

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
licenciatura*

**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SÍNDROME DE
BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA EN
UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE COSTA
RICA, EN MARZO Y ABRIL DE 2018**

KEVIN SOTO ESPINOZA

TUTOR: CRISTIAN VALVERDE SOLANO

Mayo, 2018

Tabla de contenidos

Índice de gráficos	iii
Índice de cuadros	iv
Abstract.....	v
Resumen	vi
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
1.1.1 Antecedentes del problema.....	8
1.1.2 Delimitación del problema	10
1.1.3 Justificación	10
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2.1 Objetivo General.....	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 ALCANCES Y LIMITACIONES	12
1.3.1 Alcances	12
1.3.2 Limitaciones	12
CAPÍTULO II:MARCO TEÓRICO	13
2.1 ANSIEDAD.....	14
2.2 LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	32
2.3 SÍNDROME DE BURNOUT	36
2.4 DEPRESIÓN	42
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	56
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	57
3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	57
3.3.1 Área de estudio:.....	57
3.3.2 Población:	57
3.3.3 Muestra:	58
3.3.4 Fuentes primarias:	58
3.3.5 Criterios de inclusión:.....	58
3.3.6 Criterios de exclusión:	58
3.4 INSTRUMENTO.....	59
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	62
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	62
CAPÍTULO IV:RESULTADOS.....	65
CAPÍTULO V:DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	92
CAPÍTULO VI:CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	101
Bibliografía.....	105
Anexos	111

Índice de gráficos

Gráfico No.1 Clasificación de los internos universitarios por sexo, durante su internado rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.	66
Gráfico No. 2 Distribución de internos universitarios por edad, durante su internado rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.	67
Gráfico No. 3 Distribución de internos universitarios por sitio de residencia actual, Costa Rica, marzo-abril 2018.	68
Gráfico No. 4 Distribución de internos universitarios por lugar de origen, Costa Rica, marzo-abril 2018.	69
Gráfico No. 5 Distribución de internos universitarios por hospitales, Costa Rica, marzo-abril 2018.	70
Gráfico No. 6 Bloque de internado rotatorio en curso de los internos universitarios, Costa Rica, marzo-abril 2018.	72
Gráfico No. 7 Clasificación de ansiedad de los internos universitarios por sexo, Costa Rica, marzo-abril 2018.	73
Gráfico No. 8 Distribución de ansiedad de los internos universitarios por hospital, Costa Rica, marzo-abril 2018.	75
Gráfico No. 9 Clasificación de ansiedad de los internos universitarios en el bloque rotatorio en curso, Costa Rica, marzo-abril 2018.	77
Gráfico No. 10 Clasificación de ansiedad de los internos universitarios en el bloque rotatorio anterior, Costa Rica, marzo-abril 2018.	79
Gráfico No. 11 Clasificación de burnout de los internos universitarios en el bloque rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.	81
Gráfico No. 12 Clasificación de burnout de los internos universitarios por sexo, Costa Rica, marzo-abril 2018.	82
Gráfico No. 13 Distribución de burnout de los internos universitarios por hospital, Costa Rica, marzo-abril 2018.	83
Gráfico No. 14 Clasificación de burnout de los internos universitarios en el bloque rotatorio en curso, Costa Rica, marzo-abril 2018.	84
Gráfico No. 15 Clasificación de burnout de los internos universitarios en el bloque rotatorio anterior, Costa Rica, marzo-abril 2018.	85
Gráfico No. 16 Clasificación de depresión de los internos universitarios en el bloque rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.	86
Gráfico No. 17 Clasificación de depresión de los internos universitarios por sexo, Costa Rica, marzo-abril 2018.	87
Gráfico No. 18 Distribución de depresión de los internos universitarios por hospital, Costa Rica, marzo-abril 2018.	88
Gráfico No. 19 Clasificación de depresión de los internos universitarios en el bloque rotatorio en curso, Costa Rica, marzo-abril 2018.	90
Gráfico No. 20 Clasificación de depresión de los internos universitarios en el bloque rotatorio anterior, Costa Rica, marzo-abril 2018.	91

Índice de cuadros

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de la angustia	19
Cuadro 2. Criterios diagnósticos del estrés postraumático	23
Cuadro 3. Criterios diagnósticos de ansiedad generalizada	25
Cuadro 4. Criterios diagnósticos de estrés agudo	27
Cuadro 5. Clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud según CIE-10.	37
Cuadro 6. Sintomatología de burnout	40
Cuadro 7. Criterios diagnósticos de la depresión mayor	47
Cuadro 8. Criterios diagnósticos de la distimia	49
Cuadro 9. Valores referenciales	112
Cuadro 10. Aspectos evaluados	112

Abstract

The objective of this research is to determine the levels of anxiety and depression suffered by medical students of a private university in Costa Rica, who are practicing internship in both central and rural hospitals.

Addressing the causes as a defense mechanism for future practitioners is a focal point, since the way in which mental disorders develop in their daily lives, give the correct direction to this study to develop the appropriate topics from a psychological and medical.

Through three assessments highly effective evaluations for the detection of such ailments, a voluntary scrutiny is carried out in the selected population, which currently works in the first two blocks of the boarding school. In order that there is no margin for error in the results of the tests applied, an electronic means is used for the evaluation. With the data that the selected instrument evidenced, we proceed to the respective analysis, based on the testimony of the inmates.

It is essential to set a precedent for the future, therefore, a plan of recommendations was prepared to prevent or counteract the effects of depression and / or anxiety that many medical practitioners are predisposed to suffer.

Resumen

El objetivo de la presente investigación es determinar los niveles de ansiedad y depresión que sufren los estudiantes de medicina de una universidad privada de Costa Rica, que están realizando la práctica de internado tanto en hospitales centrales como en rurales.

Abordar las causas como mecanismo de defensa para futuros practicantes es un punto focal, ya que la forma en la cual se desarrollan dichos trastornos mentales en su vida cotidiana le da la dirección correcta a este estudio para desarrollar los temas desde una visión psicológica y médica.

A través de tres evaluaciones altamente efectivas para la detección de dichos padecimientos, se realiza un escrutinio de forma voluntaria en la población seleccionada, los cuales actualmente se desempeñan en los primeros dos bloques del internado. Con el fin de que no haya margen de error en los resultados de las pruebas aplicadas, se utiliza un medio electrónico para la evaluación.

Con los datos que el instrumento seleccionado evidenció, se procede al respectivo análisis, teniendo como base el testimonio de los internos.

Es imprescindible dejar un precedente para el futuro, por tanto, se confeccionó un plan de recomendaciones para la prevenir o contrarrestar los efectos de la depresión y/o ansiedad que muchos practicantes de medicina están predispuestos a padecer.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

En mayo de 2012 se publicó un estudio en el *Australasian Medical Journal* acerca de la prevalencia de la depresión en internos de una universidad de medicina en Nueva Delhi. Dicha investigación fue un estudio cruzado, basado en un cuestionario en el que participaron 237 estudiantes seleccionados según el año que cursaban.⁽¹⁾

En otro estudio realizado con 218 internos de la Pontificia Universidad Javeriana de la ciudad de Cali se encontró la presencia de depresión en un 25% de acuerdo con la Escala Autoaplicada de Zung, y en un 30,3% según el Inventario de Depresión de Beck.⁽¹⁾

Así mismo, se observó una relación entre depresión y sexo femenino del 17,9% en la Escala de Autoaplicación de Zung. Resulta interesante también el hallazgo de una relación entre el nivel de depresión y las características sociodemográficas, concluyéndose que a la pertenencia a un menor nivel socioeconómico corresponde un mayor nivel de depresión.

En otra oportunidad, se midió la prevalencia y severidad de la sintomatología depresiva en 295 practicantes de medicina de la Universidad Militar de Nueva Granada, en Bogotá.⁽²⁾

En el año 2013 se midieron algunos problemas de salud mental en la Universidad de Concepción. Para ello se utilizaron el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad del mismo autor en un muestreo por conglomerado con estudiantes de último año de medicina de entre 18 y 32 años. Los resultados indicaron una prevalencia de un 16,4% para el síndrome depresivo, y de un 23,7% para el trastorno ansioso.⁽³⁾

De estos resultados lo que más destaca es la alta prevalencia de sintomatología ansiosa, correspondiendo en efecto a manifestaciones somáticas de ansiedad según lo establecen los criterios del instrumento empleado.

En el año 2014 se realizó un estudio de depresión en 420 estudiantes de medicina en la Universidad de Manizales, mediante el Inventario de Beck. El promedio de edad encontrado en este estudio fue de 20 a 30 años; con una prevalencia de 34,5% en síntomas depresivos y con un 45,7% en vulnerabilidad al estrés ⁽⁴⁾. Se encontró un promedio significativo de estudiantes con síntomas depresivos, lo que hace necesario la implementación de estrategias eficaces para la detección precoz, diagnóstico y tratamiento de esta patología, con el fin de evitar posibles consecuencias negativas en la vida personal, académica y social.

1.1.2 Delimitación del problema

El presente estudio se realizó en internos de medicina de una universidad privada de Costa Rica en los Hospitales de Limón, Alajuela, Liberia, Heredia, Calderón Guardia, Upala, Cartago y Pérez Zeledón, en el primer y segundo bloque de la práctica médica.

El periodo de investigación fue desde marzo del 2018 hasta abril de 2018 e inició con la aplicación de test y de cuestionarios. La recolección de la muestra de estudio se inició y se finalizó en el 2018.

1.1.3 Justificación

En la presente investigación se ha trabajado para evidenciar la depresión y la ansiedad como problemas de salud mental en internos de medicina de una universidad privada en Costa Rica y cómo estos llegan a afectar a nivel laboral y académico. En la actualidad, los trastornos mentales se consideran un asunto de salud pública. Dado a su alto impacto social y económico, el estudio y comprensión de la ocurrencia de los trastornos mentales, implica la movilización de esfuerzos provenientes de diferentes áreas del saber, debido a que estos no se circunscriben a una sola dimensión, sea esta la biológica, psicológica o social, pues las diferentes disciplinas se encuentran asociadas, ya que al ser integrales colaboran con la transformación de la sociedad.

La depresión y la ansiedad se han convertido en las enfermedades no contagiosas más extendidas en el mundo, y a ello se añade que estos problemas de salud mental incrementan el riesgo de desarrollar alteraciones físicas como problemas del corazón, cáncer e infecciones. Estos trastornos mentales se encuentran entre los desórdenes psiquiátricos de mayor prevalencia, aunque hay variaciones culturales en su incidencia. En numerosas ocasiones provocan una discapacidad importante de sufrimiento y limitaciones en las actividades de la vida diaria. Se calcula que en el año 2020 se situarán en el segundo lugar detrás de las patologías coronarias.

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 Objetivo general

Exponer la prevalencia que existe de ansiedad, burnout y depresión en internos de una universidad privada, durante la práctica de internado en los diversos centros médicos del país.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Aplicar un test de ansiedad, burnout y depresión en internos de ambos sexos con una edad de entre 20 a 40 años, durante el primer y segundo bloque en los hospitales de Limón, Pérez Zeledón, Liberia, Upala, Heredia, Alajuela, Cartago y el hospital Calderón Guardia.

2. Asociar los resultados de los test de ansiedad, burnout y depresión con el bloque que están cursando los internos, para identificar dónde está la mayor afectación.
3. Caracterizar a los internos en sexo, edad, centro donde laboran, lugar residencia y origen.

1.3 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.3.1 Alcances

- Proveer un documento a la carrera de medicina que será utilizado de consulta bibliográfica, para futuras generaciones que opten por realizar una investigación relacionada con el tema.

