitará).

Hay disminución del riego sanguíneo a la piel y mucosas, lo cual nos protege de pérdida excesiva de sangre en caso de ser heridos. Todo lo anterior nos da una idea de que el organismo está en un exceso de actividad. Para que todas estas actividades que hemos mencionado, se den en una coordinación temporal y espacial, se requiere de una orquestación precisa, en donde intervienen tanto las conexiones nerviosas, como sustancias. Este último punto es vital para conocer el cómo se comunican las células de nuestro cuerpo y en especial las neuronas.

En nuestro cerebro y demás estructuras del sistema nervioso, existen células llamadas neuronas, que se comunican entre sí por sustancias químicas llamadas neurotransmisores. Estos son el lenguaje con el que una célula se comunica con la otra, y le dice que aumente su actividad (o excitabilidad) o que no se active.

La noradrenalina y la adrenalina, son sistemas de neurotransmisores involucrados en el estrés, lo mismo que otras sustancias llamadas hormonas que se producen en zonas como el hipotálamo, una de ellas la llamada hormona estimulante de las suprarrenales o ACTH (adrenocorticotrophin hormone), la cual a su vez es activada por un factor del hipotálamo, llama el factor liberador del ACTH o CRF (corticotrophinrelease hormone).

Además de las sustancias antes mencionadas intervienen otras, de las cuales la serotonina, dopamina y acetilcolina son algunos ejemplos. Es aquí, que entramos al terreno de la intersección de los aspectos medioambientales, como son la crianza, las relaciones con los padres, y la genética, con la biología o como es del sistema nervioso, con la neurobiología de la depresión.

¿Cómo sabemos que el sistema general de adaptación está funcionando mal en la depresión? Por las evidencias que apuntan en esa dirección. Por ejemplo los pacientes deprimidos tienen una disminución en los niveles de los neurotransmisores antes mencionados (v.gr. serotonina, norepinefrina, dopamina), que se involucran también en la causa de la depresión. En el caso de la norepinefrina, se tiene conocimiento que los niveles cerebrales de la misma están disminuidos. Esta baja se ha correlaciona con

signos de la depresión específicos, como son baja en el nivel de energía, en el interés para hacer sus actividades habituales, y aun para divertirse. También se ha observado que algunos enfermos tienen disminución de la serotonina y esto se ha correlacionado con algunas manifestaciones por ansiedad, angustia o nerviosismo que suelen acompañar a estos pacientes. Incluso se ha observado que los niveles de serotonina muy bajos en el líquido cefalorraquídeo, correlacionan con la posibilidad que tiene una persona para suicidarse, a más bajos niveles hay mayor probabilidad, y habitualmente cuando se consuman los suicidios, estos son con mucha más auto agresividad, por ejemplo con mutilación, o desgarramiento más amplio de tejidos. La serotonina se ha involucrado en la regulación del apetito y de la sexualidad, dos de las funciones que ciertamente se encuentran alteradas en el enfermo deprimido.

También hay un agotamiento de la dopamina. Este neurotransmisor, participa en la regulación del movimiento fino, y en los aspectos que tienen que ver con la experiencia para experimentar placer. Todas las actividades y las drogas que son adictivas o fuentes de placer aumentan la disponibilidad de dopamina en una región específica del cerebro llamada sistema límbico. En el enfermo con depresión, la disminución de esta actividad, hace que el paciente tenga dificultades para disfrutar las cosas o actividades que antes solían causarle placer. Si antes gozaba con ir a un concierto, ver una película o simplemente ver un atardecer, ahora estas actividades no solo no le interesa, sino que las encuentra inclusive aburridas. A esta situación se le conoce con el nombre de anhedonia y es lo opuesto al hedonismo o capacidad para disfrutar las cosas placenteras de la vida, los dos síntomas básicos que presenta un enfermo con un episodio de depresión mayor son: Estado de ánimo deprimido o triste, la mayor parte del día o la mayoría de los días y pérdida del interés por las actividades que antes solían causar placer.

Algunos enfermos deprimidos fuman, y con el tiempo se han dado cuenta que cada que desean interrumpir el consumo del tabaco, se exagera su depresión o si no fuman se deprimen. Se pensó por un tiempo que la depresión era parte del síndrome de supresión a la nicotina, la cual es el principio activo del tabaco. Sin embargo, esta especulación original, dio paso a una serie de coincidencias que se fueron transformando en hechos

científicos. La nicotina del tabaco, es una sustancia que actúa sobre unos receptores neuronales llamados nicotínico.

La acción de la nicotina sobre estos receptores produce la liberación, es decir mayor disponibilidad de algunos neurotransmisores como son la acetilcolina, dopamina, serotonina y norepinefrina. En una persona deprimida, en donde estos mismos neurotransmisores están disminuidos el fumar hace que se aumenten momentáneamente estas sustancias, por lo que se ha propuesto que algunos deprimidos usan al tabaco como "corrector" del estado de ánimo, o de las deficiencias en concentración y memoria inherentes a la depresión, aunque el costo a la larga sea repercusiones de otro tipo en su salud. La adicción a la nicotina, se logra mediante la liberación de dopamina en el sistema límbico, cada vez que se inhala una bocanada de humo de tabaco. Esta experiencia gratificante para el fumador, es en centro de la dependencia y en gran parte la dificultad que tienen los enfermos deprimidos que fuman para dejar de fumar.

La acetilcolina es un neurotransmisor que también está involucrado en algunas manifestaciones de la depresión, por ejemplo, en las alteraciones del dormir. En nuestro sueño, ciertas áreas del cerebro se encuentran activas, aun cuando a simple vista pareciera que el sueño es homogéneo como proceso, si registramos la actividad eléctrica del cerebro, y colocamos detectores que midan el movimiento de los ojos y el estado de contracción muscular, nos asombraremos de ver que nuestro dormir está compuesto de diferentes etapas, en las cuales diferentes estructuras del cerebro intervienen.

Los signos y síntomas para identificar la depresión son: El estado de ánimo se encuentra bajo, el enfermo puede darse cuenta de esto, aunque es frecuente que los familiares cercanos, lo hayan notado. El paciente es visto como más callado, distante, serio, aislado, o irritable. Esto último puede ser un dato significativo del cambio en el carácter del paciente. Estar poco tolerante y sentir que solo a él le ocurren todas las cosas malas o que es él quien las provoca. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día.

El paciente deprimido, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste, por ejemplo la mañana, y conforme pasa el día, va sintiéndose mejor. Puede haber llanto, con frecuencia, puede presentarse al recordar experiencias negativas en las vidas recientes o remotas.

Pérdida del interés por situaciones o actividades que antes le producían placer. Esta es otra manifestación cardinal de la depresión. El paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. Por ejemplo: ir al cine, salir con amigos, oír música, leer, su propio trabajo. Esto puede deberse, a que ya no disfruta el efectuar esas actividades, o a que ya se le dificultan. Por ejemplo, si a una persona le gustaba leer, pero ahora le cuesta trabajo concentrarse y retener lo que está leyendo, y hace un gran esfuerzo en esto, entonces empieza a no ser una actividad agradable.

Lo mismo es el asistir a una reunión o una fiesta, la dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar. El pedirle a los deprimidos que "le eche ganas"; "Que no se den por vencido"; "Que se esfuerce y socialice", es solicitarle que vaya a contratarse y a sentirse peor.

El sentimiento de culpa es muy frecuente en el deprimido. Ellos pueden pensar que están deprimidos, por cosas o situaciones que hicieron o dejaron de hacer en el pasado. Aún más pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad.

Finalmente en algunas formas de depresión psicótica, el enfermo puede tener ideas delirantes (ideas fuera del juicio de realidad), de que están pagando no solo con sus culpas, sino las culpas de alguien más o que están expiando los pecados de tal o cual grupo de seres marginados, etc. Pueden incluso, existir alucinaciones auditivas, que los acuse e insulten.

Los enfermos con depresión se suicidan con una alta frecuencia. El médico puede tener miedo de preguntar respecto a esto, porque puede suponer que el enfermo no ha pensado en eso, o por lo menos no ha pensado en eso formalmente, y que al hacer semiología en esta área, puede "despertar", la ideación suicida. Pero el enfermo ya lo ha pensado y es mas, él desea que se le interrogue al respecto. Porque, desea y necesita que lo ayuden a no llevar a cabo este tipo de ideas.

Algunos pacientes con depresión, pueden tener datos de insomnio inicial (incapacidad para iniciar el sueño por más de 30 minutos, en el horario acostumbrado); o insomnio termina (fragmentación del sueño, con despertares de más de 20 minutos o levantarse de la cama, sin que sea para ir al baño). En un laboratorio de sueño, el enfermo con depresión tiene una serie de alteraciones, de las fases o estadios de sueño, como son: menor cantidad de fases de sueño III y IV (sueño delta), un inicio rápido al sueño de movimientos oculares rápidos (latencia acortada al SMOR); fragmentación del sueño y despertar matutino prematuro.

Sin embargo, puede haber algunos enfermos, que en vez de presentar una baja en calidad y cantidad de sueño, tienen lo opuesto, es decir un exceso de sueño. Estas son personas que duermen de nueve a diez horas, y que refieren que entre más duermen, más deprimidos se sienten, con gran estado de adinamia, debilidad y lentitud psicomotriz.

El insomnio es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. En el caso de los enfermos deprimidos, la forma más típica, es el insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío.

El paciente se despierta a las 03:00 hr de la madrugada, por ejemplo, y no puede volverse a dormir. En esas horas de soledad nocturna, el paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir nuevamente ("un día más"; "ni siquiera esto puedo hacer bien"; "no voy a poder continuar con esto"). Despertarse una hora más temprano, del horario habitual, que solía tener el paciente, antes del inicio de su depresión, es considerado como despertar matutino prematuro, o

insomnio terminal. En este sentido, una pregunta clave es: ¿a qué hora se solía despertarse por última vez en la mañana, para levantarse, antes de estar deprimido? Y ¿A qué hora en promedio se ha estado despertando es poder dormir nuevamente, en la última semana?

Disminución de energía. Esto es referido por el paciente, como una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo: "siento como si estuviera con las pilas bajas"; "no me dan ganas de nada, solo quiero estar en la cama tumbado sin hacer nada"; "las cosas las hago como en cámara lenta". Aquí hay que evaluar, que cosas ya no puede hacer el paciente, y esto va desde que requiere un gran esfuerzo para trabajar, para su aliño, hasta dejar de trabajar y estar únicamente acostado o en una posición fija todo el tiempo.

Los enfermos pueden llegar a un tipo de estupor, que dificulta mucho la entrevista clínica, con una gran lentitud para responder, o solo lo hacen con movimientos de cabeza. El mutismo o estupor del deprimido, se diferencia de la catatonía, que también es un tipo de inmovilidad, en que en esta última, el enfermo tiene un signo llamado: "Flexibilidad cérea" (de cera de las velas), en donde se le coloca, al enfermo en posiciones anti gravitatorias incómodas, por ejemplo con un brazo levantado, como de estatua de cera, y este permanece por un largo rato. Situación que no ocurre con el enfermo deprimido.

Agitación psicomotriz y ansiedad psíquica. Estas son dos manifestaciones que se pueden presentar en depresiones, en donde hay un componente sintomático ansioso importante. El médico, puede evaluar desde la inspección general al paciente, su estado de agitación psicomotriz, de estar presente, el paciente mueve las manos o los pies de manera inquieta, juguetea con los cabellos, se seca las manos, se levanta y sienta, etc. Además el paciente puede referir que se siente "nervioso", agitado, que no puede estar tranquilo, que se está preocupando mucho por cosas pequeñas que antes no le preocupaban, y aquí habrá que pedirle ejemplos de las mismas.

Es común que el paciente con depresión presente una serie de malestares, poco sistematizados, pero que pueden ser severos: Cefalea, dispepsias, boca seca, náusea, suspiros excesivos, sensación de respiraciones que no son suficientes, malestares musculares. Etc.

Alteraciones gastrointestinales y pérdida de peso. Es frecuente que los pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Por otro lado algunos pacientes con depresión pueden aumentar de peso, esto se ve más frecuentemente en los enfermos, con sueño excesivo, apetencia por alimentos ricos en carbohidratos e inhibición psicomotriz. A este cuadro que se ha descrito se le denomina: depresión afectiva estacional, porque es común que con esas características clínicas, se presente con más frecuencia en el invierno. También se le ha llamado depresión atípica.

Se ha notada una baja en el deseo sexual (líbido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.¹¹

La respuesta fisiológica es la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos estresores. Ante una situación de estrés, el organismo tiene una serie de reacciones fisiológicas que suponen la activación del eje hipofisoadrenal y del sistema nervioso vegetativo.

Los sistemas orgánicos iniciales y principales que se activan como respuesta al estrés son, a saber: el sistema nervioso y el sistema endocrino. Ambos sistemas se conocen como el sistema neuro-endocrino. Otros sistemas orgánicos se involucran y son eventualmente afectados durante las etapas del estrés, tal como el sistema inmunológico, el sistema cardiovascular, el sistema gastrointestinal (digestivo), entre otros. A continuación una descripción funcional de los sistemas orgánicos que juegan un papel importante durante la respuesta física del cuerpo al confrontarse con el estrés:

¹¹<http://www.monografias.com>

El eje hipofisiosuprarrenal (HSP) está compuesto por el hipotálamo, que es una estructura nerviosa situada en la base del cerebro que actúa de enlace entre el sistema endocrino y el sistema nervioso, la hipófisis, una glándula situada asimismo en la base del cerebro, y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre el polo superior de cada uno de los riñones y que están compuestas por la corteza y la médula. El sistema nervioso vegetativo (SNV) es el conjunto de estructuras nerviosas que se encarga de regular el funcionamiento de los órganos internos y controla algunas de sus funciones de manera involuntaria e inconsciente. Ambos sistemas producen la liberación de hormonas, sustancias elaboradas en las glándulas que, transportadas a través de la sangre, excitan, inhiben o regulan la actividad de los órganos.

El eje hipofisiosuprarrenal se activa tanto con las agresiones físicas como con las psíquicas y, al activarse, el hipotálamo segrega la hormona CRF (factor liberador de corticotropina), que actúa sobre la hipófisis y provoca la secreción de la hormona adenocorticotropa (ACTH). Esta secreción incide sobre la corteza de las glándulas suprarrenales, dando lugar a la producción de corticoides que pasan al torrente circulatorio y producen múltiple incidencia orgánica, como se verá más adelante. Los corticoides que se liberan debido a la ACTH son:

El glucocorticoides más importante es el cortisol que facilita la excreción de agua y el mantenimiento de la presión arterial; afecta a los procesos infecciosos y produce una degradación de las proteínas intracelulares. Tiene, asimismo, una acción hiperglucemiante (aumenta la concentración de glucosa en sangre) y se produce un aumento de calcio y de fosfatos liberados por los riñones, y de lípidos. Los andrógenos son las hormonas que estimulan el desarrollo de las características secundarias masculinas y estimulan el aumento tanto de la fuerza como de la masa muscular.

El sistema nervioso vegetativo mantiene la homeostasis del organismo. La activación simpática supone la secreción de catecolaminas, que son:

La adrenalina segregada por parte de la médula suprarrenal, especialmente en casos de estrés psíquico y de ansiedad. La noradrenalina segregada por las terminaciones nerviosas simpáticas, aumentando su concentración principalmente en el estrés de tipo físico, en situaciones de alto riesgo o de agresividad. Estas hormonas son las encargadas de poner el cuerpo en estado de alerta preparándolo para luchar o huir. Son las que permiten enlazar el fenómeno del estrés con los fenómenos psicofisiológicos de la emoción. Ambas intervienen en los siguientes procesos: dilatación de las pupilas, dilatación bronquial, movilización de los ácidos grasos, pudiendo dar lugar a un incremento de lípidos en sangre (posible arterioesclerosis), aumento de la coagulación, incremento del rendimiento cardíaco que puede desembocar en una hipertensión arterial, vasodilatación muscular y vasoconstricción cutánea, reducción de los niveles de estrógenos y testosterona, que son hormonas que estimulan el desarrollo de las características sexuales secundarias masculinas, inhibición de la secreción de prolactina, que influye sobre la glándula mamaria, incremento de la producción de tiroxina, que favorece el metabolismo energético, la síntesis de proteínas, etc.

Entre las fases de estrés se encuentran la fase de alarma (reacción de lucha o fuga) es la respuesta fisiológica aguda (temporera) inicial del organismo ante una amenaza, el cuerpo reacciona al estresor y causa que el hipotálamo produzca un mediador bioquímico, el cual a su vez provoca que la glándula pituitaria secreta ACTH hacia la sangre. Esta hormona estimula a la glándula adrenal a que libere epinefrina y otros corticoides. Como consecuencia, se atrofia el timo (glándula constituyente del sistema glandular endocrino ubicada detrás de la porción superior del esternón o hueso del pecho) y los ganglios linfáticos. La actividad del sistema nervioso simpático aumenta. Esta etapa se caracteriza por una baja resistencia ante los agentes productores de tensión.

En la fase de resistencia o adaptación el organismo trata de adaptarse al estrés continuo que lo afecta. Esta es una etapa de reparación como resultado del deterioro ocurrido en la primera etapa. Esta etapa se caracteriza por manifestaciones clínicas (físicas) y mentales, las cuales son: Frecuentes dolores de cabeza, tensión y dolor en los músculos

(cuello, espalda y pecho), molestias en el pecho, fatiga frecuente, elevada temperatura corporal (manifestada como una fiebre), desórdenes estomacales (indigestión, diarrea), insomnio y pesadillas, sequedad en la boca y garganta.