1.3.2 Limitaciones

En el desarrollo de la investigación se presentó la siguiente limitación:

- Lograr que se llenaran los test y el consentimiento informado de cada interno que participó en la presente investigación se dificultó debido a los extensos horarios y obligaciones de cada uno de ellos; sin embargo, se obtuvieron exitosamente 23 de 27 practicantes en total.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANSIEDAD

La ansiedad es una reacción emocional de adaptación, anticipatoria, y a veces normal ante situaciones que se prevean amenazantes, o ante circunstancias en las que la persona no tiene recursos suficientes para afrontarlas. Reacción de adaptación porque en algunas ocasiones nos puede ser útil para ser más eficientes en la tarea que pretendemos realizar⁽⁵⁾.

Esta reacción siempre ha sido parte del ser humano. La ansiedad es un asunto de suma importancia en la rama de la psicología; en 1920 se empezó a abordarla desde distintas perspectivas⁽⁶⁾. El término ‘ansiedad’ proviene del latín *anxietas*, que significa ‘agitación, inquietud’, y resulta ser una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, una emoción complicada que se manifiesta mediante una tensión emocional.

La ansiedad por tanto es una emoción que tiene una función activadora, la cual permite que el organismo prepare una respuesta de lucha y escape. Cuando ésta es excesiva en intensidad y tiempo, provoca malestar ante estímulos que verdaderamente no son amenazas para el organismo y esto lleva a interferir en las actividades y en la vida diaria de la persona; es entonces cuando se habla de trastornos de ansiedad.

Hasta la actualidad el estilo de vida de la sociedad y las formas en que se ha desarrollado la tecnología, urbanización y en la mayoría de las actividades cotidianas, generan ansiedad pero no patológica; al momento en que empieza a afectar y la persona no puede realizar sus actividades, es donde se torna en un asunto patológico. Estos trastornos —junto con los trastornos del ánimo— son los que más contribuyen

a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan y son los que más repercuten en las economías nacionales.

La ansiedad como enfermedad se puede presentar en cualquier persona, sexo y edad, en diferentes rangos de intensidad y tipos. Al ser un padecimiento de función activadora, pone en funcionamiento el sistema adrenérgico, que es el sistema nervioso simpático en el que las señales de alerta provocan un modo activo en el sistema nervioso central, donde los síntomas —ya sean físicos, psicológicos o conductuales— ejercen efecto.

En estos desórdenes mentales se encuentran alteraciones en diferentes zonas del cerebro, tales como la corteza prefrontal, es decir, donde se desarrolla el pensamiento más avanzado, se imagina el futuro, se valoran las estrategias para solucionar los problemas y se toman decisiones; además, se involucran zonas como la amígdala, el hipocampo y el tálamo (que es la principal estación de relevo del cerebro de la información procedente del exterior, estableciendo dicha función y procesando los estímulos externos).

Esta enfermedad implica tres elementos, los cognitivos, fisiológicos y motores y de conducta. En la clasificación cognitiva están las anticipaciones amenazantes y las valoraciones de las situaciones riesgosas que realiza el individuo. El elemento fisiológico inicia la activación de diversos centros nerviosos, particularmente del sistema nervioso autónomo, esto conlleva a cambios vasculares y respiratorios. Los últimos componentes son motor y de conducta quienes son productores del comportamiento defensivo y evitación.

Evitar riesgos es un comportamiento normal en circunstancias nocivas, es útil para protegerse y mantenerse a salvo. Hay varios tipos de evitación, entre ellos la psicológica, que es un proceso natural de la mente, una estrategia defensiva que permite a las personas alejarse de lo que les produce ansiedad. La función de evitar, como cualquier mecanismo defensivo, es proteger y por lo tanto puede ser sana y adecuada, pero en ocasiones también puede convertirse en una estrategia que puede desencadenar un círculo vicioso en el que la evitación refuerza las emociones negativas; es decir, no hace que el malestar o la ansiedad disminuya, sino que, al contrario, lo incrementa. A veces las personas evitan determinadas situaciones para escapar de todo lo que pueda provocar elevada ansiedad, y esta evitación es uno de los principales factores que mantienen muchos miedos, fobias, problemas de ansiedad y otros problemas emocionales.

Los síntomas típicos del trastorno de ansiedad incluyen que la persona esté irritable, preocupada, frustrada, confundida y desesperanzada; también puede haber alteraciones en el sueño y algunas personas demuestran su cuadro de ansiedad mediante dolor mandibular, rechinar de dientes, incapacidad para permanecer sentado; puede producir sensaciones físicas, como la sensación de no poder respirar plena y satisfactoriamente, boca seca, palpitaciones cardíacas, opresión en el pecho y retortijones en los intestinos.

También hay que definir el término 'angustia', la cual es una emoción que lleva a la persona a un estado de bloqueo y conduce, en ocasiones, a la sobreprotección; es una emoción compleja y desagradable que conlleva numerosas repercusiones en los

aspectos psíquicos y orgánicos del ser humano. La angustia tiene un carácter obstructivo y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo. Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto; es decir, la capacidad de dirigir sus actos. En ella participan factores biológicos, psicológicos, sociales y existenciales, por lo que conlleva inevitablemente un abordaje integral desde todos los campos mencionados.

Varios estudios realizados por el proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders evidencian que la fobia simple es la fobia con más prevalencia (7,7%) y la agorafobia sin trastorno de pánico con la menor (0,9%). Estos desórdenes mentales son más frecuentes en el sexo femenino que en el masculino —a excepción del trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social— y se calcula que, a lo largo de sus vidas, cerca del 20% de la población presenta algún trastorno de ansiedad⁽⁷⁾.

Factores de riesgo

En la ansiedad existen factores biológicos tales como la predisposición genética. Se ha encontrado en múltiples estudios que en la mayoría de los trastornos de ansiedad la parte de genética influye; los parientes de primer grado de los pacientes con trastorno de ansiedad tienen entre cuatro y siete veces más probabilidades de presentar el trastorno.

También se logran identificar factores psicosociales que juegan un papel muy importante. Los problemas con las relaciones de pareja o con sus familiares, los conflictos académicos y en las áreas de trabajo, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes y cambios en el sistema de vida se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

Existe otro factor de suma importancia: el estrés. Este se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las que debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento, lo cual conlleva a la ansiedad, aunque el individuo que la padece no necesariamente sufre de estrés, pues la ansiedad, además de ser una respuesta emocional al estrés, puede ser una reacción emocional de alerta ante una amenaza que puede originarse sin agentes estresantes.

CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Crisis de angustia

Se define como aquel miedo o malestar intensos temporales, acompañado de cuatro (o más) síntomas, que tienen un inicio súbito y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min.

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de la angustia

1. Palpitaciones o elevación de la frecuencia cardíaca
2. Sudoración
3. Temblores o sacudidas
4. Sensación de ahogo o falta de aliento
5. Sensación de atragantarse
6. Opresión o malestar torácico
7. Náuseas o molestias abdominales
8. Inestabilidad, mareo o desmayo
9. Desrealización (sensación de irrealidad)
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo en el cuerpo)

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽⁸⁾.

Agorafobia

Es aquel cuadro de ansiedad que se produce al encontrarse en sitios o circunstancias donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso). Existen otras situaciones que pueden producir este trastorno como estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente o viajar en autobús, tren o automóvil. Como mencionan los criterios diagnósticos del (DSM-IV)⁽⁸⁾, es importante determinar que el comportamiento del paciente no puede explicarse por la presencia de otro trastorno mental.

Trastorno de angustia sin agorafobia

Es una crisis de angustia inesperada recidivante, la cual debe cumplir con uno o más de los síntomas:

- (a) Inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.
- (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias.
- (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis ⁽⁸⁾.

En este tipo de trastorno no deben aparecer cuadros de agorafobia.

Trastorno de angustia con agorafobia

Es aquella crisis de angustia inesperada que debe cumplir con uno o más síntomas de los mencionados anteriormente y además debe haber presencia de cuadros de agorafobia.

Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia⁽⁸⁾.

Fobia específica

El individuo con fobia específica anticipa un daño, como ser mordido por un perro, o el pánico a perder el control cuando se encuentre en una situación determinada, o temer desmayarse al cerrarse una puerta. La fobia a los animales habitualmente son miedos que comienzan en la niñez.

Se trata de la presencia de temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, que se manifiesta por un objeto o situación específica.

Existen varios tipos de fobia; por ejemplo:

- tipo animal,
- tipo ambiental (alturas),
- tipo sangre-inyecciones-daño,
- otros tipos (evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados afectan la vida de las personas en relaciones laborales o sociales.

Fobia social

Es aquel temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.

El individuo teme mostrar síntomas de ansiedad o actuar de un modo que sea embarazoso. Tienen miedo excesivo a la humillación en diferentes escenas sociales, como hablar en público, orinar en un cuarto de baño público y hablar en una cita. Puede ser una patología crónica e incapacitante. Los comportamientos de evitación o el malestar provocados afectan la vida de las personas en relaciones laborales o sociales.

Trastorno por estrés postraumático

Este trastorno se puede deber a múltiples situaciones de la vida tales como una guerra, una violación, un abuso o un crimen violento. Otros acontecimientos también pueden causar trastorno de estrés postraumático, como los accidentes graves, los desastres naturales o la muerte repentina de un ser querido.

Las personas con este tipo de patología tienen pensamientos atemorizantes persistentes y recuerdos de las experiencias traumáticas vividas. Pueden estar deprimidos y sentirse emocionalmente indiferentes, en especial hacia personas que alguna vez les fueron cercanas.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) este trastorno debe cumplir dos requisitos, a saber:

- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
- La persona ha respondido con temor a una experiencia vivida en el pasado, como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 2. Criterios diagnósticos del estrés postraumático

1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽⁸⁾.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Se caracteriza por una sensación de temor, angustia y estrés continuo en una magnitud que supone un problema para el día a día y repercute negativamente sobre la calidad de vida de la persona en prácticamente todos los ámbitos en los que ésta se va desarrollando.

Las personas se dan cuenta de que sus pensamientos e impulsos no son normales e intentan ignorarlos o reprimirlos. Pueden hasta intentar ocultarlos de otras personas. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos, siguen siendo víctimas de sus obsesiones y/o compulsiones. El DSM-IV clasifica las obsesiones en cuatro maneras de definirlo y compulsiones en dos maneras, a saber:

Las obsesiones abarcan:

- Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.
- Impulsos o imágenes que no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
- La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.
- La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente ⁽⁸⁾.

Las compulsiones son:

- Comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo (por ejemplo, rezar, contar o repetir palabras en silencio).
- El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar, o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. ⁽⁸⁾

Este trastorno provoca una pérdida de tiempo de aproximadamente una hora al día e interfiere en las relaciones laborales y sociales.

Trastorno de ansiedad generalizada

Las personas presentan una ansiedad abrumadora en las situaciones sociales cotidianas. Tienen un miedo recurrente e intenso a ser juzgados por los demás y a que

sus propios actos los avergüencen. Para algunos, la ansiedad está relacionada con un determinado tipo de situación, como hablar en público. Para otros, el miedo va mucho más allá y ocasiona síntomas en casi cualquier momento en que están rodeados de gente. Muchas personas que padecen esta enfermedad tienen dificultad para hacer y mantener amistades.

En el trastorno de ansiedad generalizada la característica primordial es tener una preocupación y ansiedad excesivas e irracionales, persistentes casi todo el día y difíciles de afrontar ante actividades o acontecimientos tales como el trabajo, la escuela, los amigos y la familia.

El DSM-IV define el trastorno de ansiedad generalizada como un cuadro de ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de seis meses.

Cuadro 3. Criterios diagnósticos de ansiedad generalizada

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o impaciencia2. Fatigabilidad fácil3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco4. Irritabilidad5. Tensión muscular6. Alteraciones del sueño |
|---|

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽⁸⁾.

Para su diagnóstico, se deben cumplir tres (o más) de los seis síntomas anteriores y deben persistir durante 6 meses.

Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica y por sustancias

Estos dos desórdenes mentales se basan en que exista presencia de alteraciones de una enfermedad médica y que, mediante la realización de historia clínica, se compruebe que el medicamento sea el que produce el malestar y lleva a un deterioro en las actividades diarias de la persona.

Trastorno por estrés agudo

El trastorno por estrés agudo está caracterizado por la existencia de recuerdos que invaden en un tiempo corto y que se da posterior a un acontecimiento traumático. Es similar al trastorno por estrés postraumático, con la única diferencia de que el trastorno por estrés agudo se inicia en las cuatro semanas posteriores al evento traumático y dura entre tres días y un máximo de un mes.

Las personas que presentan trastorno por estrés agudo han sufrido un acontecimiento que pueden experimentar directa o indirectamente. Por ejemplo, la experiencia directa puede llevar a sufrir lesiones graves o enfrentarse a un peligro de muerte. La experiencia indirecta puede implicar ser testigo de los acontecimientos que suceden a otras personas o darse cuenta de que han ocurrido situaciones a familiares o amigos cercanos. Las personas afectadas reviven mentalmente el acontecimiento traumático,

evitan todo aquello que les haga recordarlo y experimentan un aumento de la ansiedad.

Cuadro 4. Criterios diagnósticos de estrés agudo

1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. Reducción del conocimiento de su entorno
3. Desrealización
4. Despersonalización
5. Amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽⁸⁾.

Después de un acontecimiento traumático, la persona debe presentar tres (o más) de los síntomas anteriores.

Diagnósticos diferenciales y consecuencias

La ansiedad es una patología de una larga evolución y por ello se ha confundido con múltiples enfermedades. Realizar el diagnóstico es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades médicas producen síntomas ansiosos agudos y crónicos. Para reconocer los trastornos de ansiedad en los pacientes, es de suma importancia construir una buena historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o

neurológica; algunos ejemplos diferenciales son epilepsia, migraña, enfermedad cerebro vascular, encefalitis y esclerosis múltiple.

Dentro de las complicaciones de los trastornos de ansiedad se encuentran el abuso de sustancias y la automedicación, que llevan al suicidio, que al asociarse con la depresión es una de las principales consecuencias con estas patologías mentales.

Tratamiento

Los trastornos de ansiedad se manejan de diferentes maneras, por ejemplo, con medicación, psicoterapia, o ambos. Antes de iniciar el tratamiento el médico debe proporcionar al paciente información científica basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno, así como tener en cuenta su opinión, para facilitar la toma de decisiones compartida con la familia.

El tratamiento mediante psicoterapia se basa en la comunicación de un experto, es decir, un terapeuta con un sujeto. El punto de la terapia es ayudar a que se den cambios positivos en la salud mental, con el propósito de minimizar, modificar los síntomas existentes, cambiar modos de comportamiento y promover el crecimiento y desarrollo de una personalidad positiva. En la parte de psicoterapia, se deben identificar los factores desencadenantes de la preocupación, también conocer las acciones que la persona está realizando para confrontar las preocupaciones.

El médico puede realizar un excelente apoyo fortaleciendo la capacidad de afrontar la situación difícil que presentan los pacientes, ayudarlos a entender sus reacciones

emocionales ante los problemas y a obtener conocimientos prácticos para la resolución de éstos; el médico debe escuchar, tomarse el tiempo para explicar y atender las preocupaciones y sentimientos de los pacientes, los cuales son unos de los puntos más importantes del tratamiento.

Es fundamental que las personas que sufren un cuadro de ansiedad realicen varios ejercicios sencillos que ayudan a ir teniendo control de sus síntomas. Uno de estos es evitar hablar en voz alta, procurando mantener un ritmo que no aumente la respiración, pues hablar alto o rápido facilita la hiperventilación y puede desencadenar crisis de ansiedad. Además, se debe evitar el consumo de cafeína y otros excitantes, ya que pueden aportar excitantes suficientes para desencadenar una crisis de ansiedad.

Otra manera es establecer una buena distribución de tiempo entre el trabajo, la familia, los amigos, dejando el tiempo suficiente para dormir. La mala administración de los tiempos hace más vulnerable a la persona al estrés y predispone a sufrir crisis de ansiedad.

La terapia cognitivo conductual (TCC) es una manera de comprender cómo piensa la persona de ella misma y de los individuos que la rodean, y cómo las acciones afectan sus pensamientos; es muy útil realizarla en el trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastornos de fobias específicas.

Otra técnica sencilla de tratamiento es la de relajarse a través de la respiración; la persona debe inspirar lentamente por la nariz, contando mentalmente 1, 2, 3, 4, 5, y luego expirar el aire lentamente por la boca, contando de nuevo hasta 5. Esto ha demostrado ser muy útil para un tratamiento efectivo.

También se puede decir que el apoyo familiar es de suma importancia y es un pilar además de los medicamentos en el tratamiento de la depresión y ansiedad. La familia debe realizar algunas pautas o estrategias hacia el enfermo, tales como mantener una distancia, sin agobiar a la persona, dándole efecto, comprensión y paciencia; es muy valioso que muestre sensibilidad ante los esfuerzos de su familiar y que lo felicite o exprese un gesto amable. Un punto principal para un adecuado tratamiento es brindarle el derecho al paciente de escucharle si desea hablar y respetar si prefiere guardar silencio. Sin olvidar que la tendencia al aislamiento y la dificultad comunicativa forman parte de la sintomatología del depresivo.

Tratamiento farmacológico

Pensando en obtener una mejor respuesta al tratamiento, es importante que el médico considere los siguientes factores: edad del paciente, tratamiento previo, riesgo de intento suicida, tolerancia, posibles interacciones con otros medicamentos, posibilidad de estar embarazada e informar sobre posibles efectos secundarios, síntomas de abstinencia tras interrupción del tratamiento, no inmediatez del efecto, duración del tratamiento e importancia de completar el tratamiento.

El uso de benzodiazepinas (Alprazolam, Lorazepam, Diazepam) ayuda para un adecuado tratamiento de los trastornos de ansiedad o las reagudizaciones; esto abarca un promedio de 8 a 12 semanas de proceso.

Desde el principio de tratamiento se recomienda el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina. Se pueden iniciar diferentes medicamentos como paroxetina, sertralina o escitalopram; para retirar el uso de inhibidores selectivos de la recaptura

de serotonina debe reducirse en forma lenta y gradual hasta suspenderlo, con la finalidad de evitar un síndrome de abstinencia.

Los antidepresivos deben ser los únicos medicamentos para el manejo a largo plazo del trastorno de pánico. Los ISRS (fluvoxamina, fluoxetina, paroxetina) son los medicamentos de primera elección.

El uso de propanolol es el adecuado para la fobia social, en caso de presentar una fobia específica no se debe dar tratamiento farmacológico.

Seguimiento

Es indispensable que el médico realice un seguimiento oportuno, para lograr visualizar resultados positivos y detectar los efectos adversos que se dan. Vigilar la salud mental del paciente revelará si este siguió las recomendaciones y las medidas de precaución que le indicó el médico tratante.

Cuando se inicie un nuevo tratamiento farmacológico, el paciente debe ser evaluado en las 2 primeras semanas, nuevamente en las semanas 4, 6 y 12. Se debe pensar en una intervención alternativa cuando el tratamiento no haya sido efectivo en 12 semanas.

Incapacidad

La incapacidad por ansiedad dependerá de que la afectación sea grave, permanente y crónica, y que la persona no sea apta para desempeñarse en sus actividades diarias. El paciente deberá reintegrarse a su actividad laboral en el menor tiempo posible al

lograrse una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera importante con su desempeño.

2.2 LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La personalidad es un complejo de características que determinan a una persona; es decir, sentimientos, pensamientos, actitudes y conductas de cada individuo, que lo vuelven diferente a las otras personas. Cada persona al nacer tiene en cierto modo su personalidad, pero ésta al pasar el tiempo se va a ir modificando, en función de las relaciones del sujeto con el ambiente.

Los trastornos de personalidad (TP) se consideran de suma importancia social, ya que se encuentran relacionados con el alcoholismo, la drogadicción, los accidentes (de tráfico, laborales y deportivos), las urgencias médicas, los divorcios y la delincuencia. Una cuestión todavía hoy pendiente respecto a los individuos que presentan TP es si se les debe considerar como enfermos o no. Considerar como enfermos a estos sujetos lleva consigo la asignación de una función social más tolerante, que generalmente los exime de ciertas obligaciones familiares, laborales y sociales.

Los rasgos de la personalidad son la manera en la que el individuo piensa, reacciona e interactúa con los demás en diferentes contextos. Los rasgos son patológicos cuando impiden que haya una respuesta a las situaciones de la vida, conllevan a

establecer círculos viciosos (es decir, se intensifican ante las dificultades existentes) y restan capacidad de resistencia en circunstancias estresantes.

Este trastorno en los pacientes causa que vivan de una manera negativa, es decir, que suelen rechazar asistencia psiquiátrica y psicológica, niegan sus problemas, se sienten ansiosos y no son conscientes de lo que los demás perciben como síntomas. De hecho, aunque todas las persona son distintas, ciertas características de problemas de personalidad son compartidas por un número bastante grande de individuos. Al identificar estos patrones, se pueden desarrollar ayudas y tratamientos que pueden ser útiles.

Un trastorno de la personalidad se caracteriza porque la persona no está preparada para las situaciones que se le presentan, es de un carácter permanente y persistente y aparta la cultura de la persona. Esto es muy importante de tener en cuenta, ya que no debe ser confundido un trastorno de la personalidad con dificultades en la adaptación a una cultura diferente, como así tampoco comportamientos, hábitos, costumbres o valores religiosos propios de la cultura a la que pertenece la persona. Por lo que, al evaluar la personalidad del sujeto, deben tenerse en cuenta sus antecedentes culturales, sociales y étnicos. En un trastorno de la personalidad su patrón se manifiesta en la mayor parte de las situaciones y contextos y abarca un amplio rango de comportamientos, sentimientos, pensamientos y experiencias. Los trastornos en diferencia con la personalidad causan que la persona sea vulnerable ante situaciones nuevas y que esto requiera el desarrollo de nuevas estrategias para

afrontarlas; también produce malestar a los que lo rodean, provocando interferencias en diversos ámbitos (social, familiar, laboral).

Se conocen dos sistemas de clasificación principales: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). En el manual diagnóstico⁽⁸⁾ se dividen en tres grupos las distintas personalidades: el grupo A, que comprende los trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos, cuya particularidad común es la rareza y la excentricidad de las personas con estos rasgos; el grupo B, que incluye las personalidades antisociales, límite (*borderline*), histriónicas y narcisistas (los rasgos de estas personalidades son un aspecto dramático, emocional e indeterminado), y por último, el grupo C, que incluye la personalidad evasiva, dependiente y obsesivo-compulsiva. Las personas con rasgos de este último grupo se presentan temerosas y angustiadas.

Los rasgos de un trastorno de la personalidad suelen evidenciarse en la juventud. Hay algunos tipos de trastornos —principalmente el trastorno antisocial y el límite— que pueden desaparecer con el tiempo, pero existen otros que no desaparecen, como el trastorno obsesivo-compulsivo y el esquizotípico de la personalidad.

Los trastornos de personalidad se pueden relacionar con los de ansiedad, ya que ambos tienen un rasgo en común: la evitación del daño. Las personas con un nivel alto de evitación del daño suelen evadir y mostrarse inhibidos ante estímulos novedosos o no familiares. Se trata de personas cautelosas, tensas, fácilmente

fatigables, tímidas, aprensivas y pesimistas. Así, por ejemplo, una persona con elevados niveles de inhibición conductual se muestra temeroso ante desconocidos y suele evitar las situaciones sociales en las que debe relacionarse con personas que no conoce.