Síntomas mentales: "Tics" nerviosos (morder las uñas o un lápiz, halar o torcer un mechón de cabello, tocarse repetidamente la cara, cabello o bigote, rascarse la cabeza) irritabilidad y dificultad para reír, ansias de comer algo, dificultad para concentrarse y para recordar datos, complejos, fobias y miedos, y sensación de fracaso.

La fase de fatiga o desgaste produce incapacidad de afrontar la tensión (estresor) por más tiempo, ocurre un desbalance homeostático (equilibrio interno) y fisiológico en el cuerpo, el organismo colapsa y cede ante la enfermedad. Como resultado del estrés continuo, durante esta etapa pueden surgir una variedad de enfermedades psicosomáticas, tales como hipertensión, ataque al corazón, apoplejía o derrame cerebral, úlceras, trastornos gastrointestinales (p.e colitis y otras), asma, cáncer, migraña, alteraciones dermatológicas, entre otras condiciones.

La respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión inicial -en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remisibles, si se suprime o mejora la causa- o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes y se desencadena la enfermedad.¹²

Las consecuencias del estrés inicialmente el estrés puede dinamizar la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar la productividad. Sin embargo, cuando este proceso de activación es muy intenso o dura mucho tiempo, los recursos se agotan y llega el cansancio, así como la pérdida de rendimiento.

¹²<http://www.insht.es>

Para realizar tareas complejas, o para aumentar la velocidad en tareas simples, se necesita un cierto grado de activación. Sin embargo, un exceso de activación dificulta la realización de dichas actividades. Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como sobre el deterioro cognitivo y el rendimiento.

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son: Por los cambios de hábitos relacionados con la salud, alteraciones producidas en los sistemas fisiológicos (como el sistema nervioso autónomo y el sistema inmune), cambios cognitivos (pensamientos) que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud.

En primer lugar, el estrés modifica los hábitos relacionados con la salud, de manera que con las prisas, la falta de tiempo, la tensión, etc., aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y se reducen las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, etc. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud, etc. En algunas profesiones altamente estresantes hay tasas más altas de tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones, esto también es cierto en trabajadores desempleados, frente a los que tienen trabajo; las personas con obesidad presentan niveles de ansiedad más altos que las personas que no presentan obesidad, los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia) también están muy ligados con ansiedad; muchas personas con fobia social tienen problemas con el alcohol. A su vez, el desarrollo de hábitos perniciosos para la salud, como es el caso de las adicciones, hace aumentar el estrés. Los programas de intervención para la reducción del peso, o los programas de intervención en adicciones, o el tratamiento de los trastornos de alimentación, etc., deben incluir técnicas de reducción de ansiedad y manejo del estrés, pues cuando así se hace, mejoran su eficacia.

En segundo lugar, el estrés puede producir una alta activación fisiológica que, mantenida en el tiempo, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicosomáticas, tales como dolores de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales, etc. (Labrador y Crespo, 1993). A su vez, el estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir una inmunodepresión que hace aumentar el riesgo de infecciones (como la gripe) y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1994). Los pacientes hipertensos presentan niveles de ansiedad e ira más altos que las personas con presión arterial normal; las personas que sufren arritmias, cefaleas, asma, trastornos de piel, disfunciones sexuales, trastornos digestivos, contracturas musculares, etc., por lo general presentan altos niveles de ansiedad, los estudiantes en época de exámenes (su principal periodo de estrés) son más vulnerables a la gripe o a enfermedades infecciosas de tipo pulmonar, siendo más vulnerables las personas con alta ansiedad a los exámenes.

Los programas de entrenamiento en reducción de ansiedad mejoran el bienestar psicológico en todos estos casos, pero también disminuyen la activación fisiológica y mejoran los síntomas físicos de estas enfermedades (reducción de la presión arterial, disminución de la taquicardia en las arritmias, eliminación del dolor en las cefaleas, etc.).

En tercer lugar, el estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de sesgos o errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, o de su conducta, o de sus pensamientos, o de algunas situaciones, que a su vez le lleven a adquirir una serie de temores irracionales, fobias, etc., que de por sí son un problema de salud (los llamados trastornos de ansiedad), pero que a su vez pueden seguir deteriorando la salud en otras formas. Por ejemplo, una persona sometida a estrés prolongado puede llegar a desarrollar ataques de pánico, o crisis de ansiedad, que son fuertes reacciones de ansiedad, que el individuo no puede controlar, con fuertes descargas autonómicas, temor a un ataque al corazón, etc.

Durante esta crisis el individuo interpreta erróneamente su activación fisiológica y piensa que le faltará el aire (cuando realmente está hiperventilando), o que morirá de un ataque al corazón, o que se mareará y caerá al suelo, o que se volverá loco, etc. Posteriormente, estos ataques de pánico suelen complicarse con una agorafobia (evitación de ciertas situaciones que producen ansiedad), con una dependencia de los ansiolíticos, a veces con reacciones de depresión por no poder resolver su problema, etc. (Peurifoy, 1993; Cano Vindel, 2002). Estos trastornos de ansiedad son mucho más frecuentes en mujeres que en varones (de 2 a 3 veces más frecuentes), pero por lo general una crisis de ansiedad coincide con un periodo de mucho de estrés que se ha prolongado un cierto tiempo. Entre un 1,5% y un 3,5% de la población sufre trastornos de pánico con o sin agorafobia. La edad de aparición se encuentra entre los 17 y los 35 años, justo en su edad más productiva.

El estrés también puede ocasionar una serie de perturbaciones sobre los procesos cognitivos superiores (atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc.) y un deterioro del rendimiento en contextos académicos o laborales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1996), laborales (Cano Vindel y Miguel Tobal, 1995), etc.

El estudio de cómo el estrés provoca interferencias sobre los llamados procesos cognitivos superiores y sobre el rendimiento se ha llevado a cabo fundamentalmente desde una perspectiva cognitivo-emocional y, sin duda, la emoción con la que más se ha trabajado a la hora de estudiar esta influencia negativa sobre los procesos cognitivos ha sido la ansiedad.¹³

El síndrome de adaptación general representa un conjunto de respuestas fisiológicas y psicológicas generales (no específicas) ante las demandas de un estrés (positivo o negativo). Es una tríada de procesos de adaptación sucesivos como respuesta a los estímulos continuos (a largo plazo o crónico) del estrés.

¹³<http://www.ucm.es>

Cuando hablamos de síndrome, no referimos a variedad o grupo de signos y síntomas concurrentes de carácter físico, mental y de comportamiento indicativo de una enfermedad. La adaptación representa el síndrome de cambios hace posible que el cuerpo se adapte para poder afrontar con efectividad el estrés. Las funciones orgánicas del cuerpo humano se modifican automáticamente, de manera que puedan ajustarse a los estresores constantes que lo perturban en su medio ambiente sicosocial y físico. Finalmente, el componente general es hace referencia a los estresantes generales que inducen a un estado de estrés. El síndrome es producido únicamente por distintos agentes estresores que inducen efectos generales (no específicos) a niveles de gran magnitud en organismo.¹⁴

El estrés laboral es consecuencia de múltiples factores causales, incluyendo el ambiente físico, el trastorno de las funciones biológicas, la carga, el contenido y la organización del trabajo, en interacción con todos aquellos otros componentes o dimensiones de la vida de cada individuo que no dependen necesariamente del trabajo.

Se produce estrés laboral cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias del medio ambiente. Es producto de la interacción entre el individuo y su ambiente, estilo de vida, relaciones interpersonales, disposiciones de temperamento, vulnerabilidades biográficas y biológicas; y se asocia a diferentes situaciones en el escenario laboral generándose ciertos riesgos que pueden manifestarse como síntomas de estrés. La amenaza generada por el estrés, puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica. Pero según Lazarus, R. (1991) de la Universidad de Oxford y como también lo ha citado Trucco en varias de sus publicaciones, lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. "A menor sensación de control sobre el entorno, el estrés aumenta", afirma Daniel López Rosetti, (2006) médico cardiólogo y presidente de la Sociedad Argentina de Medicina del Estrés.

¹⁴<http://www.saludmed.com>

Sobre la base de experiencias e investigaciones del instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional de Estados Unidos de América (NIOSH), se ha concluido que las condiciones de trabajo tienen un papel principal en causar el estrés laboral. La exposición a condiciones de trabajo estresantes (causas de estrés) puede tener una influencia directa en la salud y la seguridad del trabajador. Pero factores individuales y de otras situaciones pueden intervenir para fortalecer o debilitar esta influencia tal como se muestra en el Esquema de NIOSH de estrés del trabajo a continuación. Ejemplos de factores individuales y de situaciones que pueden reducir los efectos de condiciones estresantes incluyen:

El equilibrio entre el trabajo y la vida familiar o personal.

Una red de apoyo de amigos y compañeros de trabajo.

Un punto de vista relajado y positivo.

Entre las condiciones que podrían determinar estrés laboral se han descrito:

El diseño de los trabajos: trabajo pesado, descansos infrecuentes, turnos y horas de trabajo largos, trabajos frenéticos y de rutina que tienen poco significado inherente, no usan las habilidades de los sujetos y proveen poco sentido de control.

El estilo de dirección: falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones, falta de comunicación en la organización y falta de políticas favorables para la vida de familia.

Relaciones interpersonales: malos ambientes sociales y falta de apoyo o ayuda de compañeros y supervisores.

Los roles de trabajo: expectativas de trabajo mal definidas o imposibles de lograr, demasiada responsabilidad y demasiadas funciones.

Las preocupaciones de la carrera: inseguridad de trabajo, falta de oportunidad de crecimiento personal, el fomento o el ascenso, cambios rápidos para los cuales los trabajadores no están preparados.

Las condiciones ambientales: condiciones desagradables y peligrosas como las áreas de trabajo atiborradas, el ruido, la contaminación del aire o los problemas ergonómicos.

Otros factores que condicionarían estrés ocupacional son: el contexto macro social y el estrato socioeconómico; el tipo de trabajo; el apoyo social, dentro y fuera del trabajo; los sentimientos de autoestima y de control; el tipo de personalidad; la edad y el género.

Variables importantes en la investigación del estrés que afecta al personal de salud son: la profesión y el status profesional; la interacción entre diferentes grupos; la edad y la etapa en la carrera profesional. Existe evidencia de que los factores que afectan la salud y la salud mental y cómo se manifiestan puede variar en médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo.

Uno de los grupos ocupacionales en los que se ha descrito riesgos significativos de estrés ocupacional es el personal de instituciones de salud. Tradicionalmente una elevada proporción del personal de salud ha sido femenino. La participación femenina en la fuerza laboral ha ido creciendo rápidamente en la mayoría de los países, pero, al mismo tiempo, han ocurrido relativamente pocos cambios en las responsabilidades de la mujer en el hogar y la familia.

Un estudio realizado con trabajadores de la salud en Chile demostró que las mayores causas de insatisfacción y que afectan a más de la mitad de los sujetos, son: sentir su trabajo poco reconocido y valorado y la escasa posibilidad de controlarlo (baja autonomía). Luego, entre los factores de tensión, destaca el sentimiento de tener que responder a muchas personas, el apremio de tiempo y las condiciones de trabajo físico-ambientales inadecuadas. En el mismo estudio se encontraron diferencias significativas sólo en la escala de medición de síntomas psicossomáticos entre dos grupos ocupacionales, (profesionales v/s no profesionales).

Muchos estudios han considerado la relación entre el estrés del trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones del humor y del sueño, el malestar estomacal, el dolor de

cabeza y descontento con el trabajo, moral baja y relaciones alteradas con la familia y los amigos, son ejemplos de problemas relacionados al estrés en el trabajo que se desarrollan rápido y se ven comúnmente.

Al parecer, las condiciones laborales afectarían indirectamente la salud mental, tanto de hombres y mujeres, sin embargo, existen diferencias entre los factores que afectan a uno y otro sexo. Estas diferencias guardan relación con los roles y auto conceptos de hombres y mujeres, de ahí la conveniencia de estudiar separadamente las causas y los efectos del estrés ocupacional en mujeres y hombres.

Las mujeres, por las condiciones de género y el tipo de profesión u oficio que desempeñan mayoritariamente, ligadas al rol de cuidadoras, están más expuestas a los “males” de la vida moderna. Las labores de enseñanza y de enfermería, por ejemplo, son, por sus características, fuente de fuerte agotamiento profesional.

El 28% de los trabajadores de la Unión Europea informaron de problemas de salud relacionados con el estrés en el trabajo, lo que significa unos 41 millones de personas. La tensión en el trabajo representa, en el mercado laboral de América del Norte, un gasto anual de 200 mil a 300 mil millones de dólares. La tensión laboral es parte del 60 al 90% de los problemas médicos. Los trabajadores que dicen sufrir de un fuerte estrés laboral, tienen un 30% más de posibilidades de sufrir accidentes que aquellos con bajo estrés.

El estrés cuando evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado "Burnout", cuadro que, junto con significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización.

El término Burnout se refiere a un síndrome psicosocial, descrito en los años 70, y se explica como un tipo prolongado de estrés, laboral e institucional, generado en profesionales que mantienen una relación de ayuda y cuidado hacia los demás.

Este síndrome, en publicaciones europeas, como la de Moreno realizada en España en 1995 y la de Ordenes realizada en Chile en el 2004, se ha asociado con elementos laborales y organizacionales, como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo, estructura de los programas institucionales y trabajo en equipo, constituyendo una enfermedad multivariable en su etiología, lo que dificulta las estrategias de prevención.

Paralelo a lo anterior existe evidencia clínica, epidemiológica y experimental que el estrés en etapas tempranas del desarrollo, en conjunto con factores de predisposición genética, contribuye a generar una vulnerabilidad de largo plazo, a las depresiones y trastornos de ansiedad.

En el estudio realizado por Trucco en el año 1999, con una muestra representada por mujeres y hombres trabajadores en salud, con un grupo profesional y uno no profesional, se ha informado que los síntomas que predominan en más del 25% de la muestra son los de ansiedad y depresivos. Además se encontraron importantes diferencias en la frecuencia de fuentes de insatisfacción, entre los grupos profesionales y no profesionales, siendo referidos los profesionales como quienes perciben significativamente más tensión. Las diferencias entre mujeres y hombres son escasas. Lo que destaca principalmente es el nivel sintomático, aunque no se ha efectuado validación clínica, por lo que los resultados siguen siendo objetables, como en la mayoría de los estudios revisados. Aunque no es poco probable que la mayoría de las personas sintomáticas probablemente presentan las molestias emocionales o somáticas inespecíficas que representan el fenómeno de estrés.

Datos de un estudio prospectivo realizado en Londres entre 1985 y 1999, efectuado con 10.308 trabajadores estatales ingleses de entre 35 y 55 años de edad, concluyeron que

existe una relación directa entre estrés laboral y el Síndrome Metabólico (SM), que incluye Obesidad, Hipertensión y Dislipidemia, síndrome que a su vez conduce a la Diabetes y a sufrir diversas enfermedades cardiovasculares. Tanto hombres como mujeres sometidos a estrés laboral crónico tuvieron mayor riesgo de desarrollar SM que aquellos que no padecían estrés laboral crónico. Se encontró esta relación incluso luego de ajustar las mediciones con respecto a otros factores de riesgo.

Se ha encontrado diferencias significativas en el nivel de síntomas y en el de "tensión laboral" entre hombres y mujeres, pero estas diferencias son menores que las que existen entre los grupos ocupacionales. Las diferencias de género varían, además, en uno y otro grupo ocupacional. Las mujeres, declaran con mayor frecuencia que los hombres, dolor lumbar y cérico-braquial. La asociación de enfermedades músculo-esqueléticas con factores psicosociales de estrés en el trabajo ha sido motivo de numerosos estudios, aun cuando la naturaleza de la relación es controvertida.

Por otro lado, Lundberg en 1996, también encuentra que las mujeres presentan mayores problemas musculares en el trabajo que los hombres. Ello podría obedecer, a que las mujeres están generalmente empleadas en trabajos más monótonos y repetitivos; se mantienen más tiempo en estos trabajos mientras los hombres ascienden; y estarían expuestas a mayor cantidad de trabajo sin paga, lo que les permite menos tiempo para relajarse.

Las diferencias encontradas por Trucco en 1999, indican una situación menos favorable para el grupo no profesional, lo cual tiende a apoyar las tesis de Karasek (1990), en términos del mayor riesgo de estrés y morbilidad, en general, de las personas que trabajan sometidas a altas demandas, pero con escasa autonomía o control sobre el modo cómo realizan su trabajo. Como conclusión, según lo revisado, se encuentra que el riesgo de estrés varía más con el nivel ocupacional que con el género.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentemente observados en el ámbito laboral son: los trastornos afectivos, principalmente depresiones y trastornos por ansiedad, incluyendo

los trastornos por estrés postraumáticos, y el abuso y dependencia de alcohol y otras drogas, es decir, los mismos que con mayor frecuencia se detectan en la población general.

La medición del estrés ocupacional es un tema importante desde el punto de vista metodológico y como fundamento para el diseño de programas de salud y prevención en las organizaciones. Según Trucco (1998), a partir de los estudios de este tipo se podría orientar a los directivos y administradores de instituciones de salud respecto de ciertos factores subyacentes a comportamientos disfuncionales, ausentismo y morbilidad en el personal de salud, que afecta la productividad y la calidad de los servicios. Por otra parte, podría ayudar al propio personal a asumir una participación activa e informada en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo.¹⁵

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que trabajan día a día.

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”, fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973; a partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas.

Y describió el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía. Estas observaciones fueron ratificadas por Cristina Maslach, que en 1976 denominó al síndrome como de desgaste profesional o burnout, al

¹⁵<http://cybertesis.uach.cl>

observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas "de ayuda a los demás" y en contacto directo con el público. Así este síndrome ha pasado una época de interés a partir de estos trabajos de Maslach, refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud.

Se refería como un tipo específico de estrés laboral, padecido por aquellos, que en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio.

Al fin y al cabo, el burnout traduce la discrepancia entre los ideales y expectativas individuales, por un lado, y la dura realidad de la vida profesional, por otro, por lo que puede entenderse como la resultante de la falta de adaptación a un estrés laboral crónico. En el médico puede llevarle a dejar el trabajo o a evitar el trato directo con los pacientes mediante su dedicación al desarrollo de labores administrativas, gestoras o de investigación. Es entonces que el síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud, generada por la relación profesionalpaciente y por la relación profesionalorganización.¹⁶

Los efectos del Síndrome de Burnout lo integran tres componentes:

Despersonalización: se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal.

¹⁶<http://med.unne.edu.ar>

Falta de realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.

Agotamiento emocional: combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.

En la actividad profesional, el médico puede presentar las siguientes manifestaciones: Evitación del compromiso emocional, la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.

Disociación instrumental extrema se expresa en conductas automáticas y rígidas tales como comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.

Embotamiento y negación falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes se manifiesta en conductas interpersonales oposicionistas, actitudes descalificativas, intervenciones hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.

Impulsividad la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.

Desmotivación se asocia a la pérdida de autorrealización y a la baja autoestima, que puede traducirse en la falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos.

El desarrollo del síndrome de Burnout puede adquirir distintas formas de evolución:

Psiquiátricas: Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).

Somáticas: Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.

Organizacionales: Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.¹⁷

Este síndrome se puede medir por medio del cuestionario Maslach, que de forma autoaplicada, mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas las menores a 34. El cuestionario más utilizado fue la escala de Maslach de 1986. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

En la Escala de MASLACH se deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala.

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días.

¹⁷<http://www.scielo.org.ar>

A su vez se la divide en subescalas obteniéndose:

Agotamiento emocional (AE) conformado por los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad; es decir, a mayor puntuación en esta subescala mayor es el Burnout experimentado por el sujeto

Despersonalización (DP) constituida por los ítems 5, 10,11,15, 22. También su puntuación guarda proporción directa con el Burnout.

Realización personal (RP) la conforman los ítems 4, 7,9,12,17,18,19,21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout; es decir, a menor puntuación de realización o logros personales más afectados está el sujeto.

Nivel de Burnout experimentado como:

Bajo (AE \leq 18; DP \leq 5; RP \geq 40)

Medio (AE 19 a 26; DP 6 a 9; RP 34 a 39)

Alto (AE \geq 27; DP \geq 10; RP \leq 33)¹⁸

¹⁸<http://www.semergen.es>

6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Categoría	Indicadores	Escala
<p style="text-align: center;">Estrés laboral en médicos residentes</p> <p>Es una respuesta adaptativa mediada por las características individuales y la acción de una situación o evento externo que plantea a la persona especiales demandas físicas y psicológicas.</p>	Características	<p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Hijos</p>	<p>20-25 26 – 30 31 -35 > 35</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Casado Soltero Unión libre Divorciado Viudo</p> <p>Si No</p>
	Estrés	<p>TEST de Ansiedad de Hamilton</p> <p>Escala de MASLACH</p>	<p>0 ausente 1 -14leve 15 – 28 moderada 29 – 42 severa 43 -56 muy grave</p> <p>Bajo Medio Alto</p>

Variable	Categoría	Indicadores	Escala
<p style="text-align: center;">Desempeño profesional</p> <p>Capacidad para lograr un resultado destacado en función de las necesidades de la empresa.</p>	Experiencia laboral	<p>Tiempo de residencia</p> <p>Jornada laboral</p> <p>Número de pacientes</p> <p>Área laboral</p>	<p>3 -6 meses 7 meses – 1 año 1 – 2 años</p> <p>24 horas >24 horas</p> <p><30 >30</p> <p>Pediatría Ginecología Clínica Cirugía</p>

7 DISEÑO METODOLÓGICO

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un tipo de estudio descriptivo -prospectivo.

El presente trabajo fue un estudio descriptivo; y está dirigido a conocer cómo influye el estrés en el desempeño profesional de los médicos residentes. También fue prospectivo ya que se estudió la variable en un periodo de seis meses en el año en curso.

7.2. ÁREA DE ESTUDIO

Hospital Verdi Cevallos Balda e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Portoviejo.

7.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Médicos Residentes que tuvieran más de tres meses consecutivos laborando en los hospitales antes citados.

7.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No se incluyo en este estudio:

Médicos tratantes

Remplazos médicos

Internos rotativos

Médicos residentes que tuvieran menos de 3 meses laborando, los que estaban de vacaciones y aquellos que debido a su carga laboral no pudieron colaborar con la encuesta.

7.5. TIEMPO DE ESTUDIO

La investigación se la realizó desde febrero a julio del 2012.

7.6. POBLACIÓN O UNIVERSO

Médicos residente de las diferentes áreas de los Hospitales Verdi Cevallos Balda e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Portoviejo. El universo correspondió a 111 médicos.

7.7. MUESTRA Y SU TIPO

Se realizó el estudio a 77 médicos residentes de los cuales: 36 corresponden al HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA y 41 al INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DE PORTOVIEJO los mismos que se encontraban distribuidos en emergencia y hospitalización de las áreas de Medicina Interna (UCI), Pediatría (UCIP, neonatología y sala de parto), Ginecología y Cirugía. Se analizaron indicadores como edad, sexo, estado civil, tiempo de experiencia, jornada laboral entre otros.

7.8. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para la recolección de la información se utilizó:

- Test psicológicos (test de Maslach y Hamilton)

MASLACH mide el desgaste profesional. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Agotamiento emocional (AE) conformado por los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20. Su puntuación es directamente proporcional a la intensidad; es decir, a mayor puntuación en ésta subescala mayor es el burnout experimentado por el sujeto.

Despersonalización (DP) constituida por los ítems 5, 10,11,15, 22. También su puntuación guarda proporción directa con el burnout.

Realización personal (RP) la conforman los ítems 4, 7,9,12,17,18,19,21. En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de burnout; es decir, a menor puntuación de realización o logros personales más afectados está el sujeto.

Se utiliza el siguiente sistema de puntuación:

0= Nunca

1= Pocas veces al año o menos

2= Una vez al mes o menos

3= Unas pocas veces al mes o menos

4= Una vez a la semana

5= Pocas veces a la semana

6= Todos los días.

Nivel de burnout experimentado como

Bajo (AE \leq 18; DP \leq 5; RP \geq 40)

Medio (AE 19 a 26; DP 6 a 9; RP 34 a 39)

Alto (AE \geq 27; DP \geq 10; RP \leq 33)

TEST DE HAMILTON: (Anexo N° 1) Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos., el puntaje 0 (cero) representa la inexistencia del síntoma en cuestión y la puntuación 4 representa una

intensidad extrema de dicho síntoma. Se considera normal hasta un puntaje total menor de 8. De allí en más la relación es lineal, a mayor puntaje, mayor severidad de la ansiedad".

Este se aplica debido a que la ansiedad es uno de los principales efectos que se desarrollan por estrés laboral y se ha formulado un cuestionario basado en el test original teniendo en cuenta el siguiente puntaje para valorar los diferentes niveles de ansiedad.

0: ausente de ansiedad

01-14: ansiedad leve

15-28: ansiedad moderada

29-42: ansiedad severa

43-56: ansiedad muy grave

- Cuestionarios de encuestas.
- Nómina de residentes.

7.9. FORMULARIO DE RECOLECCIÓN

Se realizó una encuesta (Anexo N° 2) para recabar información acerca de las características personalógicas de los médicos residentes en donde se anexarán el test de Maslach y el test de Hamilton; el mismo que fue formulado en preguntas para una mejor aplicación y obtención de resultados.

8 RECURSOS

8.1. MATERIALES Y EQUIPOS DE TRABAJO

Internet

Nómina de residentes

Test psicológicos (Maslach y Hamilton)

Encuesta

Computadora

Material de oficina

Copias

Cámara

Otros

La Investigación será subsidiada en el 100% por sus autoras.

8.2. RECURSOS HUMANOS

Médicos residentes

Directores de los Hospitales Verdi Cevallos Balda e IESS Portoviejo

Miembros de tesis

Investigadoras

8.3. RECURSOS ECONÓMICOS E INSTITUCIONALES

8.3.1. INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí

Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Instituto Ecuatoriano de Seguridad de Social de Portoviejo

8.3.2. PRESUPUESTO

El proyecto tuvo un costo aproximado de \$ 650,00 el mismo que fue financiado con recursos propios de los egresados, la cual, se desglosa de la siguiente manera:

Material de oficina	\$200
Computadora (uso de internet)	\$100
Cámara fotográfica (impresiones de fotos)	\$30
Copias Xerox	\$100
Empastados	\$120
Transporte	\$100

9 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para la presentación de los resultados de esta investigación se usaron gráficos y tablas en base a los datos de las variables recogidas.

**DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS
HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

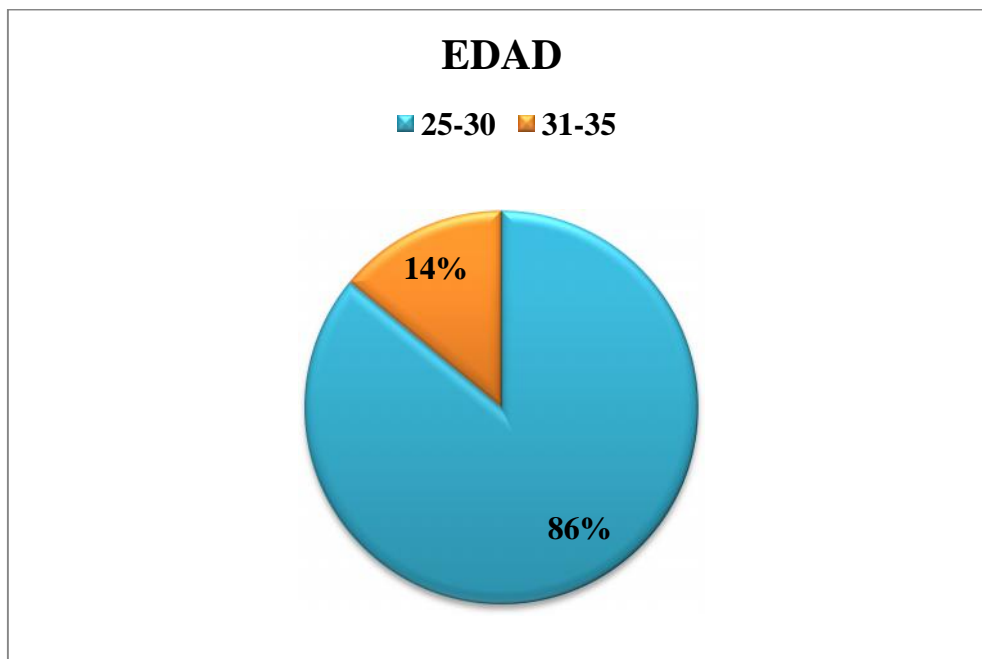
TABLA N° 1

EDAD	N°	%
25-30	66	86%
31-35	11	14%
>35	0	0%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 1

De acuerdo a los datos obtenidos mediante las encuestas se evidenció que de los 77 residentes el 86% equivalente a 66 médicos se encuentran en las edades comprendidas entre 25 y 30 años y el 14% restante corresponde a 11 médicos entre 31 a 35 años, lo que nos indica que en la actualidad la preparación inicia a tempranas edades e incluso antes de los 35 años de edad los profesionales de salud ya han realizado la residencia médica.

**DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS
HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE
SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

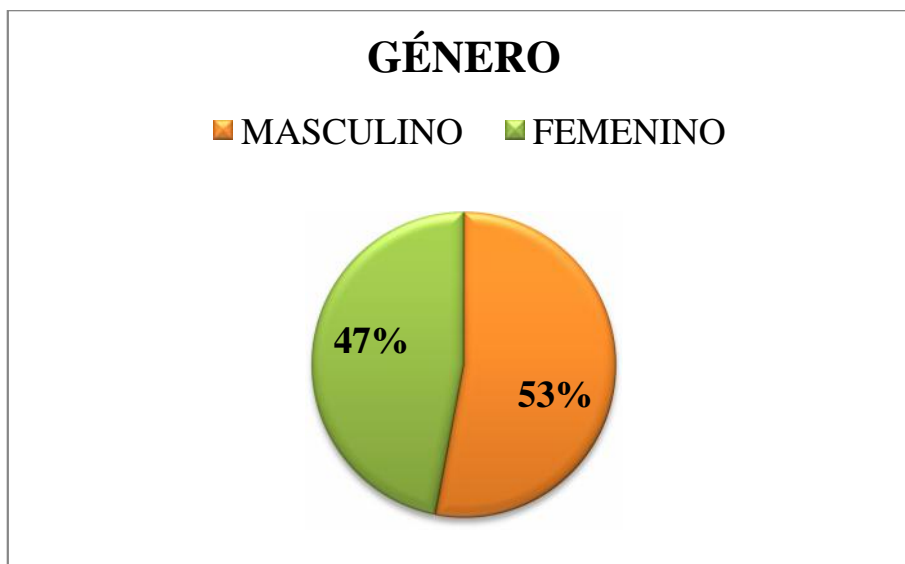
TABLA N° 2

GÉNERO	N°	%
MASCULINO	41	53%
FEMENINO	36	47%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE TABLA Y GRÁFICO N° 2

El estudio demuestra que de los encuestados 41 médicos son de sexo masculino correspondiendo al 53% de la población y 36 médicos de sexo femenino equivalentes al 47% con lo que se evidencia que en la actualidad ambos géneros se desarrollan de manera equitativa en el campo de la salud teniendo en cuenta que el sexo femenino desarrolla al mismo tiempo su rol

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL DE LOS MÉDICOS
RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E
INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO
FEBRERO A JULIO 2012**

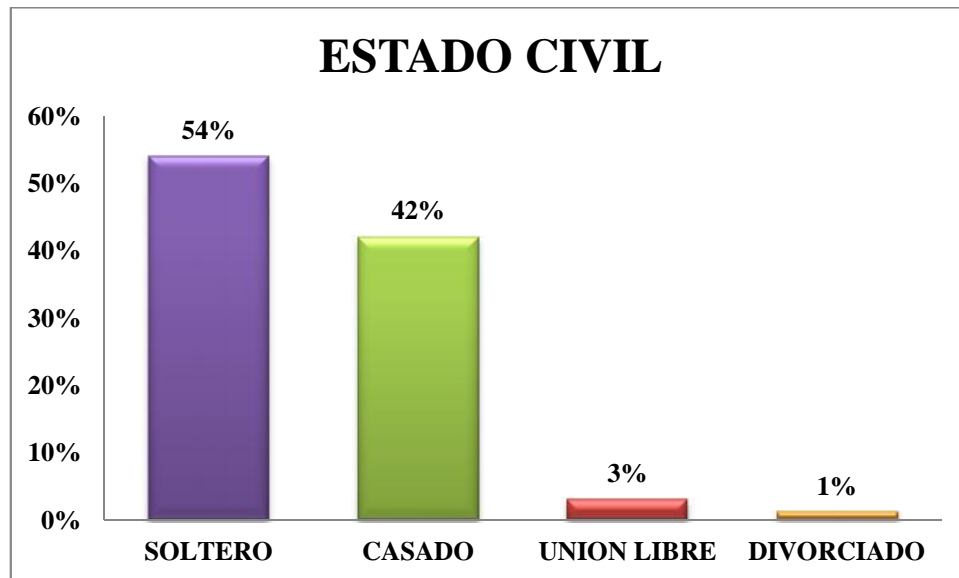
TABLA N° 3

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERO	42	54%
CASADO	32	42%
UNION LIBRE	2	3%
DIVORCIADO	1	1%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 3

De acuerdo a los resultados obtenidos el estado civil predominante es soltero con 42 médicos equivalentes al 52%; seguido de casado con 32 médicos, unión libre 2 y divorciado 1 que corresponden al 42%, 3% y 1% respectivamente.

Según las manifestaciones emitidas por los encuestados estando solteros pueden tener mayor tiempo disponible para desarrollarse como profesionales, ya que sería diferente al estar casados sobretodo si tienen hijos.