En otro aspecto, también se manifiesta que los trastornos de la personalidad pueden ser secuela de los trastornos depresivos, que sobrevienen como una consecuencia del mal funcionamiento interpersonal durante la enfermedad, y de una reacción psicológica que provoca fracaso, inseguridad, dependencia, pesimismo. Los trastornos de personalidad y los desórdenes mentales depresivos tienen una gran semejanza en diversas áreas, como las biológicas, sociales y ambientales.

Los trastornos de la personalidad constituyen una realidad presente todos los días en la asistencia clínica. Son importantes por la dificultad de su enfoque terapéutico y, además, empeoran los pronósticos de las otras patologías psiquiátricas a las que se asocian. Como consecuencia de ello, se recomienda de un modo importante la asistencia psiquiátrica, así como la asistencia médica en general. Todo ello deriva en ingresos hospitalarios frecuentes y constantes contactos repetidos con los servicios de urgencias. De ahí que actualmente se dé una importancia considerable y se realicen mejoras en su diagnóstico clínico.

2.3 SÍNDROME DE BURNOUT

El lugar laboral es un medio que puede generar un excesivo nivel de estrés y puede llevar a producir el síndrome de burnout. Dado que este síndrome es una influencia negativa al lugar de trabajo, es necesario identificar sus niveles y disminuirlos para que las personas se encuentren estables y logren ejecutar las labores de una forma adecuada con sus respectivas habilidades.

El síndrome de burnout, también distinguido como 'síndrome de desgaste ocupacional o profesional', es una enfermedad causada por extensas jornadas laborales y situaciones estresantes tanto emocionales como interpersonales.

También se cataloga como una pérdida progresiva de energía y propósito, que logra una afectación multidimensional de la persona mediante el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución de la realización personal en el trabajo.

Lo cierto es que el burnout es una condición que lleva a un agotamiento total a la persona que lo padece. Al pasar de los años, esta patología es representada en el índice internacional de la Organización Mundial de la Salud CIE-10, como "Z73.0 Problemas relacionados con la enfermedad consuntiva"⁽⁹⁾ (sensación de agotamiento vital), lo que llega a indicar la importancia de esta enfermedad en el mundo.

El síndrome de burnout es una enfermedad muy usual en el ambiente hospitalario y hoy en día es cada vez más destacado y diagnosticado. Esta patología involucra casi siempre a expertos que requieren un contacto directo con las personas y tienen una

ética humanística del trabajo; pero por desgracia no solo afecta al personal que lo padece, sino que secundariamente afecta también a los pacientes que son atendidos. Cuando se habla de que un individuo sufre de burnout, es que manifiesta un desgaste físico dentro del entorno laboral como en su diario vivir; esta enfermedad va más allá del agotamiento diario y causa una serie de consecuencias a la integridad de la persona.

Cuadro 5. Clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud según CIE-10

- (Z71.1) Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico.
- (Z71.2) Persona que consulta para la explicación de hallazgos de investigación.
- (Z71.3) Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta.
- (Z71.4) Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol.
- (Z71.5) Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas.
- (Z71.6) Consulta para asesoría por abuso de tabaco.
- (Z71.7) Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH].
- (Z71.8) Otras consultas especificadas.
- (Z71.9) Consulta no especificada.
- (Z72) Problemas relacionados con el estilo de vida.
- (Z72.0) Problemas relacionados con el uso del tabaco.
- (Z72.1) Problemas relacionados con el uso del alcohol.
- (Z72.2) Problemas relacionados con el uso de drogas.
- (Z72.3) Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico.
- (Z72.4) Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados.
- (Z72.5) Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo.
- (Z72.6) Problemas relacionados con el juego y las apuestas.

- (Z72.8) Otros problemas relacionados con el estilo de vida.
- (Z72.9) Problema no especificado relacionado con el estilo de vida.
- (Z73) Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida.
- (Z73.0) Problemas relacionados con la enfermedad consuntiva.
- (Z73.1) Problemas relacionados con la acentuación de rasgos de las personalidades.
- (Z73.2) Problemas relacionados con la falta de relajación y descanso.
- (Z73.3) Problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte.
- (Z73.4) Problemas relacionados con habilidades sociales inadecuadas, no clasificados en otra parte.
- (Z73.5) Problemas relacionados con el conflicto del rol social, no clasificados en otra parte.
- (Z73.6) Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad.
- (Z73.8) Otros problemas relacionados con dificultades en el modo de vida del individuo.
- (Z73.9) Problemas no especificados relacionados con dificultades con el modo de vida.
- (Z74) Problemas relacionados con dependencia del prestador de servicios.
- (Z74.0) Problemas relacionados con movilidad reducida.

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽⁹⁾.

Factores de riesgo

Se han evidenciado diferentes factores de riesgo para que se desarrolle el síndrome de burnout, algunos de ellos pueden ser edad joven, género femenino, ser soltero, actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes en condiciones en las cuales el contacto con éstos es parte de la naturaleza del trabajo. Esto no significa que no pueda presentarse en otro tipo de trabajos, pero

en general se da en doctores, enfermeras, consultores, trabajadores sociales, maestros, vendedores y otros muchos oficios. Añadiendo que los horarios de trabajo excesivos y los altos niveles de estrés son los factores primordiales para la causa de esta patología.

El estrés es una parte de la vida del ser humano, que afecta tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. Como factor de riesgo influye en la baja calidad de la atención hacia los pacientes y la falta de responsabilidad en la práctica médica. Entonces se habla de que el síndrome de burnout es un trastorno crónico y que es asociado con un inadecuado afrontamiento de las demandas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales.

Sintomatología

Uno de los primeros síntomas de nivel leve pero que ayuda como signo de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana. En un nivel moderado, la persona se aleja de los individuos que lo rodean, se vuelve más irritable y muchos otros síntomas que se mencionan en el cuadro 6. Los graves llegan hasta un punto de abusar de las drogas y alcohol.

Cuadro 6. Sintomatología de burnout

1. Fatiga crónica
2. Dolores de cabeza
3. Dolores musculares (cuello, espalda)
4. Insomnio
5. Pérdida de peso
6. Desórdenes gastrointestinales
7. Palpitaciones
8. Resfriados frecuentes

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽¹⁰⁾.

Diagnóstico

Esta enfermedad involucra 3 aspectos primordiales: el agotamiento emocional, representado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales; la despersonalización, que es el desarrollo de conductas negativas y de insensibilidad hacia las situaciones de la vida, y por último, la realización personal, que abarca un estado negativo sobre las acciones que efectúa, por ejemplo, los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos y esto los lleva a una baja autoestima profesional.

Esta enfermedad presenta diversos escalones. En el primer escalón se percibe un desequilibrio entre las demandas laborales lo que provoca una situación de estrés agudo; en un segundo escalón la persona realiza un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas, pero esto funciona en un tiempo corto; en el tercer escalón aparece el síndrome de burnout con los síntomas descritos, y en el último escalón se evidencia que hay un deterioro tanto psicológico como físico en el individuo.

Para el diagnóstico de esta enfermedad se utiliza el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Este cuestionario ha mostrado confiabilidad y validez, por tal motivo es utilizado con mayor frecuencia para evaluar o medir la intensidad de este síndrome, que, como ya se ha mencionado, evalúa tres componentes de suma importancia.

Tratamiento

Este síndrome comparado con los demás no tiene tratamiento específico, es decir, se basa en estrategias que ayudan a la persona a eliminar los factores de riesgo. Estos tipos de estrategias buscan fomentar técnicas que aumenten la capacidad de adaptación del individuo a las fuentes de estrés laboral. Se clasifican en fisiológicas, conductuales y cognitivas. Las técnicas fisiológicas están orientadas a reducir el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral. Dentro de estas se encuentran la relajación física y el control de la respiración.

Las técnicas conductuales buscan que la persona logre dominar sus habilidades y comportamientos para el afrontamiento de problemas de trabajo. Entre ellas se

encuentran el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de solución de problemas y las de autocontrol. Finalmente, las técnicas cognitivas tienen como objetivo mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo. Entre ellas se encuentran el control de pensamientos y de emociones.

También existen estrategias que abarcan grupos con el objetivo de romper el aislamiento y para mejorar las relaciones interpersonales. Es de suma importancia promover políticas de trabajo cooperativo, integración de equipos multidisciplinarios y reuniones de grupo. Se ha comprobado que el apoyo social disminuye los efectos dañinos de las fuentes de estrés laboral e incrementa la capacidad del individuo para afrontarlas.

Otras tácticas para disminuir los efectos del estrés en el ámbito laboral se orientan a mantener un sano ambiente organizacional y emplear horarios flexibles para reducir la carga de trabajo.

2.4 DEPRESIÓN

En la vida de las personas hay múltiples cambios en los estados de ánimo. Los problemas se pueden producir por dificultades familiares, económicas o laborales. En ocasiones el individuo puede experimentar estados pasajeros de tristeza cuando sus expectativas no son satisfechas o cuando enfrentan problemas como desilusiones amorosas, separaciones familiares y desempleo. Sin embargo, algunas personas comienzan a tener un cambio sostenido del estado de ánimo que interfiere con su

acostumbrado rendimiento social. Cuando esto ocurre, y de acuerdo con las características que presentan las personas, es posible que ya no se trate de una simple variación del estado anímico, sino de un episodio depresivo.

La depresión es un conjunto de características en el que predominan los síntomas afectivos de tristeza patológica; esto puede llevar a irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida. También están presentes síntomas de tipo cognitivo y somático, en el cual los tres tipos de síntomas llegan a una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La depresión es uno de los problemas psicológicos más grandes en la sociedad, que afecta las actividades diarias de la persona, ya que es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad y culpa, y conlleva a cambios patológicos y a un deterioro funcional y social. A diferencia de la tristeza normal o la del duelo que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica y crónica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, la cual puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

Según varias investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) ⁽¹¹⁾ sobre el impacto de enfermedades globalmente, se ha evidenciado que la depresión es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad

(APD). En el año 1990 se estimó que esta patología le correspondió el 10,5% de los APD en el mundo. En los países desarrollados, esta enfermedad constituye el cuarto problema de salud más importante, con una morbilidad total de 3,4%. Se estima que, para el año 2020, este trastorno podría ser la segunda causa de morbilidad en el mundo.

En el 2001 la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001) ⁽¹¹⁾ estimó que alrededor del 10% de la población mundial padece de alguna forma clínica de depresión y se calcula que en promedio este trastorno genera el equivalente a 4,4 años de discapacidad laboral en los individuos afectados, por lo cual es considerado un problema significativo de salud pública.

En cuanto a cifras referentes a la población norteamericana, indican que éste sería bastante elevado en el caso de los trastornos depresivos. Boland y Keller (2008) ⁽¹²⁾ señalan que aproximadamente el 75% de pacientes con depresión mayor presentan más de un episodio depresivo y sufren de recaídas en un periodo de dos años.

Así mismo, los pacientes que presentan un episodio depresivo manifiestan una afección depresiva de forma crónica (de al menos dos años sin remisión), ya sea distimia o depresión mayor crónica.

La depresión es uno de los principales problemas de salud y discapacidad en todo el mundo. Según estudios aún más actualizados por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2001) ⁽¹¹⁾, más de 300 millones de personas viven con depresión y en las zonas como las Américas, se estima una cifra que alcanza los 50 millones, es decir, un 5% de la población.