**DISTRIBUCIÓN POR DESCENDENCIA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE
LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A
JULIO 2012**

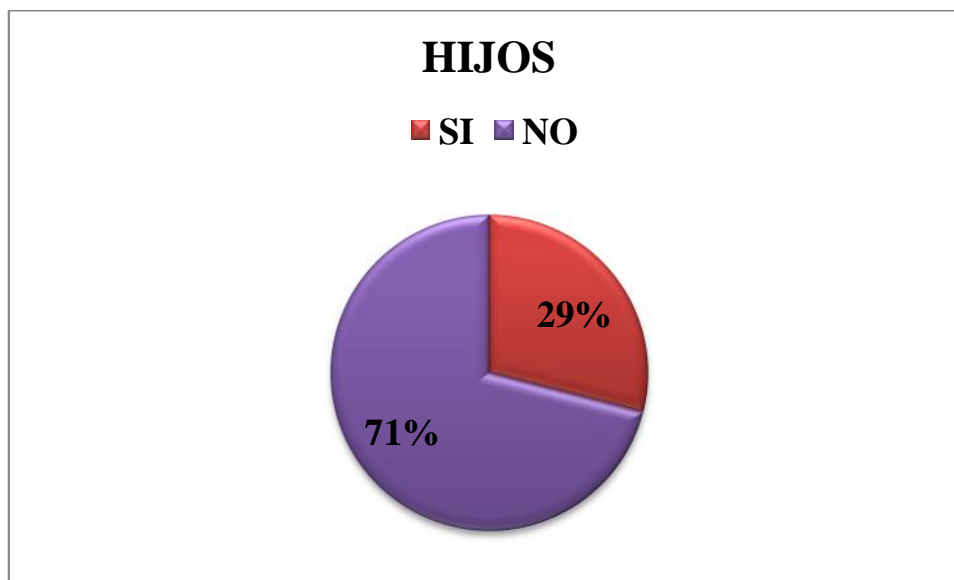
TABLA N° 4

HIJOS	N°	%
SI	22	29%
NO	55	71%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 4



ANÁLISIS EINTERPRETACIÓNTABLA Y GRÁFICO N° 4

De los 77 profesionales encuestados el 29% correspondiente a 22 médicos tienen hijos y el 71% equivalente a 55 médicos no tienen porque consideran que la residencia médica es una etapa de formación y realización como profesionales lo que demanda de más tiempo y concentración.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TIEMPO DE RESIDENCIA DE LOS
MÉDICOS DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A
JULIO 2012**

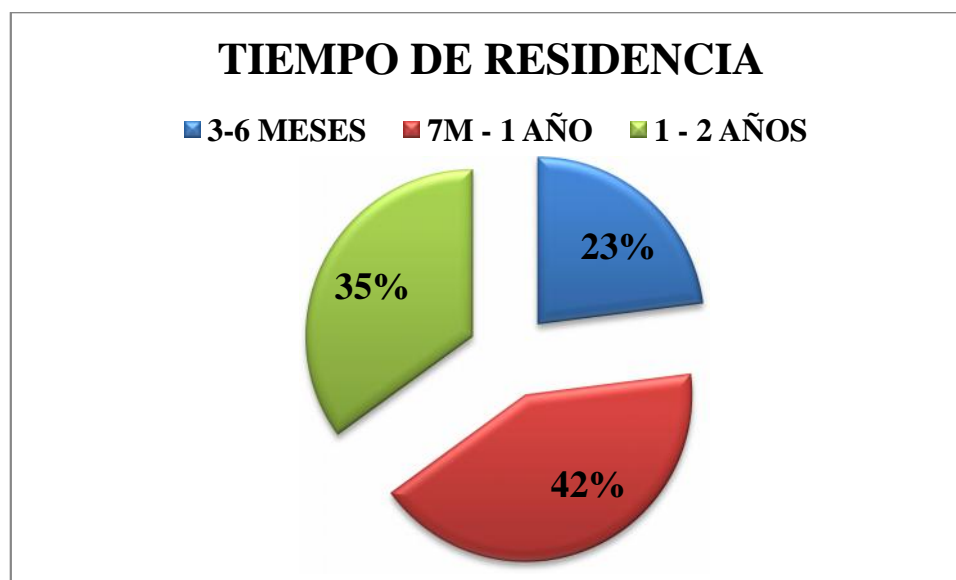
TABLA N° 5

TIEMPO DE RESIDENCIA		
TIEMPO	N°	%
3-6 MESES	18	23%
7M - 1 AÑO	32	42%
1 - 2 AÑOS	27	35%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N°5

En base a la encuesta realizada hemos observado que el mayor porcentaje de médicos 42% correspondiente a 32 tienen entre 7 meses y 1 año laborando en los nosocomios en estudio, 27 médicos que corresponden al 35% tienen entre 1-2 años trabajando y 18 médicos tienen entre 3 y 6 meses de residencia, la diferencia en el tiempo de misma se da porque es necesario que haya personal con más experiencia para que de ésta manera sirvan de apoyo y guía a quienes recién empiezan ésta etapa.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A LA JORNADA LABORAL DE LOS
MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA
E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO
FEBRERO A JULIO 2012**

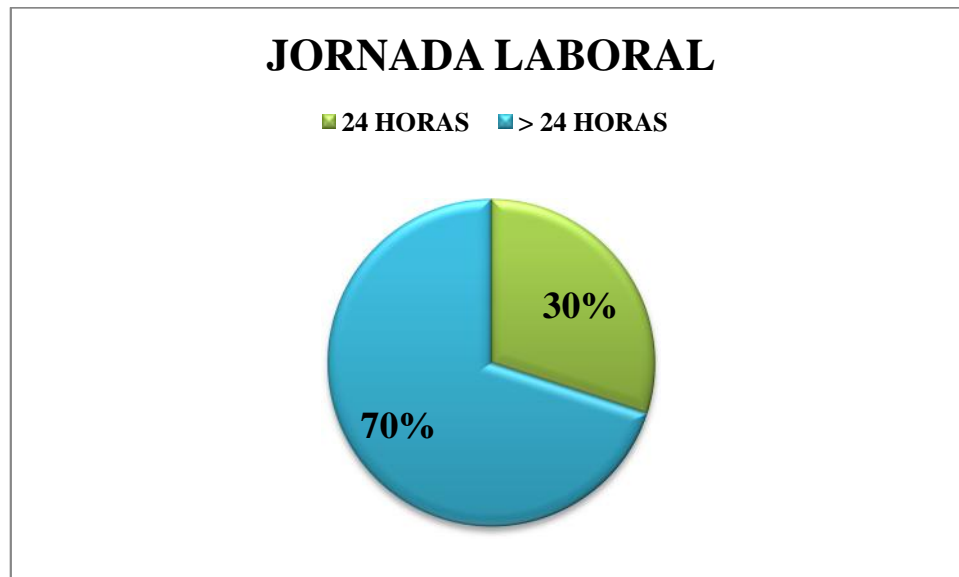
TABLA N° 6

JORNADA LABORAL		
HORAS	N°	%
24 HORAS	23	30%
> 24 HORAS	54	70%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 6

54 Médicos equivalentes al 70% de la población en estudio laboran más de 24 horas; mientras que 23 médicos que corresponden al 33% realizan 24 horas.

De los que laboran más de 24 horas, 41 médicos son del IESS y 13 pertenecientes al área de pediatría del Hospital Verdi Cevallos Balda quienes realizan actividades como pase visita, colaboración en área de emergencia, tutoría dirigida por médicos especialistas entre otras.

**DISTRIBUCIÓN POR NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS POR
MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA
E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO
FEBRERO A JULIO 2012**

TABLA N° 7

NÚMERO DE PACIENTES		
#	N°	%
< 30	16	21%
> 30	61	79%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 7



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 7

De los 77 encuestados, 61 médicos correspondientes al 79% tienen a su cargo más de treinta pacientes y 16 médicos equivalentes al 21% asisten a menos de treinta pacientes porque éstos se encuentran en áreas especiales como Neonatología, UCI, UCIP.

Quienes tienen mayor número de pacientes a su cargo es debido a la gran demanda en salud en nuestro medio.

**DISTRIBUCIÓN POR ÁREA LABORAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE
LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO
ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A
JULIO 2012**

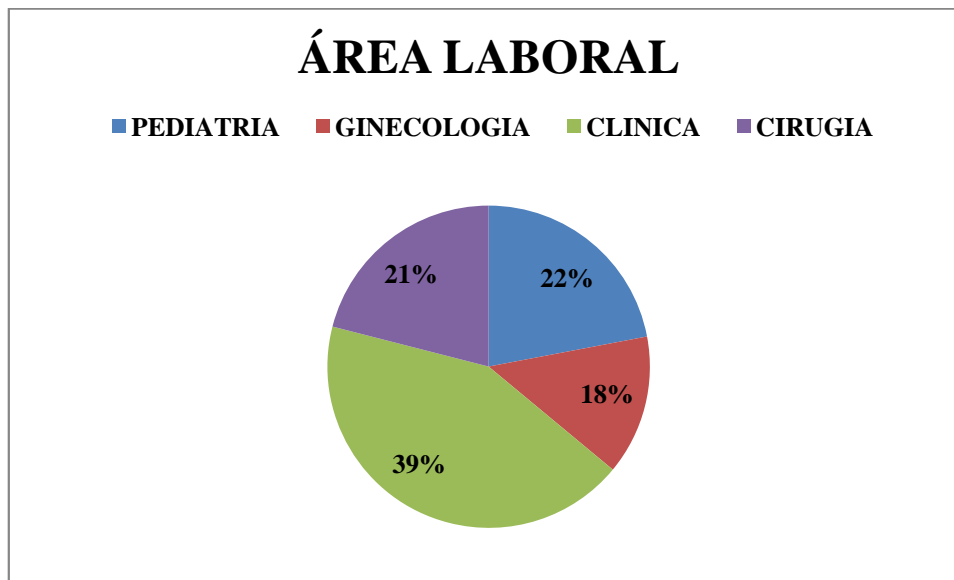
TABLA N° 8

ÁREA LABORAL		
ÁREAS	N°	%
PEDIATRIA	17	22%
GINECOLOGIA	14	18%
CLINICA	30	39%
CIRUGIA	16	21%
TOTAL	77	100%

Fuente: Encuestas aplicadas a los Médicos Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 8



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 8

De acuerdo a la distribución por área pudimos constatar que 33 médicos correspondientes al 39% se encuentran en el área de medicina interna esto se debe mayor demanda de usuarios seguido de pediatría con el 22%, cirugía 21% y ginecología 18%.

Teniendo en cuenta que no hay una distribución proporcional por área debido a la demanda de pacientes en ambos nosocomios, haciendo referencia que en el Hospital Verdi Cevallos Balda hay un mayor número de residentes para el área de pediatría mientras que para el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social el mayor porcentaje se encuentra en el área de emergencia donde los médicos no tienen asignaciones fijas en relación al hospital antes citado.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE HAMILTON APLICADO A LOS
MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA
E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO
FEBRERO A JULIO 2012**

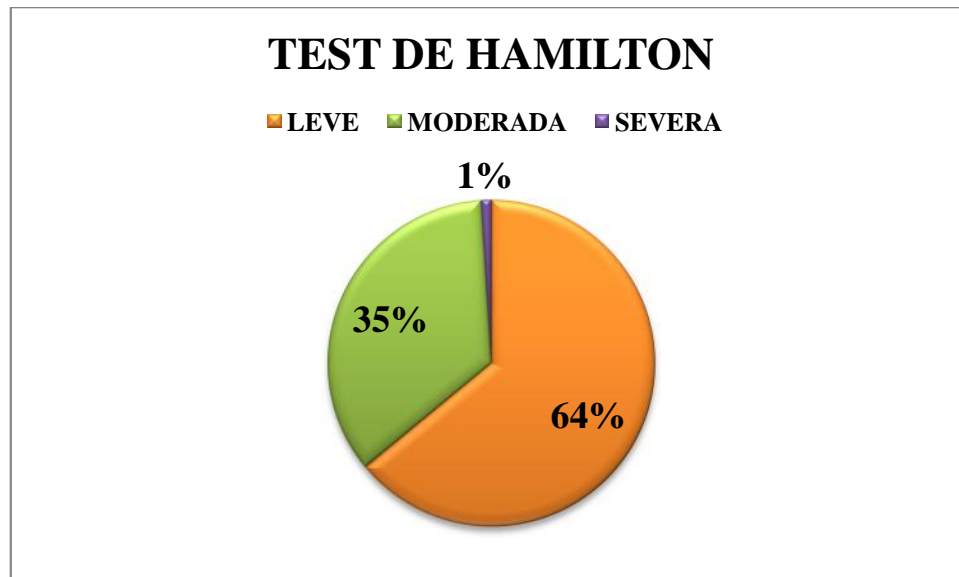
TABLA N° 9

TEST DE HAMILTON		
INTENSIDAD	N°	%
LEVE	49	64%
MODERADA	27	35%
SEVERA	1	1%
TOTAL	77	100%

Fuente: Test de Hamilton aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 9



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 9

El test de Hamilton aplicado a los médicos residentes demuestra que 49 encuestados correspondientes al 64% presentan ansiedad leve, 27 médicos que representan el 35% presentan ansiedad moderada y se pudo constatar que se presenta en el personal que lleva más de 1 año laborando y se encontró un caso de ansiedad severa que es representado en el 1%.

Teniendo presente que la ansiedad leve no significa que estén presentando una patología de lo contrario muestra que se encuentran en una fase de alerta ante las actividades que deben realizar durante las horas de guardia, pudiendo manifestarse la ansiedad moderada como cansancio muscular y alteraciones gastrointestinales en momentos de estrés según las respuestas del test aplicado y en cuanto a la ansiedad severa se manifiesta a nivel cognitivo con preocupación excesiva, miedo, temor a que se den cuenta de la dificultad; a nivel fisiológico palpitaciones, sudoración, molestias gástricas y a nivel motor se presentan movimientos repetitivos, ir de un lado a otro, así como también reacciones emocionales.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE HAMILTON APLICADO POR
ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

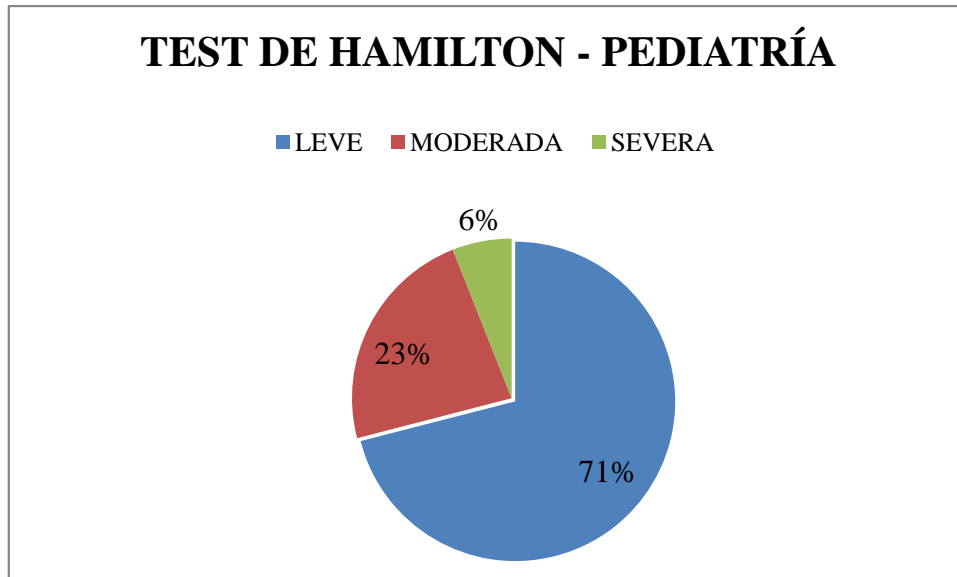
TABLA N° 10

HAMILTON – PEDIATRÍA		
NIVEL	N°	%
LEVE	12	71%
MODERADA	4	23%
SEVERA	1	6%
TOTAL	17	100%

Fuente: Test de Hamilton aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 10



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 10

De los 17 médicos encuestados en el área de pediatría el 71% presentan ansiedad leve, el 23% ansiedad moderada y se encontró un caso con ansiedad severa representando el 6%; cabe destacar que ésta área fue donde se encontró el único caso de ansiedad severa correspondiente al médico que se encontraba en emergencia según su referencia se debe a la gran demanda de pacientes y a la exigencia de los familiares.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE HAMILTON APLICADO POR
ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

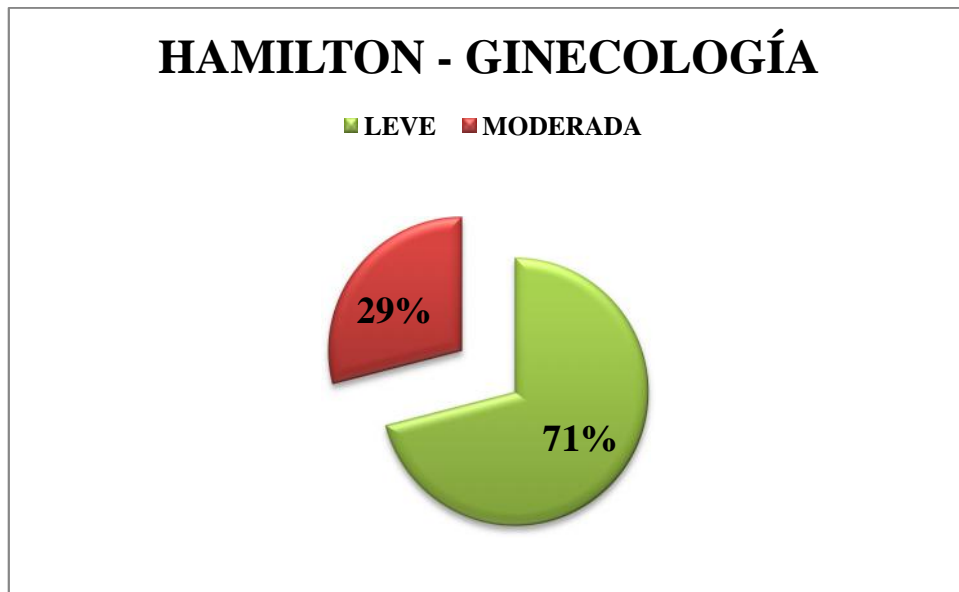
TABLA N° 11

HAMILTON - GINECOLOGÍA		
NIVEL	N°	%
LEVE	10	71%
MODERADA	4	29%
SEVERA	0	0%
TOTAL	14	100%

Fuente: Test de Hamilton aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 11