El paciente con depresión involucra una percepción negativa sobre sí mismo, de la actualidad y del futuro, a esto se le conoce como la tríada cognitiva; en el primer sentido se ve a sí mismo inútil y en las actividades que realiza defectuoso. En vista del sentido del entorno tiene una perspectiva de que la mayor parte de sus experiencias le van a ocasionar daño o que el futuro le vendrá acompañado de fracasos y frustraciones, dado a que la persona se siente desesperanzada y cree que todas las situaciones venideras serán incontrollables, al no poseer habilidades específicas para poder enfrentarlos y resolverlos de la manera adecuada.

En la práctica clínica los casos de depresión son muy particulares y raras veces resulta fácil establecer su diagnóstico respecto a otras entidades psicopatológicas debido a su similitud en varios aspectos, el trastorno depresivo y de ansiedad nos lleva a una correlación en la cual puede concurrir en casos con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

La depresión no tiene sus causas bien definidas, pero se han identificado diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad).

Factores de riesgo

El factor genético es muy importante y es una base clara de que los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de alto riesgo para enfermedades psiquiátricas, las cuales se empiezan a manifestar en edades tempranas y persisten

durante la edad adulta; de parte familiar se ha demostrado que del primer grado de consanguinidad en pacientes con trastorno depresivo mayor, tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general. No obstante, estos estudios familiares por sí mismos no pueden establecer qué cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y qué cantidad del ambiente familiar compartido.

Las personas que tienen presencia de enfermedad cardiaca y diversas enfermedades endocrinas, como la diabetes, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Adisson y la amenorrea hiperprolactinéica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socioeconómico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. El estado civil y el estrés crónico son unos de los factores más importantes para la evolución de la depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos.

CLASIFICACIÓN DE TRASTORNOS DE DEPRESIÓN

Depresivo mayor

Este trastorno se basa en la presencia de cinco (o más) síntomas que abarcan un período de dos semanas y que representan un cambio en las actividades diarias; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Los síntomas depresivos causan deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Cuadro 7. Criterios diagnósticos de la depresión mayor

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
4. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores.
6. Fatiga e insomnio.

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽⁸⁾.

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido). Los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor⁽⁸⁾.

Trastorno depresivo mayor, episodio único

Se trata de un único episodio depresivo mayor, el cual se clasifica en los siguientes rangos:

0. Leve
1. Moderado
2. Grave sin síntomas psicóticos
3. Grave con síntomas psicóticos
4. En remisión parcial/en remisión total
5. No especificado

El episodio depresivo no se debe a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco⁽⁸⁾.

Trastorno depresivo mayor, recidivante

Se trata de dos o más episodios depresivos mayores que deben cumplir un intervalo de al menos dos meses seguidos.

Estos episodios depresivos no se deben a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco⁽⁸⁾.

Trastorno distímico

Es aquel estado de ánimo crónico depresivo que abarca la mayor parte del día de casi todos los días durante al menos dos años.

Cuadro 8. Criterios diagnósticos de la distimia

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽⁸⁾.

Se deben cumplir dos (o más) de los síntomas anteriores en un trascurso de dos años.

El sujeto no ha presentado ningún episodio depresivo mayor en el trascurso de dos años de la alteración.

Los síntomas depresivos causan deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Este trastorno presenta un inicio temprano, que abarca antes de los 21 años, y un inicio tardío, que se produce a los 21 años o con posterioridad.

Tratamiento

La psicoterapia de la depresión ha ido en aumento en las últimas décadas, la cual se ha dividido en varias pautas terapéuticas y podría definirse como un tratamiento o intervención integral, que posee una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades de desarrollo personal, y las terapias cognitivo-conductuales que consisten en programas estructurados de tratamiento cuyo contenido es similar o está basado en los mismos principios que un tratamiento proporcionado por un terapeuta, siguiendo un programa estándar. Existen otras técnicas que ayudan a proporcionar apoyo activo, ya que se debería promover una relación de colaboración médico-paciente; además acordar con el paciente las tareas y los objetivos del tratamiento, específicamente autocuidado y educación del paciente, por ejemplo realizar una actividad gratificante al menos una vez al día y el manejo del estrés le ayudarán al paciente a reconocer cuando necesita parar, ya que todos tienen un límite. También es posible que una actividad física dirigida en grupo pueda mejorar el cumplimiento de este objetivo más fácilmente.

Las reacciones de las personas deprimidas son un punto importante a considerar, ya que creen o asimilan que los individuos cercanos a ellos los van a rechazar y esto conlleva a culpa, que a su vez estimula un mayor alejamiento por parte de ellos. Si por el contrario, las personas provocan una aceptación de las reacciones del paciente deprimido, este evalúa si la aceptación es verdadera o es falsa y eventualmente provocaría sentimientos de irritación.

Uno de los métodos de tratamiento y más simple para la depresión es la planificación del día. La persona debe hacer un listado de actividades que se propone cada día y, si fuese necesario, solicitar ayuda de algún familiar. Es de mucha ayuda realizar actividades gratificantes al menos una vez al día. Cuando una persona experimenta sentimientos de tristeza o depresión, puede ser realmente difícil ponerse en marcha para hacer cualquier cosa; sin embargo, mantener un mínimo de actividad crea un mejor estado anímico en el individuo.

Es importante evitar el consumo de alcohol y otras drogas, ya que pueden causar un falso sentimiento de mejora inicialmente, pero a mediano y largo plazo pueden provocar un gran daño al organismo y empeorar la depresión. Si la persona no puede dejar el consumo de estas sustancias, la manera más adecuada es que acuda a un centro especializado y es fundamental que reciba apoyo tanto de amigos cercanos como de los familiares.

En el aspecto psicoterapéutico los fármacos son eficaces para tratar a personas con depresión. Se han realizado múltiples estudios⁽¹³⁾ con una gama de antidepresivos e incluso con antipsicóticos. Para el tratamiento farmacológico de pacientes adultos que presentan una depresión mayor, se recomienda seleccionar un antidepresivo de segunda generación; entre estos, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección.

Los ISRS son el tratamiento de primera elección. Actualmente, la evidencia no permite establecer cuál antidepresivo es mejor que otro, ya que no se han encontrado entre los ISRS diferencias importantes en cuanto a su eficacia para el tratamiento de la

depresión mayor.

Para elegir un medicamento se deben evaluar factores como el coste y las preferencias del paciente, lo cual lleva al cumplimiento de los objetivos clínicos y la adherencia de una dosis del medicamento y la tendencia de causar síntomas de discontinuación.

Los ISRS inhiben la recaptación de la serotonina en la neurona presináptica aumentando así la neurotransmisión. A pesar de que inhiben la recaptación de serotonina de forma “selectiva”, no lo hacen de forma única; estos fármacos pueden llegar a causar efectos secundarios como hipotensión postural o sedación.

Consecuencias

La depresión aunque solo se produzca una vez puede tener efectos nocivos y complicaciones a largo tiempo. Existen varias razones; la primera es que la persona al haber padecido un episodio depresivo presenta un déficit de la confianza en su propia estabilidad emocional y en su capacidad de afrontar con éxito futuras situaciones de estrés. La segunda es la de modificación de las estructuras funcionales del cerebro implicadas en la fisiopatogenia de los cuadros depresivos. Es un hecho de observación que la presencia de un cuadro depresivo entre los antecedentes personales de un sujeto incrementa el riesgo de morbilidad general, así como el riesgo de conductas suicidas y la mortalidad por dicha causa.

Suicidio

El suicidio puede ser la consecuencia más temida en pacientes con trastornos psiquiátricos como la depresión. Cifras de la OMS⁽¹¹⁾ indican que alrededor del 6% de las personas diagnosticadas con depresión cometerán suicidio.

Como es bien sabido, el suicidio es una conducta casi exclusivamente humana que se existe en casi todas las culturas, con diversa afectación según cada una, y que ha estado siempre presente a lo largo de la historia. También es sabido que la actitud hacia la conducta suicida ha variado en función de los principios filosóficos, religiosos e intelectuales de cada cultura, que han actuado o no, según los casos, como freno de los actos autoagresivos.

Existen altas probabilidades de que los cuadros depresivos cursen con ideas suicidas; esto es un indicador de la gravedad del cuadro y urgencia de atención médica.

Incapacidad

Actualmente se define que la depresión es la principal causa para no estar en el trabajo. Solo en el año 2012 se tuvo un aproximado de 133 000 días de incapacidad por depresión, según la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)⁽¹³⁾. La salud mental cada año afecta a más personas en el mundo y causa un impacto económico que incluye costos directos por el mayor uso de los servicios de salud y costos indirectos como pérdida de ingresos por incapacidad para trabajar y disminución en la productividad.

Al pasar los años, los trastornos de depresión y de ansiedad han ido en aumento y causan más incapacidad laboral que las enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión. Los internos son muy vulnerables ante estas situaciones, pues el entorno en el que se desempeñan provoca un conjunto de factores precursores y esto compromete de manera negativa el ámbito social, familiar y personal. Muchos de quienes se ven afectados por esta patología, no pueden ejercer en forma apropiada en su vida cotidiana, dado que produce un fuerte deterioro de la salud; esto causa que haya un gran número de personas incapacitadas.

Una depresión afecta negativamente en todas las esferas de la vida; por ejemplo, en el ámbito laboral, causa que la persona realice sus funciones con una velocidad más lenta. También es de suma frecuencia que haya errores en sus labores, produciendo enfrentamientos con los compañeros de trabajo, y que se incumplan los horarios laborales.

La incapacidad se define como la situación de enfermedad física o psicológica que impide a un sujeto, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que conlleva a un requerimiento de cuidados médicos por un grupo de profesionales, los cuales se enfocan en conseguir una mejor adaptación de la persona, así como un cambio en su conducta. Por esto mismo la atención sanitaria se considera primordial.

Las incapacidades se clasifican dependiendo de su duración en temporales o transitorias, cuando se espera una recuperación de la persona en un tiempo

determinado. También existen las permanentes, que son cuando la persona presenta una alteración o un deterioro en la capacidad laboral definitivo.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque del presente estudio es cuantitativo, debido a que se trabajó con los datos obtenidos a través de la medición numérica del fenómeno observado. Como menciona Sampieri, un proceso cuantitativo busca la muestra, la recolección y el análisis de los datos prácticamente de manera simultánea⁽¹⁴⁾.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo descriptiva. Se pretende analizar los fenómenos del estudio, a saber, ansiedad, depresión y burnout, sin alterar o modificar alguna variable que cambie el curso de estos. Las investigaciones descriptivas, según Sampieri, buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades que sea sometido a análisis⁽¹⁴⁾.

3.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

3.3.1 Área de estudio

El estudio se realizará en Costa Rica, en los hospitales de Limón, Alajuela, Liberia, Heredia, Upala, Cartago, Pérez Zeledón y en el hospital Calderón Guardia.

3.3.2 Población

El estudio se aplica en un grupo de 27 internos de una universidad privada, quienes actualmente realizan la práctica de internado en diversos centros médicos de Costa

Rica, tanto centrales como periféricos. La población tiene edades entre los 20 y 40 años, de ambos sexos (femenino y masculino).

3.3.3 Muestra

La muestra de este estudio fueron 27 internos de una universidad privada, pero contestaron 23, lo que corresponde al 85,18% de la totalidad de la población. La muestra utilizada se considera muestra de conveniencia.

3.3.4 Fuentes primarias

Las fuentes primarias utilizadas fueron el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung y el Inventario de Beck.

3.3.5 Criterios de inclusión

- Internos de Medicina y Cirugía que se encuentren realizando la práctica en los siguientes centros de salud en Costa Rica: Hospital Calderón Guardia, Hospital de Alajuela, Hospital San Vicente de Paúl, Hospital Max Peralta, Hospital Tony Facio Castro, Hospital de Upala, Hospital Escalante Pradilla y Hospital Enrique Baltodano.

3.3.6 Criterios de exclusión

- El interno de medicina que no haya completado el consentimiento informado.

3.4 INSTRUMENTO

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

En esta investigación se utilizó el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, el cual mide por medio del Cuestionario Maslach de 1986, que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Esta escala tiene una fiabilidad cercana al 90%, está constituida por 22 preguntas que abarcan múltiples sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario tiene una duración máxima de 15 minutos y mide los 3 criterios del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las puntuaciones se consideran bajas por debajo de 34; altas puntuaciones en los dos primeros criterios y bajas en el tercero permiten diagnosticar el trastorno.

La primera a describir es la subescala de agotamiento emocional, la cual consta de 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo con una puntuación máxima 54.

Después existe la subescala de despersonalización, formada por 5 preguntas. En esta se valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, y posee una puntuación máxima 30.

La última subescala es la de realización personal y abarca 8 preguntas. En ella se evalúan los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo, y tiene una puntuación máxima 48.

La clasificación de las preguntas es la siguiente: cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; despersonalización: 5, 10, 11, 15 y 22, y realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

La escala se mide según los siguientes rangos: 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, y 6 = Todos los días.

Inventario de Beck

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- Más de 36 - Ansiedad severa

Cada opción se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo"; la puntuación total es la suma de las de todas las preguntas.

A este test se agregaron varias preguntas para los internos, como su sexo, edad, centro donde laboran, lugar de residencia y origen.

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

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

Hay 20 opciones en esta escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Las primeras diez preguntas son de forma positiva y las últimas diez son negativas.

Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80

- 25-49 - Rango normal
- 50-59 - Ligeramente deprimido
- 60-69 - Moderadamente deprimido
- 70 o más - Severamente deprimido

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio está diseñado del siguiente modo:

La investigación es observacional ya que es de carácter estadístico y demográfico. Particularmente es de tipo sociológico y no hay intervención o manipulación de los resultados, ya que se limita a medir las variables que definen la investigación.

El estudio es descriptivo, porque la información recopilada —como las características y perfiles de internos de medicina de una universidad privada que actualmente realizan la práctica de internado en distintos centros médicos del país— será sometida a un análisis con el fin de describir situaciones y exponer factores que generan depresión, burnout y ansiedad en esta población.

El estudio se aplica a los internos en los dos primeros bloques de la práctica de internado. Se considera transversal ya que se realiza en un tiempo determinado que comprende un periodo de tres meses (febrero-mayo). Sampieri explica que un estudio transversal es una recolección en un tiempo único⁽¹⁴⁾.

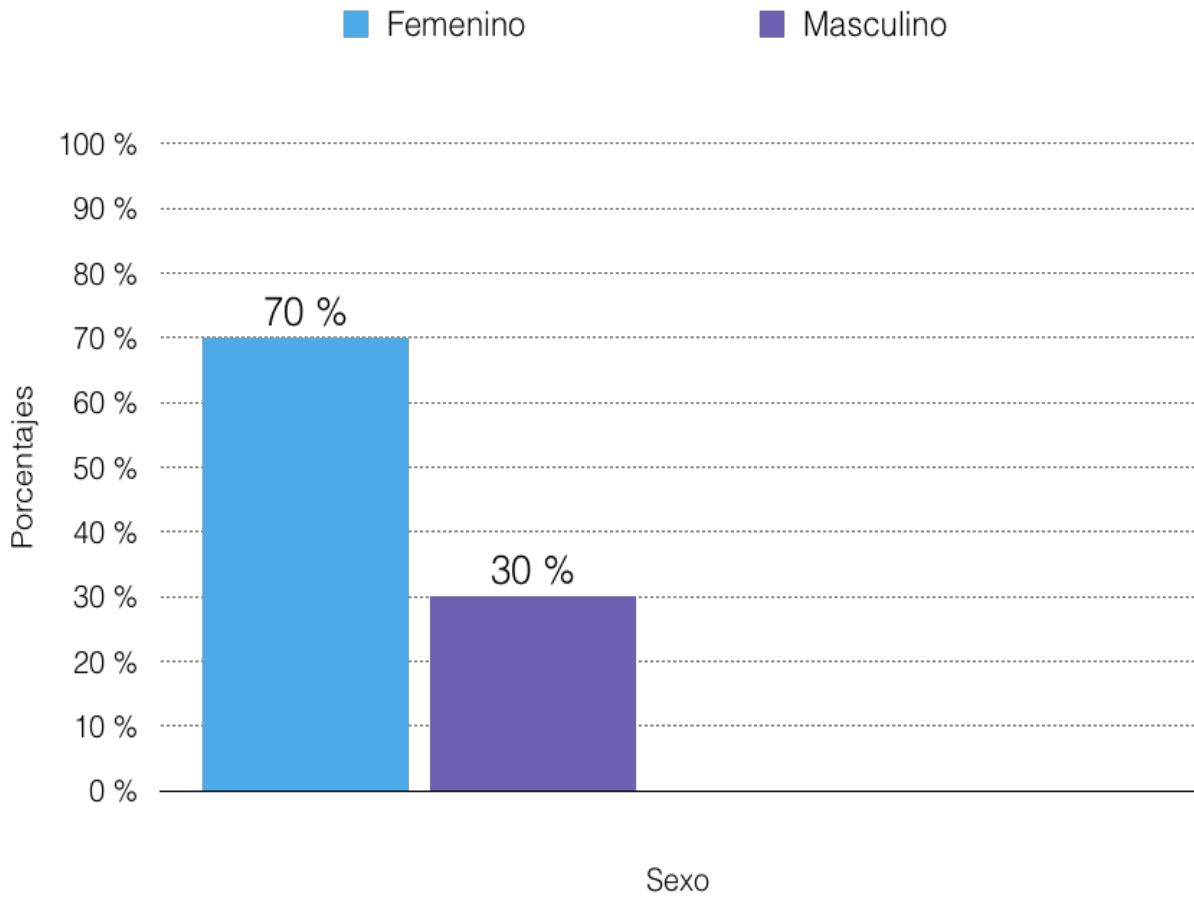
Se trata de un estudio de prevalencia, puesto que se evaluará una proporción de individuos de una población, la cual presenta una situación en un periodo determinado.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivos específicos	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Instrumento
1. Aplicar un test de ansiedad, burnout y depresión en internos de ambos sexos con una edad de entre 20 a 40 años, durante el primer y segundo bloque en los hospitales de Limón, Pérez Zeledón, Liberia, Upala, Cartago, Heredia, Alajuela y el hospital Calderón Guardia.	<p>Ansiedad</p> <p>Depresión</p> <p>Síndrome de burnout</p>	<p>Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, excitación e inseguridad</p> <p>Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza.</p> <p>Estrés y apatía laboral.</p>	Social	<p>Test de Beck</p> <p>Test de Zung</p> <p>Test Maslach Burnout.</p>
2. Asociar los resultados de los test de ansiedad, burnout y depresión con el bloque que están cursando los internos, para identificar dónde está la mayor afectación.	Bloque académico	Periodo de tiempo en el que se trabaja en un servicio médico.	Académica	Test Beck, Zung y Maslach Burnout
3. Caracterizar a los internos en sexo,	Lugar de residencia	Se trata de la ciudad o		

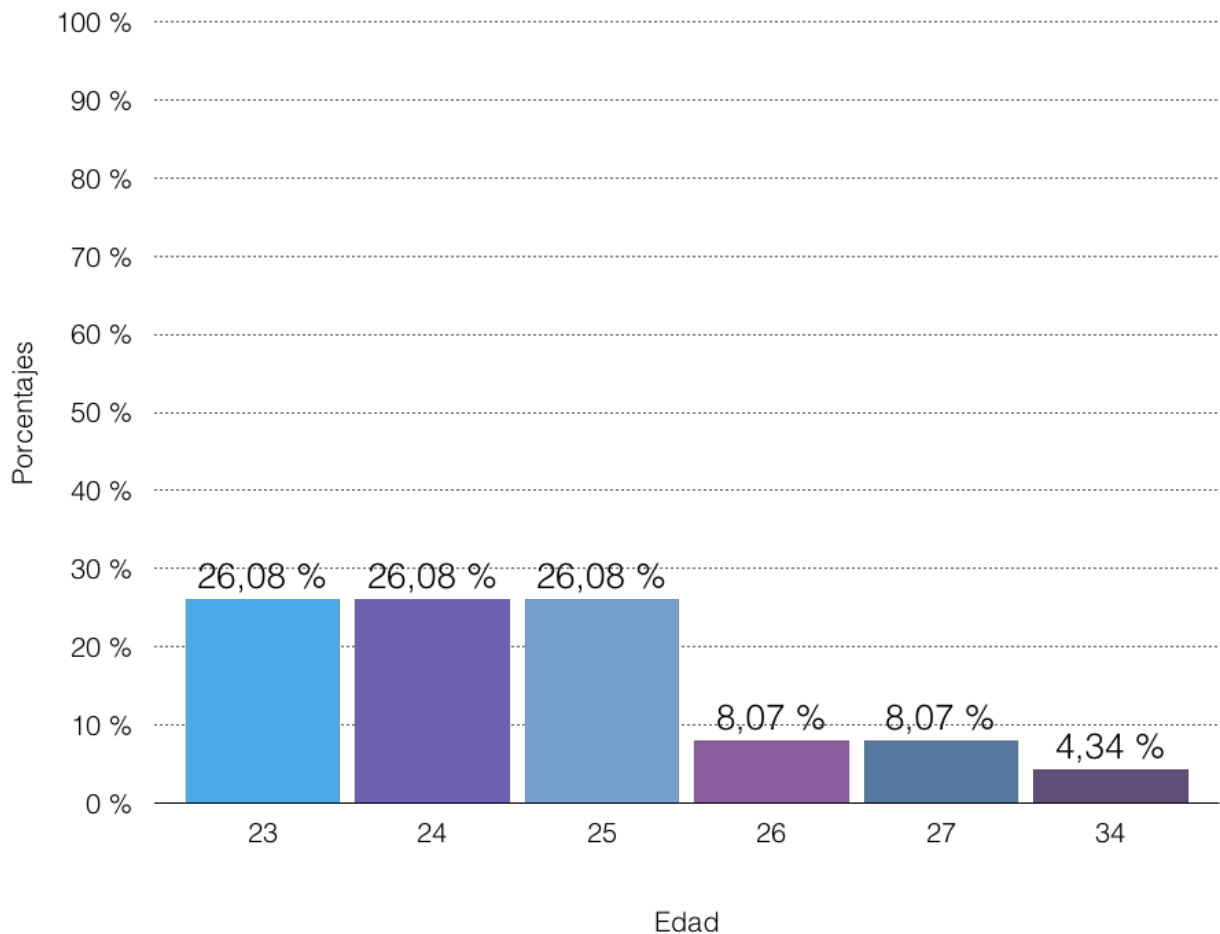
CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Gráfico No.1 Clasificación de los internos universitarios por sexo, durante su internado rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.