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 11

De los 14 encuestados en el área de ginecología el mayor porcentaje (71%) presentaron ansiedad leve y el 29% han desarrollado ansiedad moderada, aunque en esta área el número de pacientes es menor comparado con otras áreas los médicos desarrollan niveles de ansiedad a la gran responsabilidad que representa el manejo de las mismas.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE HAMILTON APLICADO POR
ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

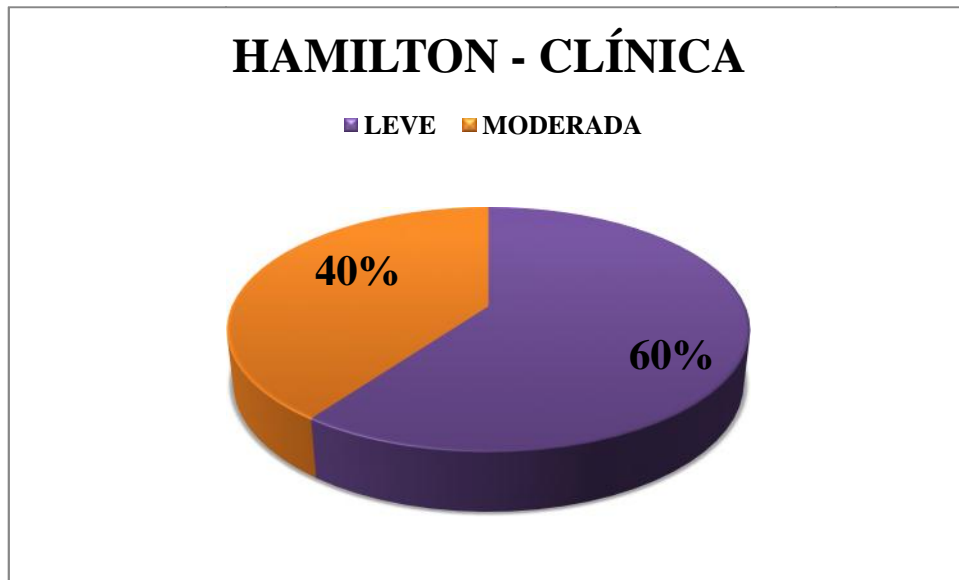
TABLA N° 12

HAMILTON CLÍNICA		
NIVEL	N°	%
LEVE	18	60%
MODERADA	12	40%
SEVERA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente: Test de Hamilton aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 12



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 12

En el área de clínica encontramos que de los 30 galenos, 18 correspondientes al 60% presentaron ansiedad leve y 12 representados en el 40% desarrollaron ansiedad moderada debido a la gran demanda de pacientes, las exigencias de los familiares y el espacio físico reducido.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE HAMILTON APLICADO POR
ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

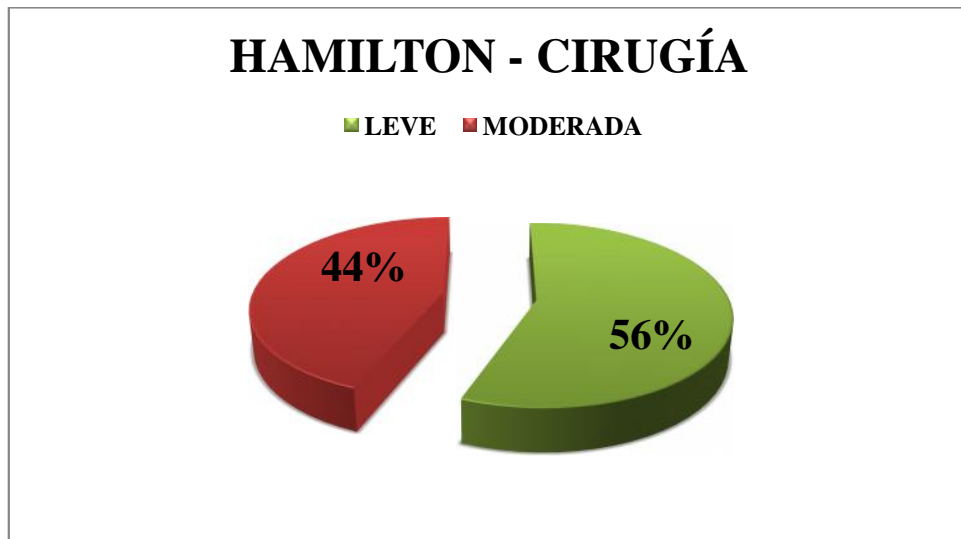
TABLA N° 13

HAMILTON - CIRUGÍA		
NIVEL	N°	%
LEVE	9	56%
MODERADA	7	44%
SEVERA	0	0%
TOTAL	16	100%

Fuente: Test de Hamilton aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRAFICO N° 13



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 13

En los 16 residentes del área de cirugía encontramos niveles de ansiedad entre leve y moderado correspondiendo a 56% y 44% respectivamente, debiéndose tanto a la hora de entrar a quirófano como en el momento de asistir al paciente en la emergencia considerándose como el área en que los médicos desarrollan más niveles de ansiedad moderada.

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE MASLACH APLICADO A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012

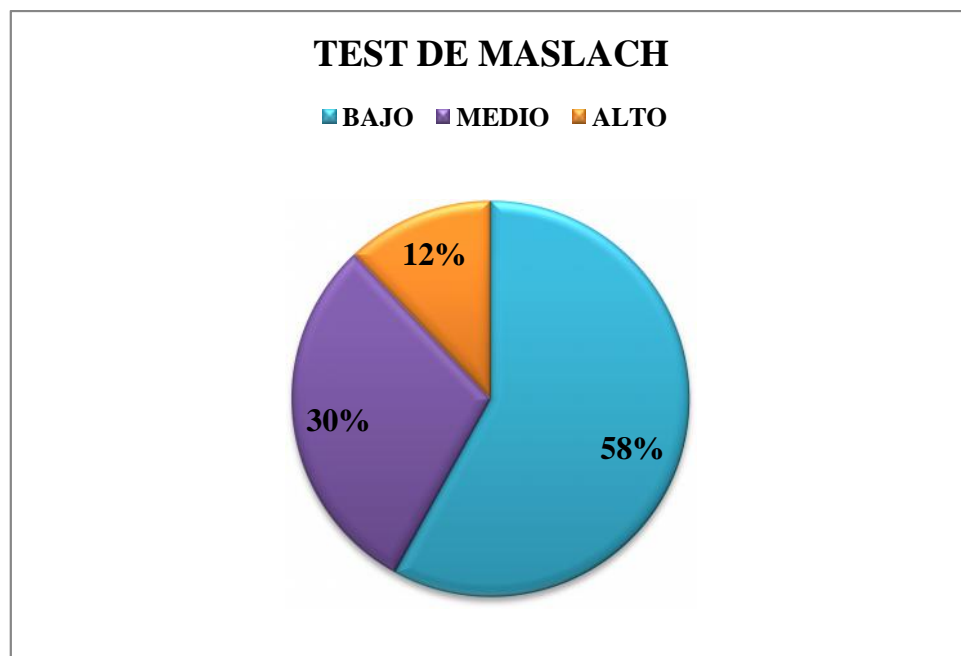
TABLA N° 14

TEST DE MASLACH		
NIVEL	N°	%
BAJO	45	58%
MEDIO	23	30%
ALTO	9	12%
TOTAL	77	100%

Fuente: Test Maslach aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRAFICO N° 14



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 14

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir del Test de Maslach que mide el estrés crónico se evidenció que el 58% correspondiente a 45 médicos de la población presentan niveles bajos de estrés mientras que un 30% (23) médicos se sitúan en un nivel medio y finalmente el 12% equivalente a 9 galenos han desarrollado niveles altos de estrés.

Cuando el estrés evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales, a más de significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización. Todo esto directamente proporcional al tiempo laboral.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE MASLACH APLICADO POR
ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

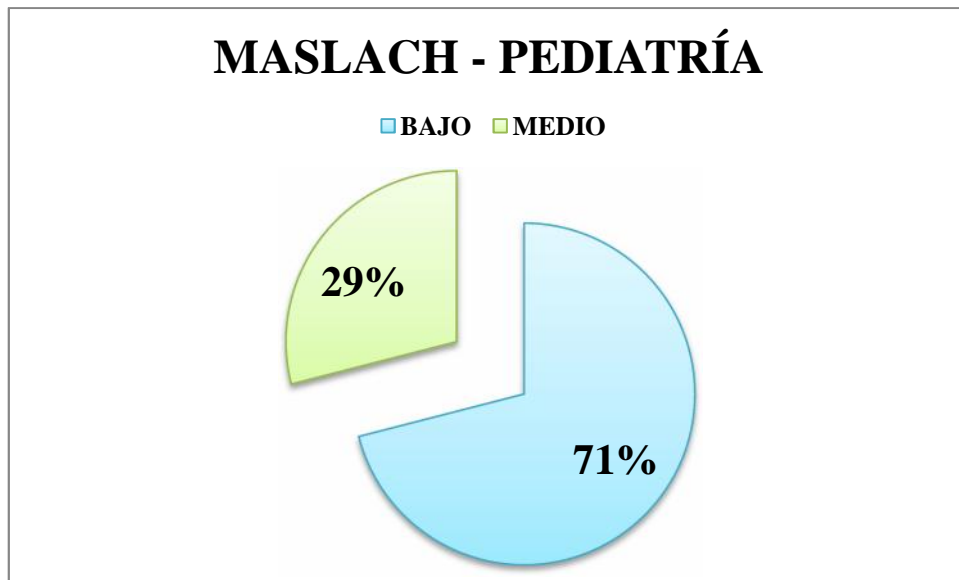
TABLA N° 15

MASLACH - PEDIATRÍA		
NIVEL	N°	%
BAJO	12	71%
MEDIO	5	29%
ALTO	0	0%
TOTAL	17	100%

Fuente: Test Maslach aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 15



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 15

De los 17 médicos, 12 que representan el 71% presenta niveles bajos de estrés mientras que 5 galenos que corresponden a 29% han desarrollado niveles medios.

Debido al tiempo de residencia, la gran demanda en la emergencia y mayor responsabilidad en áreas críticas.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE MASLACH APLICADO POR
ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

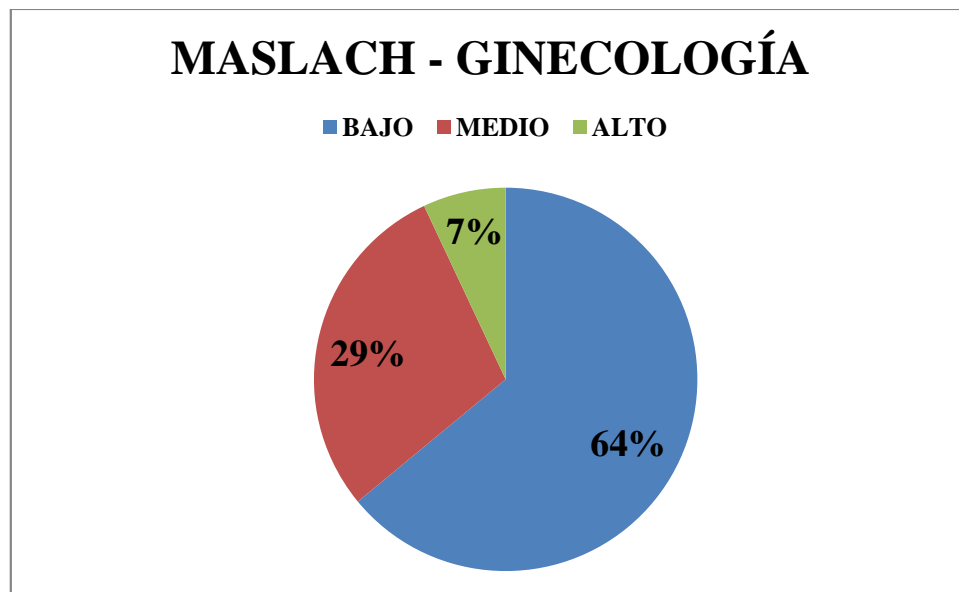
TABLA N° 16

MASLACH - GINECOLOGÍA		
NIVEL	N°	%
BAJO	9	64%
MEDIO	4	29%
ALTO	1	7%
TOTAL	14	100%

Fuente: Test Maslach aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRAFICO N° 16



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 16

De los 14 encuestados en ginecología, 9 que representan el 64% presentó estrés en niveles bajos, el 29% (4 médicos) medio y 1 galeno equivalente al 7% nivel altos de estrés. Este caso se presentó en el médico que cursaba mayor tiempo de residencia.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE MASLACH APLICADO POR
ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

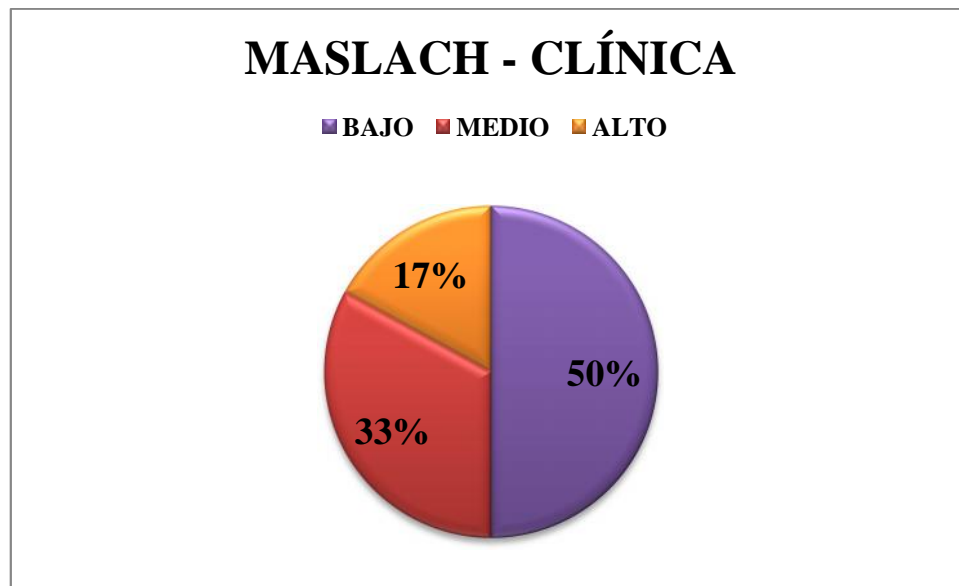
TABLA N° 17

MASLACH - CLÍNICA		
NIVEL	N°	%
BAJO	15	50%
MEDIO	10	33%
ALTO	5	17%
TOTAL	30	100%

Fuente: Test Maslach aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 17



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 17

En el área de clínica 15 médicos correspondientes al 50% se detectó con estrés bajo, 10 representados en 33% nivel medio y nivel alto de estrés en 5 médicos equivalente 17% lo que nos que por cada 3 médicos con estrés bajo hay 1 con estrés alto y se debe a que tienen a un tiempo de residencia mayor de seis meses.

**DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE MASLACH APLICADO POR
 ÁREA A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI
 CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD
 SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012**

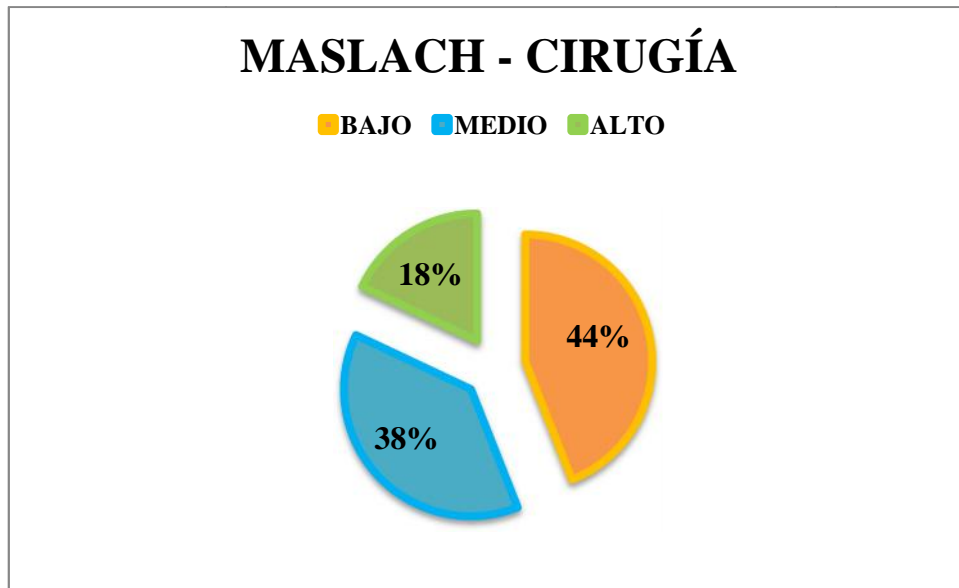
TABLA N° 18

MASLACH - CIRUGÍA		
NIVEL	N°	%
BAJO	7	44%
MEDIO	6	38%
ALTO	3	18%
TOTAL	16	100%

Fuente: Test Maslach aplicado a los Residentes del HVCB E IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012.

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRAFICO N° 18



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 18

En el área de cirugía de los 16 encuestados, 7 equivalentes al 44% presentan nivel de estrés bajo, 6 galenos representados en el 38% niveles moderados y 3 médicos corresponden al 18% nivel alto de estrés sobretodo en el personal que se encuentra más tiempo en el área de quirófano.