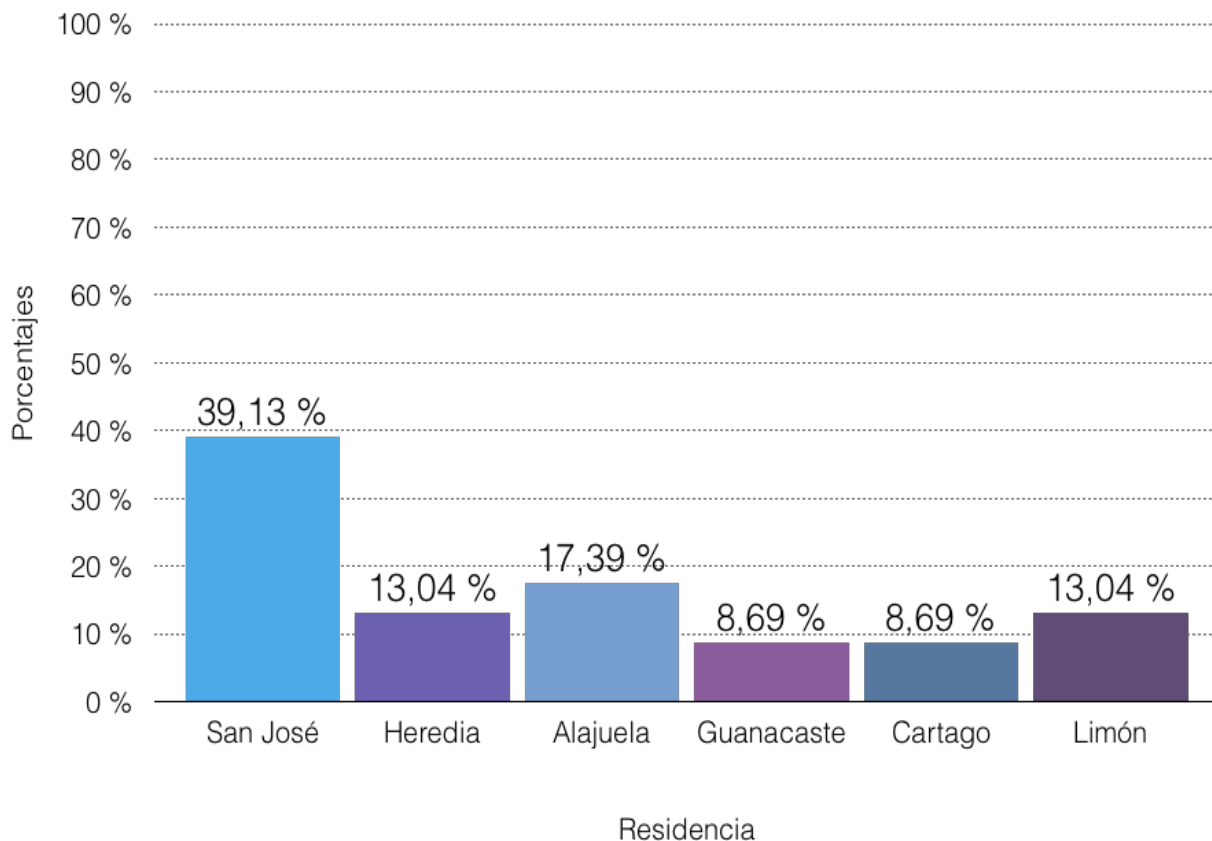
La población total consiste en 23 internos universitarios, 16 de ellos son mujeres que corresponde al 70%, mientras que los hombres son minoría con un número de 7 personas, equivalente al 30% de la población en estudio.

Gráfico No. 2 Distribución de internos universitarios por edad, durante su internado rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.



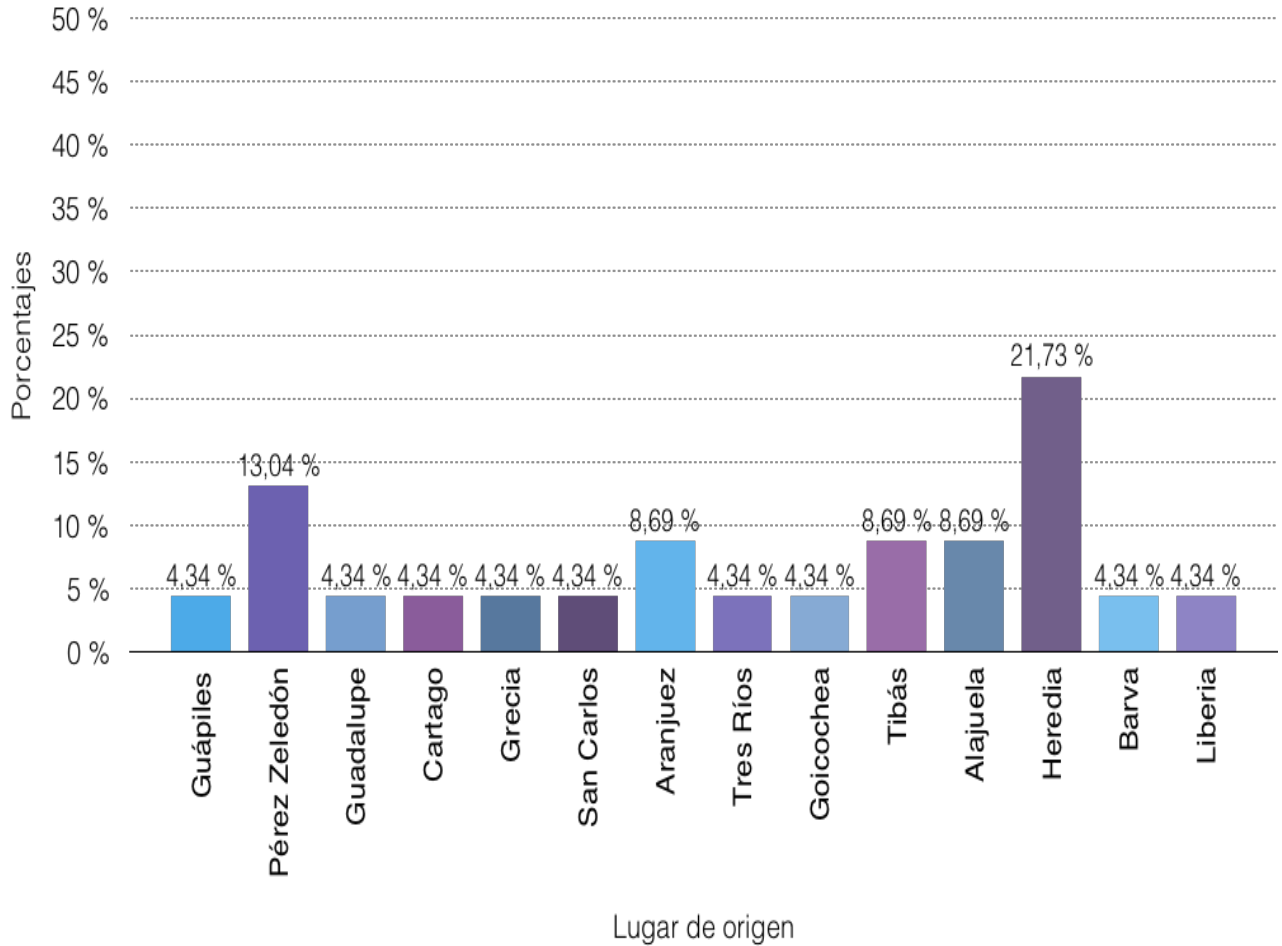
Dentro de las características de la población en estudio se notó que no existe una edad prevalente. Se clasifican de la siguiente manera: edades de 23, 24 y 25 años con un porcentaje de 26,08%, 26 y 27 años con un 8,07% de los internos y solamente 1 practicante de 34 años equivalente a 4,34%. Es importante destacar que la población en estudio, en su mayoría, son jóvenes en la etapa más productiva de su vida.

Gráfico No. 3 Distribución de internos universitarios por sitio de residencia actual, Costa Rica, marzo-abril 2018.



Según los resultados obtenidos, la provincia donde residen la mayoría de los internos es la de San José con un 39,13%; seguidamente la provincia de Alajuela con 17,39%, Heredia y Limón con un porcentaje de 13,04% en cada una de ellas, y por último en Guanacaste y Cartago solamente con un 8,69% en cada provincia.

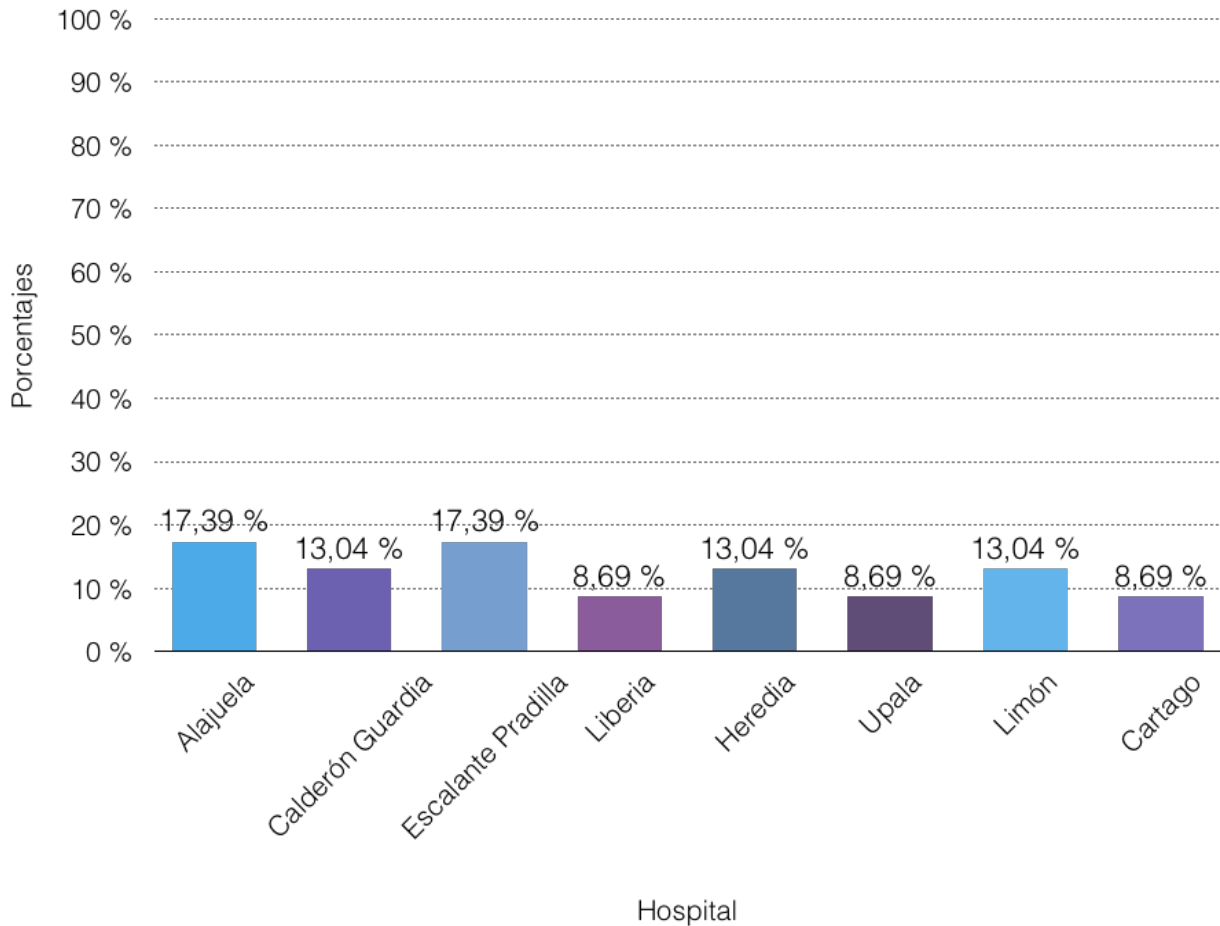
Gráfico No. 4 Distribución de internos universitarios por lugar de origen, Costa Rica, marzo-abril 2018.



Los resultados obtenidos demostraron que la zona de donde provienen la mayoría de los internos es la de Heredia con un 21,73%, seguidamente las regiones de Pérez Zeledón, Aranjuez, Tibás y Alajuela.

Las demás regiones de Guápiles, Guadalupe, Cartago, Grecia, San Carlos, Tres Ríos, Goicochea, Barva y Liberia obtuvieron 4,34% en cada uno.