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE HAMILTON APLICADO A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012

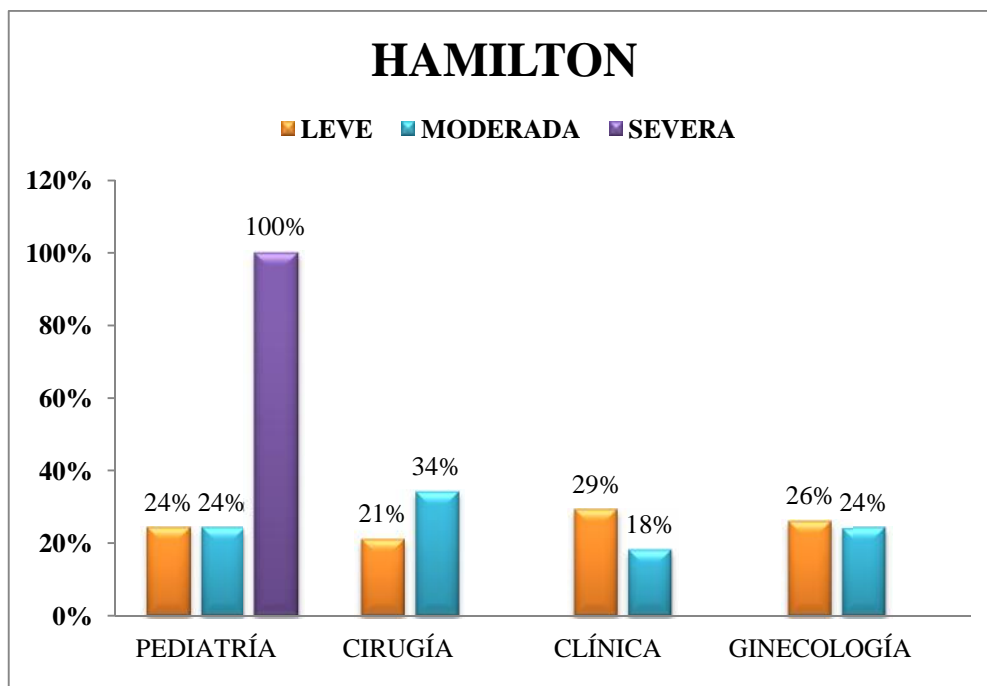
TABLA N° 19

HAMILTON						
ÁREAS	LEVE		MODERADA		SEVERA	
	N°	%	N°	%	N°	%
PEDIATRÍA	9	24%	4	24%	1	100%
CIRUGÍA	8	21%	6	34%		
CLÍNICA	11	29%	3	18%		
GINECOLOGÍA	10	26%	4	24%		
TOTAL	38	100%	17	100%	1	100%

Fuente: Test de Hamilton aplicado a los Residentes del HVCB e IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012

Elaborado por:Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 19



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 19

De las cuatro áreas en estudio fue clínica o medicina interna que presentó mayor número de médicos(11) equivalentes a 29% en cuanto a ansiedad leve se refiere;el área con mayor número de médicos que presentaron ansiedad moderada fue cirugía representada en un 34% con 6 médicos involucrados y encontrándose un caso de ansiedad severa en el área de pediatría correspondiendo al 100%.

Podemos notar que en las cuatro áreas se desarrollan niveles de ansiedad leve lo que significa que todos se encuentran en estado de alerta para la ejecución de las diferentes actividades que tienen a su cargo, pero es el área de clínica que se encuentra con el mayor porcentaje debido a la gran demanda y a las condiciones ambientales; el área que desarrolla ansiedad en niveles moderados es cirugía debido a las constantes reacciones agresivas por parte de los familiares, falta de experiencia quirúrgica presentando por lo tanto temor por las complicaciones transoperatorias y encontrándose un caso de ansiedad severa en el área de pediatría (emergencia) por la alta demanda de pacientes y las presiones por parte de los padres.

DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL TEST DE MASLACH APLICADO A LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO 2012

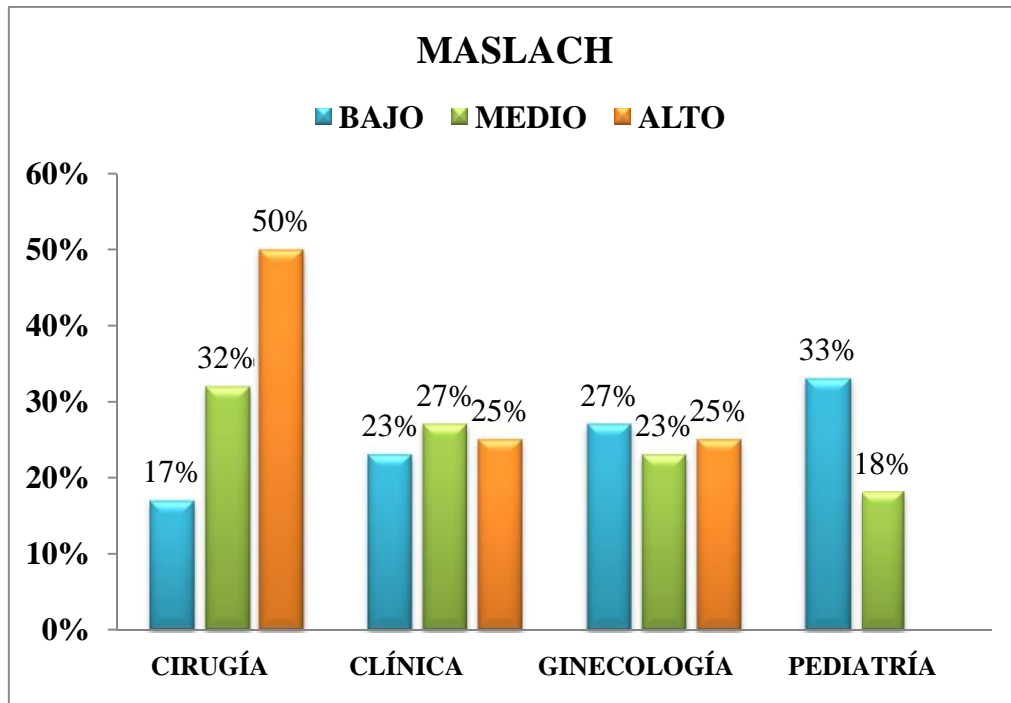
TABLA N° 20

MASLACH						
ÁREAS	BAJO		MEDIO		ALTO	
	N°	%	N°	%	N°	%
CIRUGÍA	5	17%	7	32%	2	50%
CLÍNICA	7	23%	6	27%	1	25%
GINECOLOGÍA	8	27%	5	23%	1	25%
PEDIATRÍA	10	33%	4	18%		
TOTAL	30	100%	22	100%	4	100%

Fuente: Test de Maslach aplicado a los Residentes del HVCB e IESS Portoviejo Febrero-Julio 2012

Elaborado por: Johanna Navarrete Domínguez y Sofía Pavón Pérez.

GRÁFICO N° 20



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA Y GRÁFICO N° 20

El test de Maslach aplicado a la población en estudio para conocer en qué área se presentó mayor estrés laboral nos indicó que donde desarrollaron niveles bajos de estrés en mayor porcentaje es pediatría con un 33% equivalente a 10 médicos manteniendo porcentajes casi equitativos en las demás áreas; siendo cirugía el área donde en contaron los mayores porcentajes tanto para estrés medio como alto con un 32% y 50% respectivamente.

Cuando se desarrollan niveles de estrés crónico, éste se puede manifestar en los médicos como una pérdida de contacto relacional, expresar conductas autonómicas y rígidas, también conductas reactivas de enojo, confrontaciones con colegas, pacientes y personal paramédicos e incluso puede disminuir la autorrealización y baja autoestima, y esto puede deberse a la mayoría de los casos al excesivo sentimiento de responsabilidad para con el paciente o sus familiares.

10 CONCLUSIONES

Es estrés es una respuesta fisiológica donde entran en juego mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante, pero cuando se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo provocando la aparición de enfermedades o anomalías que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo, según esto llegamos a la conclusión que el estrés influye de manera positiva en el desempeño profesional de los médicos residentes siempre y cuando se desenvuelvan en un medio que les ayude a mantener los niveles de alerta. Sin embargo según las encuestas realizadas conocimos que se desarrollan niveles altos y medios de estrés en ciertas áreas laborales de ambos nosocomios que influirán negativamente en el desempeño de los galenos debido a la alta demanda de pacientes atendidos durante la guardia.

A través de los datos obtenidos mediante la encuesta y test realizados se demuestra que en los hospitales en estudio la realización profesional en cuanto a género es equitativa; en edades comprendidas entre los 25 y 30 años, que en un 54% son solteros y solo un 29% de la población total tienen hijos.

Dentro de las causas que influyen para el desarrollo de estrés laboral en los médicos residentes de los Hospitales Verdi Cevallos Balda e IESS Portoviejo tenemos:

Infraestructura inadecuada (espacios pequeños y con mala distribución).

Sobrecarga en horas laborales (transferencia y reemplazos una vez terminadas las guardias), número de pacientes atendidos de forma continua y sin descanso alguno por derivación médica en algunas ocasiones innecesarias.

Deficiente comunicación entre el equipo de trabajo y superiores, presiones de la institución, concebido como “unidad productiva”.

La confrontación con el sufrimiento humano: enfermedad, invalidez y muerte.

El trato con pacientes y familiares difíciles y poco colaboradores (muy angustiados, demandantes y las exigencias sobre insumos para el tratamiento por parte de los usuarios ante los médicos residentes.

El temor a equivocarse en el diagnóstico o en el tratamiento ante los especialistas.

En la investigación que realizamos conocimos que el mayor porcentaje (64%) de médicos desarrollan un nivel de ansiedad leve considerada como normal al momento de desempeñarse en un área laboral, que el 35% han desarrollado ansiedad moderada y un 1% ansiedad severa resultados independientes del tiempo de residencia; y que el área médica en donde se encontró un caso de ansiedad severa fue pediatría (área de emergencia); los niveles de ansiedad moderada son mayores en cirugía con un 34%. Cabe señalar que se realizó el test de Hamilton para la ansiedad debido a que ésta es considerada la manifestación inicial y que genera limitantes en el desempeño profesional y posterior cuadros de estrés.

El test de Maslach aplicado para determinar niveles de estrés laboral demostró que un 58% de la población en estudio presentó niveles bajos de estrés; un 30% presentó nivel medio y un 12% desarrolló nivel alto de Burnout desencadenando en los médicos agotamiento emocional, moderada despersonalización y lo más preocupante sentimiento de falta de desarrollo profesional; a diferencia del test de Hamilton que depende de la personalidad y el ambiente en que se desenvuelve la persona para desarrollar niveles de ansiedad, el test de Maslach es proporcional al tiempo laboral es decir; a mayor tiempo mayor desarrollo de estrés laboral.

En el área de cirugía los médicos desarrollaron nivel alto y medio de estrés laboral con un 50% y 32% respectivamente, y fue pediatría el área con mayor porcentaje (33%) de estrés bajo

11 RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos del estudio y a las opiniones de los médicos encuestados recomendamos lo siguiente:

Realizar una distribución equitativa de los médicos en las diferentes áreas para equilibrar la carga laboral.

Asignar tiempos de descanso de 10 minutos a cada médico luego de 8 horas de trabajo consecutivo.

Desarrollar programas grupales de motivación y relajación para disminuir el estrés en los médicos residentes.

Promover la integración y comunicación entre médicos residentes, tratantes y autoridades de los nosocomios.

Desarrollar programas orientados a la formación de grupos de discusión de estudios clínicos.

Implementar programas de intervención en conjunto con los departamentos de psicología y psiquiatría para disminuir el estrés.

Capacitar a los médicos residentes antes de que formen parte del equipo de trabajo de la institución.

12 PROPUESTA

PLAN DE SUGERENCIA: IMPORTANCIA DE REALIZAR PROGRAMAS QUE AYUDEN A DISMINUIR NIVELES DE ESTRÉS LOS MÉDICOS RESIDENTES

1.- JUSTIFICACIÓN

El concepto de estrés laboral, se define como "la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas". Sobre la base de experiencias e investigaciones del instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional de Estados Unidos de América (NIOSH), se ha concluido que las condiciones de trabajo tienen un papel principal en causar el estrés laboral.

Los médicos residentes desarrollan niveles de estrés laboral producido por el resultado del continuo trabajo en las diferentes áreas, la falta de conocimiento clínico, las graves patologías a que se enfrentan, la sobresaturación de trabajo, las dudas diagnósticas, y sobre todo el discomfort o las denuncias por parte del usuario o de sus familiares.

El estrés cuando evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado "Burnout", cuadro que, junto con significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización.

Es por esto que creemos necesaria la realización de programas que ayuden a disminuir los niveles de estrés y en donde se de la participación activa de los médicos residentes para mejorar su calidad de vida y desarrollo tanto personal como institucional.

2.- OBJETIVOS:

OBJETIVOS GENERAL:

Contribuir en la ejecución de programas que ayuden a disminuir niveles de estrés en los médicos residentes del Hospital Verdi Cevallos Balda e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Portoviejo.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Presentar las conclusiones obtenidas del estudio.

Entregar las recomendaciones en base a los resultados obtenidos del estudio.

Sugerir un programa que ayude a mejorar la calidad de vida y reducción de estrés en los médicos.

3.- MARCO TEÓRICO

ESTRÉS clasificación **CIE10** es F43¹⁹

3.1.- DEFINICIÓN

El estrés es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud.

3.2.- TIPOS DE ESTRÉS

Son de cuatro tipos, y cada uno tiene su propia y única forma de tratamiento:

3.2.1.- ESTRÉS AGUDO

Es la forma de estrés más común. Proviene de las demandas y las presiones del pasado inmediato y se anticipa a las demandas y presiones del próximo futuro. El estrés agudo es estimulante y excitante a pequeñas dosis, pero demasiado es agotador.

Las enfermedades que habitualmente observan son: Úlcera por Estrés, estados de shock, neurosis post traumática, neurosis obstétrica, estado Postquirúrgico

3.2.2.-ESTRÉS AGUDO EPISÓDICO

Existen individuos que padecen de estrés agudo con frecuencia, cuyas vidas están tan desordenadas que siempre parecen estar inmersas en la crisis y en el caos. Van siempre corriendo, pero siempre llegan tarde. Si algo puede ir mal, va mal. No parecen ser

¹⁹ www.psicoadactiva.com

capaces de organizar sus vidas y hacer frente a las demandas y a las presiones que ellos mismo se infringen y que reclaman toda su atención. Parecen estar permanentemente en la cresta del estrés agudo.

3.2.3.- ESTRÉS CRÓNICO

Se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones:

Ambiente laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, alteración de ritmos biológicos, responsabilidades y decisiones muy importantes.

El estrés crónico es aquel que se presenta varias veces o frecuentemente cuando un trabajador es sometido a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la situación se presenta y mientras el individuo no afronte esa exigencia de recursos el estrés no desaparecerá.

Patologías por estrés crónico: La persistencia del individuo ante los agentes estresantes durante meses o aun años, produce enfermedades de carácter más permanente, con mayor importancia y también de mayor gravedad.

El estrés genera inicialmente alteraciones fisiológicas, pero su persistencia crónica produce finalmente serias alteraciones de carácter psicológico y en ocasiones falla de órganos blanco vitales. A continuación se mencionan algunas de las alteraciones más frecuentes: Dispepsia, gastritis, ansiedad, accidentes, frustración, insomnio, colitis nerviosa, migraña, depresión, agresividad, disfunción familiar, neurosis de angustia, trastornos sexuales, disfunción laboral, hipertensión arterial, infarto al miocardio, adicciones, trombosis cerebral, conductas antisociales, psicosis severas.

3.2.4.-ESTRÉS DE LA VIDA DIARIA (LIFE STRESS)

Relacionado con causas individuales y/o familiares por ejemplo los problemas de pareja, entre hermanos, familiares, etc. Existe además otra clasificación del estrés de acuerdo al efecto que genera en la persona (Selye 1936):

Distrés: es el estrés negativo o desagradable. Este tipo de estrés hace que la persona desarrolle una presión o esfuerzo muy por encima del necesario de acuerdo a la carga que sobre este recae.

Este tipo de estrés va acompañado siempre de un desorden fisiológico existe una aceleración de las funciones, hiperactividad, acortamiento muscular, aparecimiento de síntomas de otras enfermedades en una idea provocamos nuestro deterioro más rápidamente, incluso un exceso de estrés positivo puede ser causa de distrés.

3.2.5.- EUSTRÉS

Es el estrés positivo, no producen un desequilibrio de tipo fisiológico; a nivel psicológico la persona es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello es decir que nos permite disfrutar de la vida de una forma mucho más placentera agradeciendo por cada momento que se tenga.

El eustrés incrementa la vitalidad, salud y energía sino que además facilita la toma de decisiones que permitirán llevar la iniciativa en el desarrollo como ser humano, permitiendo un nivel de conciencia capaz de sentir la vida como una experiencia única y valiosa.²⁰

3.3.- CAUSAS DEL ESTRÉS

La causa del estrés son los estresantes, los cuales son agentes que estimulan los procesos de estrés nerviosos y hormonales. Los estresantes se pueden dividir en tres categorías, a

²⁰ www.monografias.com/estres

saber, psicosociales (mentales y sociales), bioecológicas (función orgánica y medio ambiente) y personalidad (manejo de ansiedad/distrés)

3.3.1.- PSICOSOCIALES

Estos son el resultado de una interacción entre el comportamiento social y la manera en que nuestros sentidos y nuestras mentes interpretan estos comportamientos. En otras palabras, el estrés social se determina por el significado que le asignamos a los eventos de nuestras vidas. Aquí debemos, por ende, comprender que como cada persona tiene un patrón de diferente, también su estrés será diferente.

3.3.2.- BIOECOLÓGICAS

Las causas bioecológicas se originan de toda actividad derivada de nuestras funciones normales y anormales de los órganos y sistema del organismo humano, incluyendo de los que produce el ejercicio, y de aquellos estresantes que surgen de nuestro ambiente físico o ecológico y la personalidad.

Personalidad

Se originan de la dinámica del propio individuo, su percepción sobre sí mismo, y el significado que le asigna a las situaciones estresantes, lo cual se manifiesta en actitudes y comportamientos de riesgo que resultan en alteraciones psíquicas y somáticas. Es por eso que algunas personalidades parecen ser más propensas al estrés que otras.

Dos cardiólogos de San Francisco, Meyer Friedman y Ray H. Rosenman estudiaron los patrones de comportamiento del individuo y su relación con enfermedades cardíacas. Estos cardiólogos llegaron a la conclusión que existen dos tipos de personalidades, tipo A y tipo B.

Personalidad Tipo A

El patrón de comportamiento de este tipo de personalidad resulta en un estrés negativo. Las personas del tipo A son tres veces más propensas a los ataques del corazón que los del tipo B.

La personalidad tipo A manifiesta un alto sentido de urgencia y muy impaciente. Hace que las cosas se hagan rápidamente; tiene obsesión por estar siempre a tiempo, y se impacienta o irrita cuando sufre algún retraso o si lo tienen esperando por alguna razón; se mueve, camina y come rápidamente; habla de prisa y explosivamente; esta muy consciente del tiempo, le gusta fijarse plazos límites y cumplirlos. Este tipo de personalidad, también. Se caracteriza por ser bien competitivo en el trabajo y actividades recreativas. Busca continuamente su promoción en los negocios o en la sociedad; ávido de reconocimiento público; siempre juega para ganar, aún jugando con niños.

El individuo tipo A manifiesta diversas acciones físicas, en forma inconsciente, en un esfuerzo por liberarse de la tensión. Pestañea o mueve los ojos rápidamente cuando habla; a menudo mueve inquietamente las rodillas, o tamborilea con sus dedos. Comúnmente, estas personas tratan de hacer dos o más cosas a la vez. Se supera a sí mismo cuando ha de pensar o trabajar en más de un asunto a la vez. Además, se irrita fácilmente con las personas o los acontecimientos. Muestra señales de ira cuando relata sucesos pasados que provocaron indignación; risa hostil y desagradable; usa obscenidades al hablar. Existe una desconfianza entre las personas y se aburre cuando está ocioso, y/o tiene problemas en estar sentado sin hacer nada.

Personalidad Tipo B

La persona con el patrón de comportamiento del tipo B es todo lo contrario al sujeto con personalidad tipo A. Este tipo de personalidad posee las siguientes características: Rara vez tiene deseos de hacer muchas cosas en un reducido período de tiempo, solo se siente a gusto con una idea o una actividad a la vez, posee paciencia, confianza y seguridad, participa de actividades recreativas y deportivas, y/o de pasatiempos durante su tiempo libre, es responsable, pero si se retrasa no se afecta y no se encuentra continuamente pendiente a la hora.²¹

²¹ www.saludmed.com/Bienestar/Estres

3.4.- EFECTOS DEL ESTRÉS

El estrés supone una reacción compleja a nivel biológico, psicológico y social. La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está sometido a una reacción de estrés no son perceptibles para el ser humano y se precisan procedimientos diagnósticos para determinar el nivel de la reacción. Sin embargo, a nivel psicológico muchos síntomas producidos por el estrés pueden ser fácilmente identificados por la persona que está sufriendo dichos cambios. La reacción más frecuente cuando nos encontramos sometidos a una reacción de estrés es la ansiedad y producto final en algunos la depresión.²²

3.4.1.- ANSIEDAD

Es la más común y universal de las emociones. Es una reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

3.4.2.- DEPRESIÓN

Es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.²³

²²<http://medicablogs.diariomedico.com>

²³<http://www.monografias.com>

3.5.- ESTRÉS LABORAL

El estrés laboral es consecuencia de múltiples factores causales, incluyendo el ambiente físico, el trastorno de las funciones biológicas, la carga, el contenido y la organización del trabajo, en interacción con todos aquellos otros componentes o dimensiones de la vida de cada individuo que no dependen necesariamente del trabajo.

Se produce estrés laboral cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias del medio ambiente. Es producto de la interacción entre el individuo y su ambiente, estilo de vida, relaciones interpersonales, disposiciones de temperamento, vulnerabilidades biográficas y biológicas; y se asocia a diferentes situaciones en el escenario laboral generándose ciertos riesgos que pueden manifestarse como síntomas de estrés.

3.5.1.- FACTORES CONDICIONANTES DE ESTRÉS LABORAL

Sobre la base de experiencias e investigaciones del instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional de Estados Unidos de América (NIOSH), se ha concluido que las condiciones de trabajo tienen un papel principal en causar el estrés laboral. La exposición a condiciones de trabajo estresantes (causas de estrés) puede tener una influencia directa en la salud y la seguridad del trabajador. Pero factores individuales y de otras situaciones pueden intervenir para fortalecer o debilitar esta influencia tal como se muestra en el Esquema de NIOSH de estrés del trabajo a continuación. Ejemplos de factores individuales y de situaciones que pueden reducir los efectos de condiciones estresantes incluyen:

El equilibrio entre el trabajo y la vida familiar o personal.

Una red de apoyo de amigos y compañeros de trabajo.

Un punto de vista relajado y positivo.

Entre las condiciones que podrían determinar estrés laboral se han descrito:

El diseño de los trabajos: trabajo pesado, descansos infrecuentes, turnos y horas de trabajo largos, trabajos frenéticos y de rutina que tienen poco significado inherente, no usan las habilidades de los sujetos y proveen poco sentido de control.

El estilo de dirección: falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones, falta de comunicación en la organización y falta de políticas favorables para la vida de familia.

Relaciones interpersonales: malos ambientes sociales y falta de apoyo o ayuda de compañeros y supervisores.

Los roles de trabajo: expectativas de trabajo mal definidas o imposibles de lograr, demasiada responsabilidad y demasiadas funciones.

Las preocupaciones de la carrera: inseguridad de trabajo, falta de oportunidad de crecimiento personal, el fomento o el ascenso, cambios rápidos para los cuales los trabajadores no están preparados.

Las condiciones ambientales: condiciones desagradables y peligrosas como las áreas de trabajo atiborradas, el ruido, la contaminación del aire o los problemas ergonómicos.

Otros factores que condicionarían estrés ocupacional son: el contexto macro social y el estrato socioeconómico; el tipo de trabajo; el apoyo social, dentro y fuera del trabajo; los sentimientos de autoestima y de control; el tipo de personalidad; la edad y el género.

VARIABLES IMPORTANTES EN LA INVESTIGACIÓN DEL ESTRÉS QUE AFECTA AL PERSONAL DE SALUD SON: la profesión y el status profesional; la interacción entre diferentes grupos; la edad y la etapa en la carrera profesional. Existe evidencia de que los factores que afectan la salud y la salud mental y cómo se manifiestan puede variar en médicos, enfermeras, auxiliares y personal administrativo.

Uno de los grupos ocupacionales en los que se ha descrito riesgos significativos de estrés ocupacional es el personal de instituciones de salud. Tradicionalmente una elevada proporción del personal de salud ha sido femenino. La participación femenina en la fuerza laboral ha ido creciendo rápidamente en la mayoría de los países, pero, al mismo tiempo, han ocurrido relativamente pocos cambios en las responsabilidades de la mujer en el hogar y la familia.

3.5.2.- CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS LABORAL

El estrés cuando evoluciona crónicamente, puede provocar el cuadro de agotamiento emocional, distanciamiento afectivo, trato despersonalizado y a un sentimiento general de ausencia de logros personales que se ha denominado "Burnout", cuadro que, junto con significar un menoscabo del bienestar de la persona, se traduce en pérdida de productividad para la organización.²⁴

3.5.3.- SÍNDROME DE BURNOUT

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que trabajan día a día.

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa "estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto", fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973; describiéndolo como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía. Estas observaciones fueron ratificadas por Cristina Maslach, que en 1976 denominó al síndrome como de desgaste profesional o Burnout, al observar un cuadro clínico que se caracterizaba por muestras de sufrimiento y desgaste emocional en los trabajadores que tenían una profesión de las denominadas "de ayuda a los demás" y

²⁴<http://cybertesis.uach.cl>

en contacto directo con el público. Así este síndrome ha pasado una época de interés a partir de estos trabajos de Maslach, refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud.

Se refería como un tipo específico de estrés laboral, padecido por aquellos, que en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio.²⁵

3.5.3.1 Síndrome de Burnout y sus efectos

Lo integran tres componentes:

Despersonalización: se manifiesta con sentimientos negativos y actitudes de cinismo hacia las personas con las que se trabaja. Se aumentan los automatismos relacionales y la puesta de distancia personal.

Falta de realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente en la habilidad laboral e insatisfacción con el rol profesional.

Agotamiento emocional: combina fatiga emocional, física y mental con falta de entusiasmo y sentimientos de impotencia e inutilidad.

3.5.2.2.- Manifestaciones del Síndrome de "Burnout" en la práctica médica profesional

En la actividad profesional, el médico puede presentar las siguientes conductas:

Evitación del compromiso emocional

Disociación instrumental extrema

Embotamiento y negación

²⁵<http://med.unne.edu.ar>

Impulsividad

Desmotivación

3.5.2.3.- Complicaciones

El desarrollo del síndrome de Burnout puede adquirir distintas formas de evolución:

Psiquiátricas: Deterioro progresivo y encubierto de la persona, como depresión crónica, caracterologías, suicidio, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones (incluso adicción al trabajo).

Somáticas: Cuadro de estrés con expresiones variadas de tipo musculares, endocrinas, nerviosas, circulatorias y otros cuadros psicósomáticos.

Organizacionales: Deterioro en las relaciones laborales que provoca distintos tipos de efectos, como el empobrecimiento del desarrollo profesional, rivalidad, individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.²⁶

PROGRAMA.-METODOLOGÍA DE LOS GRUPOS BALINT Y SU AYUDA PARA DISMINUIR NIVELES DE ESTRÉS LOS MÉDICOS

Su autor, Michael Balint, psicoanalista húngaro que trabajaba en la clínica Tavistock, en Londres, estaba muy interesado en contribuir a la formación y a la práctica de los médicos generales, como se llamaban entonces.²⁷

En la década de los 50, Balint inició la experiencia de contribuir a la formación de los médicos mediante los grupos que llevan su nombre. Los Grupos Balint representan una

²⁶<http://www.scielo.org.ar>

²⁷www.camfic.cat/camfic/projectes/salut_mental_2010/docs/g_balint_ndaurella.pdf

metodología útil para analizar las emociones y sentimientos del médico en particular y el profesional sanitario en general y ofrecen al profesional formación y conocimiento sobre las variables “humanas” que interfieren en su trabajo. Son una vía para entrenarnos en el auto-conocimiento en la medida en que inciden directamente en el abordaje de las emociones y sentimientos del médico. Sin embargo su utilidad educativa es mucho mayor. Se trata de un grupo constituido por diversos médicos y/o profesionales de la sanidad y un psicólogo, en el que se presentan casos de la práctica médica y se comentan los aspectos psicológicos y relacionales implicados en ellos, aprovechando la ventaja que da al psicólogo su formación específica y la que da a los médicos su formación y experiencia clínica. No es exactamente un grupo didáctico (en el que uno ejerce de maestro y los demás de discípulos) ni un grupo psicoterapéutico (en el que un psicoterapeuta ayuda a un grupo de pacientes a comprender sus problemas emocionales para mejorar su salud mental), aunque los participantes aprendan y mejore su salud mental.

En cuanto al contenido, se diferencia de otro tipo de grupos en que no se ocupa sólo, ni básicamente, de la psicopatología o la psicodinámica del paciente, ni de las emociones o conflictos de los profesionales participantes sino que el psicólogo invita a éstos a hablar de las dificultades que encuentran en la relación con sus pacientes, con las familias de sus pacientes y con los demás profesionales con los que comparten el caso (para poner de manifiesto, por ejemplo, el fenómeno de la colusión en el anonimato: así llama Balint a la connivencia más o menos consciente de los diferentes profesionales cuando ninguno de ellos asume la responsabilidad del abordaje integral del caso y cada uno se limita a su parcela desentendiéndose del resto).

El resultado más importante de los grupos Balint suele ser un aumento de la sensibilidad de los médicos hacia lo que necesitan los pacientes y familiares, tanto en el nivel consciente como en el inconsciente, y un cambio sustancial en su actividad profesional. Los médicos llegan al grupo con la “ideología terapéutica” resultante de su formación previa, mucho más bioingenieril que biopsicosocial, y de su proceso de adaptación a unas condiciones laborales muy estresantes. Saben muy bien que una proporción

considerable de los síntomas por los que consultan los pacientes no tienen su origen en causas exclusivamente físicas, pero han llegado a la conclusión de que, ante esta evidencia, su papel se ha de limitar a usar su sentido común, a una tranquilización superficial, a prescribir sedantes, ansiolíticos o antidepresivos, y eventualmente derivar a los servicios especializados en salud mental.

Pese a todo, cuando se trata de médicos jóvenes, como personas y como profesionales, tal vez aún no han estructurado un sistema defensivo demasiado rígido, y aún pueden permitirse dudar. Cuando uno de ellos presenta al grupo un caso que le crea dificultades, el primer efecto interesante del grupo es que experimenta cómo aquello que a él le parecía de sentido común en su manera de intervenir no es tan común: los diferentes participantes hablan desde diferentes perspectivas, según sus diferentes sensibilidades y capacidades personales, destacan aspectos que le han podido pasar por alto, y se manifiestan múltiples identificaciones.

La función del psicoanalista en este tipo de grupo es la de procurar recoger todos estos elementos y ayudar a pensar. No se trata de hacer interpretaciones ni dar consejos, sino de estimular a los participantes a que aumenten su función reflexiva sobre la relación que se está dando con los pacientes, los familiares y/o los demás profesionales con los que comparten la atención al paciente, para que pueda aumentar su repertorio a la hora de afrontar situaciones difíciles. Está claro que la capacidad para relacionarse con el paciente de manera que resulte terapéutica/psicoterapéutica y no yatrogénica se basa en una competencia personal de cada profesional que no puede adquirirse en los libros ni en la aplicación mecánica de protocolos.

Pero el grupo ayuda a que se produzca lo que Balint llamaba “una modificación limitada pero considerable de la personalidad de los participantes”. Para que el grupo funcione bien, es esencial que el psicoanalista no dé pie a lo que el propio Balint llamaba “la esterilidad ambivalente de la relación maestro-alumno”, que se da en el trato entre profesionales adultos cuando uno de ellos adopta un tono condescendiente que estimula las defensas de los demás. Para que el grupo sea fresco y creativo, se trata de crear un

clima de cooperación entre colegas de disciplinas diferentes, no jerárquico, donde puedan manifestarse espontáneamente muchas de las convicciones implícitas de los participantes que contribuyen a perpetuar formas de ejercer su oficio frustrantes y desgastantes, sin sentirse juzgados ni perseguidos, sino contenidos y ayudados a imaginar alternativas más esperanzadoras.²⁸

En los grupos Balint médico va reconociendo más su propio estilo de respuestas, sus capacidades y sus puntos débiles, en un clima de comodidad, sin exigencias perfeccionistas, y va notando cómo sus sentimientos y sus respuestas ante los pacientes se van transformando en instrumentos para comprenderles en vez de ser fuente de estrés o de conductas contraproducentes: los pacientes que se hacían aburridos se vuelven interesantes y los pacientes difíciles se convierten en un reto motivador.²⁹

²⁸<http://medicablogs.diariomedico.com>

²⁹ <http://www.doctutor.es/grupos-balint/>

4.- CONCLUSIONES

Es estrés es una respuesta fisiológica donde entran en juego mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante, pero cuando se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo provocando la aparición de enfermedades o anomalías que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo, según esto llegamos a la conclusión que el estrés influye de manera positiva en el desempeño profesional de los médicos residentes siempre y cuando se desenvuelvan en un medio que les ayude a mantener los niveles de alerta. Sin embargo según las encuestas realizadas conocimos que se desarrollan niveles altos y medios de estrés en ciertas áreas laborales de ambos nosocomios que influirán negativamente en el desempeño de los galenos debido a la alta demanda de pacientes atendidos durante la guardia.

A través de los datos obtenidos mediante la encuesta y test realizados se demuestra que en los hospitales en estudio la realización profesional en cuanto a género es equitativa; en edades comprendidas entre los 25 y 30 años, que en un 54% son solteros y solo un 29% de la población total tienen hijos.

Dentro de las causas que influyen para el desarrollo de estrés laboral en los médicos residentes de los Hospitales Verdi Cevallos Balda e IESS Portoviejo tenemos:

Infraestructura inadecuada (espacios pequeños y con mala distribución).

Sobrecarga en horas laborales (transferencia y reemplazos una vez terminadas las guardias), número de pacientes atendidos de forma continua y sin descanso alguno por derivación médica en algunas ocasiones innecesarias.

Deficiente comunicación entre el equipo de trabajo y superiores, presiones de la institución, concebido como “unidad productiva”.

La confrontación con el sufrimiento humano: enfermedad, invalidez y muerte.

El trato con pacientes y familiares difíciles y poco colaboradores (muy angustiados, demandantes y las exigencias sobre insumos para el tratamiento por parte de los usuarios ante los médicos residentes.

El temor a equivocarse en el diagnóstico o en el tratamiento ante los especialistas.

En la investigación que realizamos conocimos que el mayor porcentaje (64%) de médicos desarrollan un nivel de ansiedad leve considerada como normal al momento de desempeñarse en un área laboral, que el 35% han desarrollado ansiedad moderada y un 1% ansiedad severa resultados independientes del tiempo de residencia; y que el área médica en donde se encontró un caso de ansiedad severa fue pediatría (área de emergencia); los niveles de ansiedad moderada son mayores en cirugía con un 34%. Cabe señalar que se realizó el test de Hamilton para la ansiedad debido a que ésta es considerada la manifestación inicial y que genera limitantes en el desempeño profesional y posterior cuadros de estrés.

El test de Maslach aplicado para determinar niveles de estrés laboral demostró que un 58% de la población en estudio presentó niveles bajos de estrés; un 30% presentó nivel medio y un 12% desarrolló nivel alto de Burnout desencadenando en los médicos agotamiento emocional, moderada despersonalización y lo más preocupante sentimiento de falta de desarrollo profesional; a diferencia del test de Hamilton que depende de la personalidad y el ambiente en que se desenvuelve la persona para desarrollar niveles de ansiedad, el test de Maslach es proporcional al tiempo laboral es decir; a mayor tiempo mayor desarrollo de estrés laboral.

En el área de cirugía los médicos desarrollaron nivel alto y medio de estrés laboral con un 50% y 32% respectivamente, y fue pediatría el área con mayor porcentaje (33%) de estrés bajo

5.- RECOMENDACIONES

En base a los resultados obtenidos del estudio y a las opiniones de los médicos encuestados recomendamos lo siguiente:

Realizar una distribución equitativa de los médicos en las diferentes áreas para equilibrar la carga laboral.

Asignar tiempos de descanso de 10 minutos a cada médico luego de 8 horas de trabajo consecutivo.

Desarrollar programas grupales de motivación y relajación para disminuir el estrés en los médicos residentes.

Promover la integración y comunicación entre médicos residentes, tratantes y autoridades de los nosocomios.

Desarrollar programas orientados a la formación de grupos de discusión de estudios clínicos.

Implementar programas de intervención en conjunto con los departamentos de psicología y psiquiatría para disminuir el estrés.

Capacitar a los médicos residentes antes de que formen parte del equipo de trabajo de la institución.

6.- ACTIVIDADES DE LA PROPUESTA

Socializar la propuesta a las autoridades del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Portoviejo para obtener el respaldo de la misma.

Proponer realizar charlas de motivación y relajación como método para reducir niveles de estrés.

Proponer capacitar a los médicos residentes sobre las labores a desarrollar en las áreas a las cuales sean asignados.

13.- CRONOGRAMA VALORADO

ACTIVIDADES	MESES						RECURSOS			COSTOS
	1	2	3	4	5	6	HUMANOS	MATERIALES	OTROS	
Revisión del tema, introducción, justificación	X						Egresadas, director de tesis	Materiales oficina, texto	Internet	50
Construcción de objetivos, elaboración de marco teórico		X					Egresadas, director de tesis	Materiales oficina, texto		40
Reuniones con miembros de tribunal de tesis	X	X	X	X	X	X	Egresadas, miembros del tribunal	Materiales de imprenta	Refrigerio	80
Metodología, variables y operacionalización			X	X			Egresadas, director de tesis	Materiales de oficina, computadora		60
Recolección de información					X		Egresadas	Computadora		60
Reunión con director de tesis	X	X	X	X	X	X	Egresadas	Materiales de imprenta	Transporte	100
Evaluación de resultados, tabulación, análisis e interpretación					X		Egresadas, miembros del tribunal	Materiales oficina, Datos recolectados, computadora		40
Entrega de propuesta a los directores de los nosocomios						X	Egresadas, directores de nosocomios	Materiales imprenta, texto, cámara		50
Organización final de informe						X	Egresadas	Materiales oficina, computadora		70
Aprobación final de informe						X	Egresadas, miembros de tribunal	Materiales imprenta, computadora	Imprevistos	100
Costo total										650

14.BIBLIOGRAFÍA

Cano Vindel, A. (2002). *Consecuencias del estrés laboral*. Disponible en http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/consecue.htm.

CANO, V. 2005. Factores psicosociales que inciden en el estrés laboral. (Disponible en: http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/fact_psicosoc.htm)

Cano Vindel, A. (2002). *Síntomas que puede provocar el estrés laboral*. Disponible en http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/sintomas.htm.

Casalnueva B, Di Martino V. “Por la prevención del estrés en el trabajo. Las estrategias de la OIT”. Salud y Trabajo 1994.

VALDÉS, M., FLORES, T. **Psicobiología del estrés** Ed. Martínez Roca S.A., 1990

<http://ayudapsicologica.org/test-ansiedad/88-escala-de-ansiedad-de-hamilton.html>

¹ www.elmedicointeractivo.com

² www.es.wikipedia/estres.com

<http://www.cepvi.com>

<http://www.cop.es>

<http://www.clinicadeansiedad.com>

<http://www.elmedicointeractivo.com>

http://med.unne.edu.ar/revista/revista201/3_201.pdf

<http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres>

<http://www.psicactiva.com>

<http://www.psicopsi.com>

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen a continuación, siguiendo el siguiente criterio

- 0. Ausente
- 1. Intensidad Leve
- 2. Intensidad Moderada
- 3. Intensidad Grave
- 4. Totalmente Incapacitado

Estado ansioso:

Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.

0 1 2 3 4

Tensión:

Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.

0 1 2 3 4

Temores:

A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.

0 1 2 3 4

Insomnio:

Dificultad para conciliar el sueño, interrumpido, insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.

0 1 2 3 4

Funciones Intelectuales (Cognitivas):

Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.

0 1 2 3 4

Humor depresivo:

Pérdida de interés, de placer, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.

0 1 2 3 4

Síntomas somáticos musculares:

Dolores musculares, espasmos, calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.

0 1 2 3 4

Síntomas somáticos sensoriales:

Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).

0 1 2 3 4

Síntomas cardiovasculares:

Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.

0 1 2 3 4

Síntomas respiratorios:

Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).

0 1 2 3 4

Síntomas gastrointestinales:

Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.

0 1 2 3 4

Síntomas genitourinarios:

Micción frecuente, micción urgente, Falta del período menstrual, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.

0 1 2 3 4

Síntomas del sistema nervioso autónomo:

Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, dolor de cabeza, por tensión, piel de gallina.

0 1 2 3 4

Conducta en el transcurso del test:

Inquietud, impaciencia, intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, eructos, tics.

0 1 2 3 4

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

TEMA: ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO A JULIO DEL 2012.

Responsables:

Navarrete Domínguez Johanna Lizbeth.

Pavón Pérez Sofía Magdalena.

SEXO F M

EDAD

AREA DE TRABAJO

ESTADO CIVIL

TIEMPO TRABAJANDO

DE HIJOS

Agradecemos su colaboración. Por favor marque con un círculo la opción que mejor refleje su opinión en una escala de cero a seis considerándose:

0= Nunca 1= Pocas veces al año o menos

2= Una vez al mes o menos 3= Unas pocas veces al mes o menos

4= Una vez a la semana 5= Pocas veces a la semana

6= Todos los días.

1.-Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.

0 1 2 3 4 5 6

4.- Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

5.- Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

0 1 2 3 4 5 6

6.- Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.

0 1 2 3 4 5 6

7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

8.- Me siento "quemado" por mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

9.- Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.

0 1 2 3 4 5 6

10.- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.

0 1 2 3 4 5 6

11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.

0 1 2 3 4 5 6

12.- Me siento muy activo.

0 1 2 3 4 5 6

13.- Me siento frustrado en mi trabajo.

0 1 2 3 4 5 6

14.- Creo que estoy trabajando demasiado.

0 1 2 3 4 5 6

15.- Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes/clientes.

0 1 2 3 4 5 6

16.- Trabajar directamente con personas me produce estrés.

0 1 2 3 4 5 6

17.-Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

18.-Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.

0 1 2 3 4 5 6

19.-He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.

0 1 2 3 4 5 6

20.- Me siento acabado.

0 1 2 3 4 5 6

21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

0 1 2 3 4 5 6

22.-Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

0 1 2 3 4 5 6

Agradecemos su colaboración. Por favor marque con un círculo la opción que mejor refleje su opinión en una escala de cero a cuatro considerándose:

- 0 Nunca (ausente)
- 1 Pocas veces (intensidad leve)
- 2 Algunas veces (intensidad media)
- 3 Con frecuencia (intensidad fuerte)
- 4 Siempre (intensidad máxima/ invalidante)

EN SU ÁREA DE TRABAJO

1.- ¿Se irrita con facilidad durante la guardia?

0 1 2 3 4

2.- ¿Se fatiga con facilidad, se le hace difícil relajarse y no se puede mantener en un solo lugar?

0 1 2 3 4

3.- ¿Tiene miedo a quedarse solo?

0 1 2 3 4

4.- ¿Presenta insomnio antes de un día de guardia?

0 1 2 3 4

5.- ¿Se le hace difícil concentrarse?

0 1 2 3 4

6.- ¿Deja de realizar sus actividades diarias y presenta variaciones de humor?

0 1 2 3 4

7.- ¿Presenta con frecuencia dolor y cansancio muscular?

0 1 2 3 4

8.- ¿Ha presentado alteraciones sensoriales como visión borrosa?

0 1 2 3 4

9.- ¿Tiene taquicardias, palpitaciones o dolor en el pecho durante las horas de guardias?

0 1 2 3 4

10.- ¿Presenta molestias gastrointestinales en los momentos de estrés?

0 1 2 3 4

11.- ¿Existe presencia de micciones frecuentes o síntomas genitourinarios en situaciones de estrés durante las guardias?

0 1 2 3 4

12.- ¿Presenta resequedad de boca, palidez o transpiración excesiva?

0 1 2 3 4

13.- ¿Presenta sensación de ahogo, suspiros o falta de aire?

0 1 2 3 4

14.- Comportamiento durante la entrevista

0 1 2 3 4

ANEXOS



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIRECCION DE SALUD DE MANABI
HOSPITAL PROVINCIAL DE PORTOVIEJO
UNIDAD ADMINISTRATIVA DE TALENTO HUMANO

Portoviejo, 31 de Mayo de 2012
Oficio N° 2012-0280-DHPP

Señoritas

Johanna Navarrete Dominguez

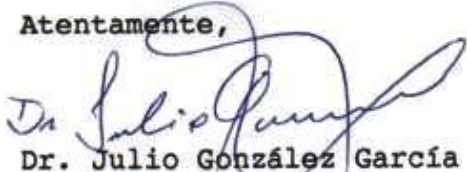
Sofía Pavón Pérez

EGRESADAS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ciudad.-

Refiérome al Oficio S.N de fecha 29 de mayo del 2012, al respecto adjunto al presente envío la nómina de los Médicos Residentes que laboran en esta Casa de Salud, para el desarrollo del trabajo de investigación de su Tesis de Grado.

Atentamente,



Dr. Julio González García

DIRECTOR DEL HOSPITAL

c/c Archivo



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

PORTOVIEJO - MANABÍ - ECUADOR

Junio 06 del 2012

Oficio No 162- C I- FCS - UTM

Doctor

Félix Zambrano

DIRECTOR (E),

HOSPITAL DE INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO

Portoviejo.-

Cordiales Saludos:

Con el fin de atender el pedido del Dr. Nelson Campos, Director de la Tesis Titulada: "ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E IESS DE PORTOVIEJO, FEBRERO-JULIO 2012", desarrollada por las Egresadas de la carrera de Medicina NAVARRETE DOMÍNGUEZ JOHANNA LIZBETH y PAVÓN PÉREZ SOFÍA MAGDALENA, solicito a usted y por su intermedio a quien corresponda considere la posibilidad de autorizar a las arriba nombradas egresadas para que puedan recabar información (nómina de residentes) en la institución de su acertada dirección la misma que es requerida para el desarrollo de dicha tesis.

Con la seguridad de que mi pedido contará con vuestra favorable atención, me suscribo no sin antes reiterar mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

PATRIA, TECNICA Y CULTURA

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABÍ
Facultad de Ciencias de la Salud


Lcda. Aracely Romero de Zambrano
SULDECANA

ARZ/Narciza



Portoviejo, 9 de Agosto del 2012

Doctor

Félix Zambrano.

DIRECTOR IESS PORTOVIEJO

Ciudad.

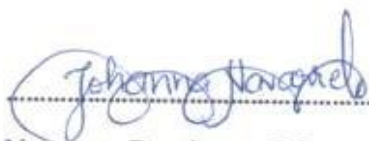
De nuestras consideraciones:

Nosotras, NAVARRETE DOMÍNGUEZ JOHANNA LIZBETH y PAVÓN PÉREZ SOFÍA MAGDALENA, egresadas de la Carrera de Medicina, nos dirigimos a usted muy respetuosamente para hacerle entrega de la propuesta de nuestra tesis titulada **"ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO - JULIO DEL 2012"**, con el fin de que tenga conocimiento de los datos obtenidos en la investigación y de ésta manera contribuir a mejorar la calidad de vida, el desarrollo profesional de los médicos residentes y por ende el de la honorable institución que se encuentra bajo su dirección.

Por la favorable atención a la presente, le reiteramos nuestro agradecimiento.

Atentamente,


HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA
I.E.S.S. PORTOVIEJO
DIRECTOR MEDICO


Navarrete Domínguez Johanna Lizbeth

CL 1312742057


Pavón Pérez Sofia Magdalena

CL 1312293614

Portoviejo, 9 de Agosto del 2012

Doctor
Gene Alarcón.
DIRECTOR HPVCB
Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotras, NAVARRETE DOMÍNGUEZ JOHANNA LIZBETH y PAVÓN PÉREZ SOFÍA MAGDALENA, egresadas de la Carrera de Medicina, nos dirigimos a usted muy respetuosamente para hacerle entrega de la propuesta de nuestra tesis titulada "**ESTRÉS EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS HOSPITALES VERDI CEVALLOS BALDA E INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL PORTOVIEJO FEBRERO - JULIO DEL 2012**", con el fin de que tenga conocimiento de los datos obtenidos en la investigación y de ésta manera contribuir a mejorar la calidad de vida, el desarrollo profesional de los médicos residentes y por ende el de la honorable institución que se encuentra bajo su dirección.

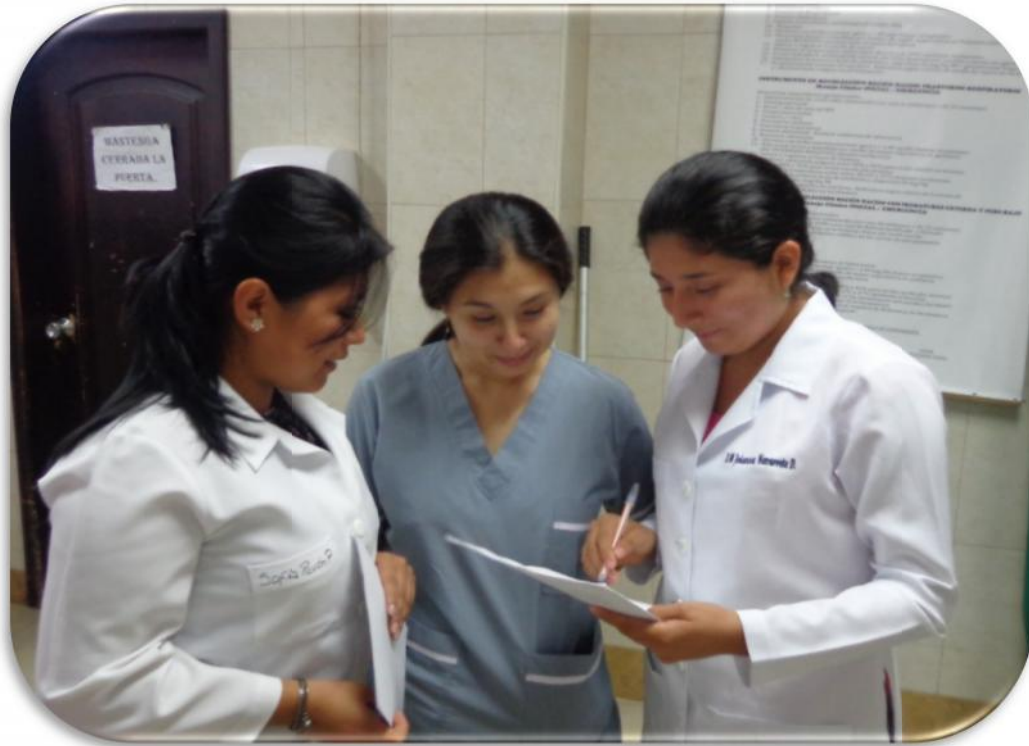
Por la favorable atención a la presente, le reiteramos nuestro agradecimiento.

Atentamente,


Navarrete Domínguez Johanna Lizbeth
CI. 1312742057


Pavón Pérez Sofia Magdalena
CI. 1312293614


09/08/12.
12:30.











ENTREGA DE PROPUESTA