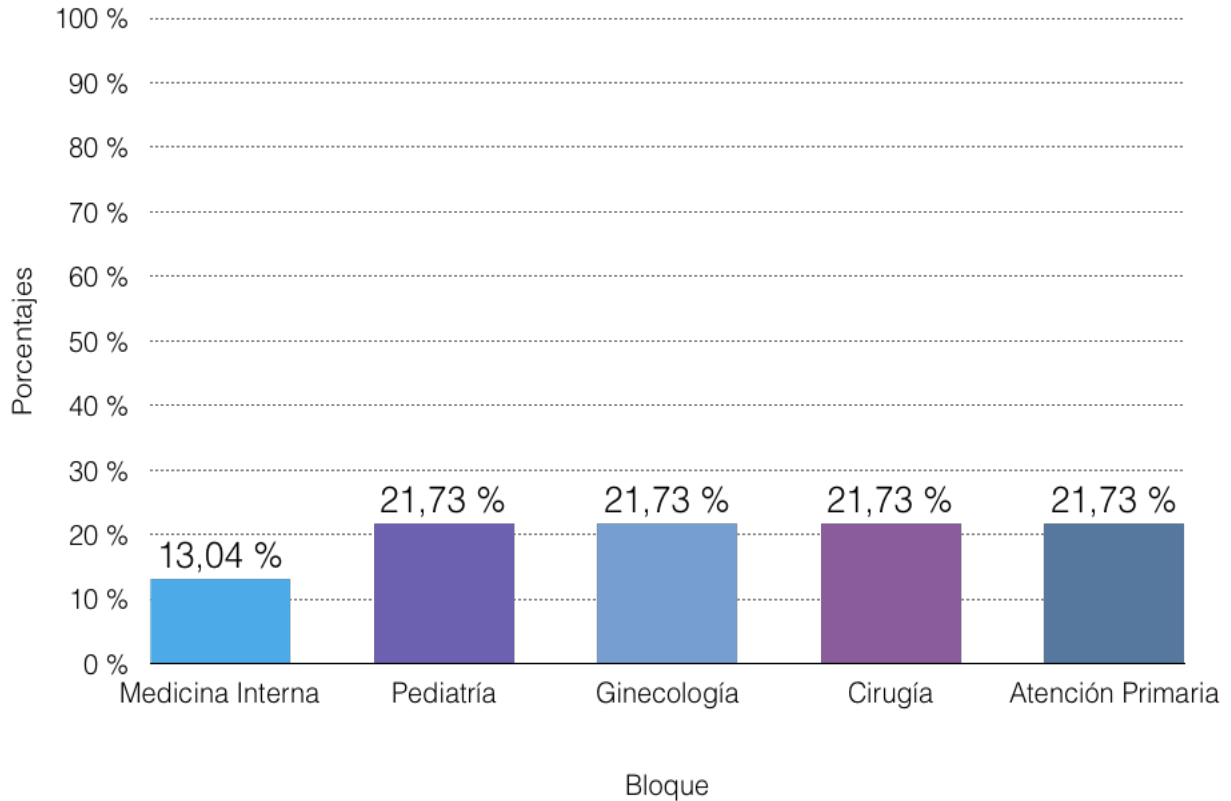
Gráfico No. 5 Distribución de internos universitarios por hospitales, Costa Rica, marzo-abril 2018.



El gráfico anterior demuestra que la mayor concentración de internos realizando la práctica rotatoria se encuentra en el hospital de Alajuela y el Hospital Escalante Pradilla, los cuales presentan un 17,39% en cada uno de ellos, que equivale al 34,78% de los participantes de este estudio.

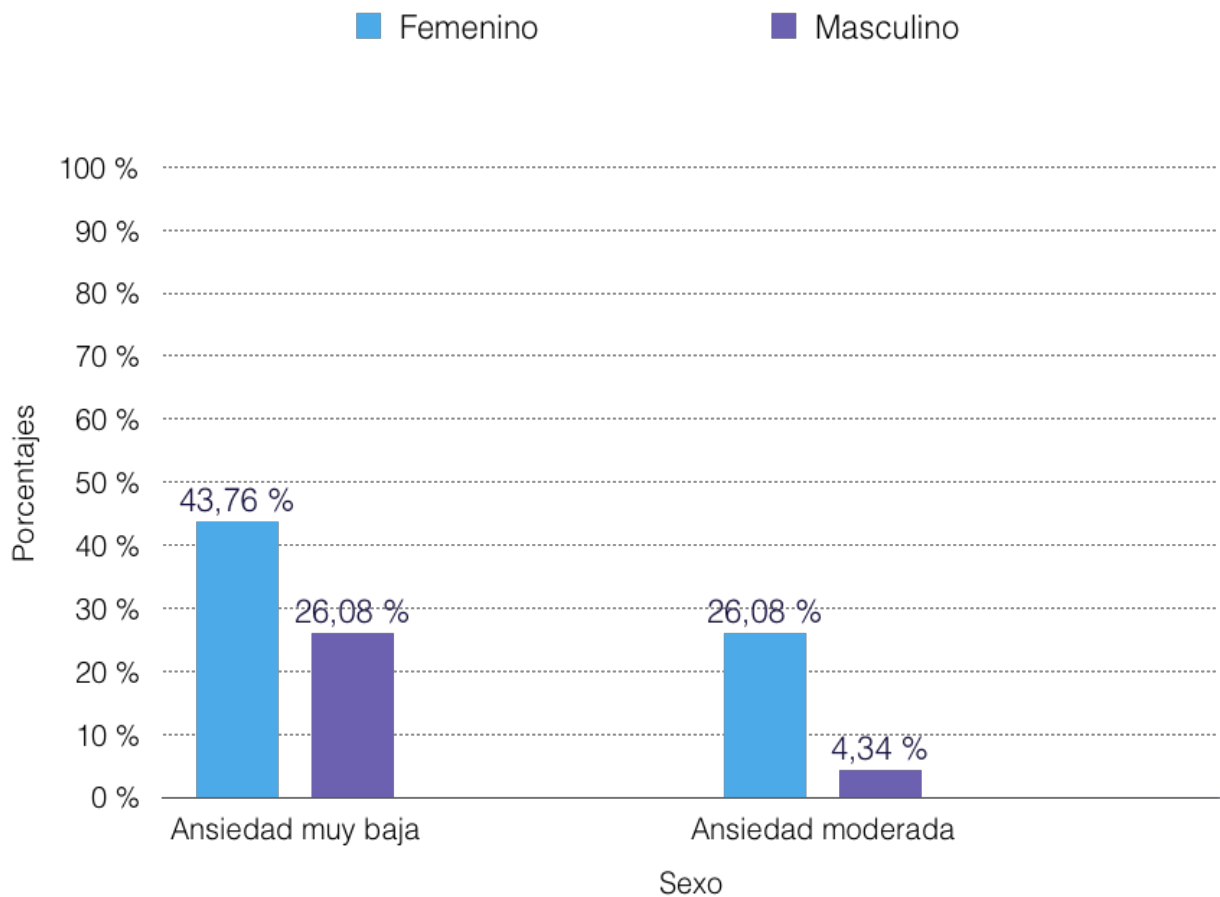
En los hospitales Calderón Guardia, San Vicente de Paúl de Heredia y Tony Facio existe un 13,04% en cada uno; en los hospitales de Liberia, Cartago y Upala solo hubo un 8,69% de practicantes en cada centro de salud.

Gráfico No. 6 Bloque de internado rotatorio en curso de los internos universitarios, Costa Rica, marzo-abril 2018.



El análisis de las evaluaciones demuestra que los bloques de pediatría, ginecología, cirugía y atención primaria son donde mayor número de internos están actualmente practicando y se evidenció que el bloque con menor cantidad de practicantes es del de medicina interna con solamente 13,04%.

Gráfico No. 7 Clasificación de ansiedad de los internos universitarios por sexo, Costa Rica, marzo-abril 2018.

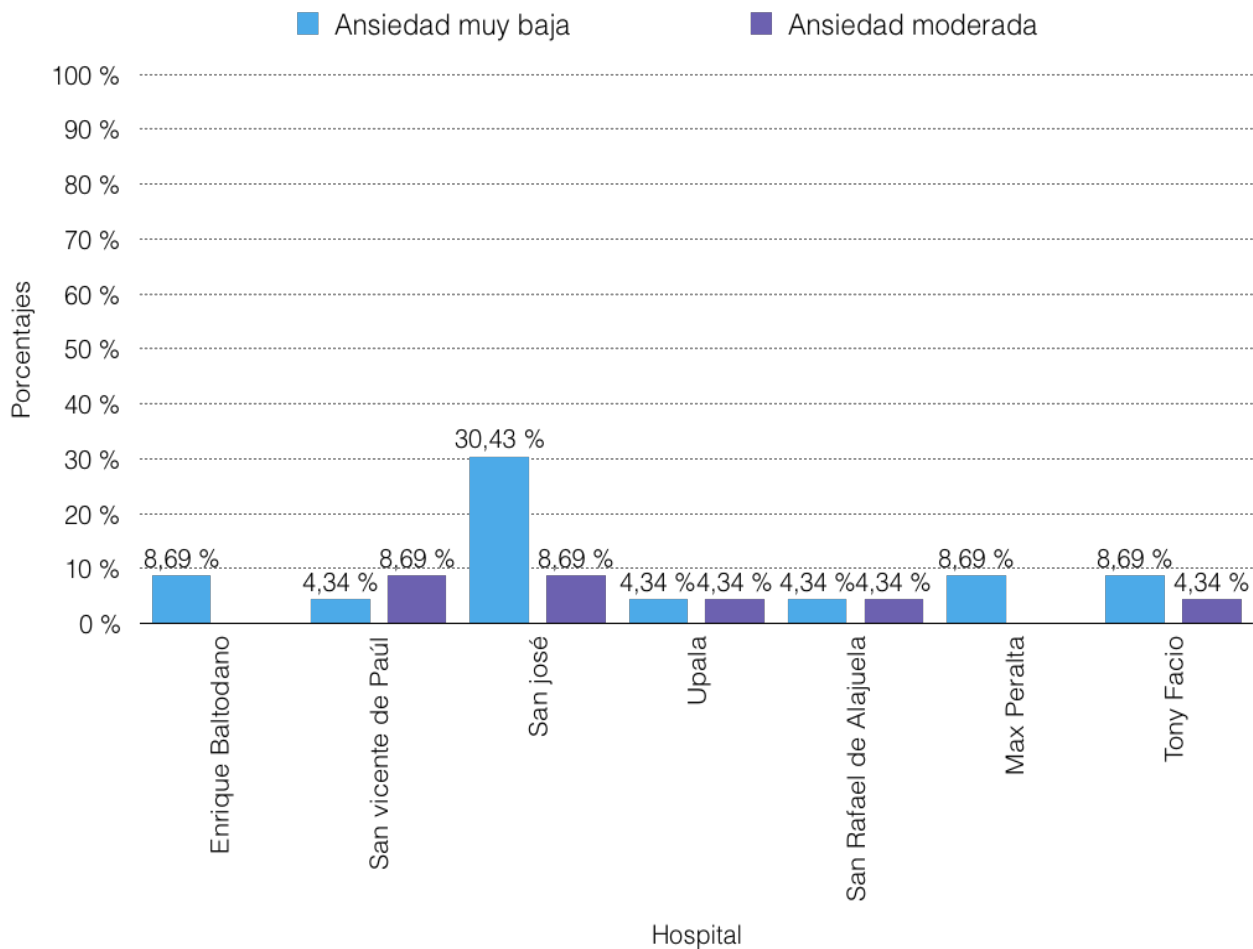


En el gráfico se clasifica a los internos según su sexo y el nivel de ansiedad que actualmente están padeciendo. Con ansiedad muy baja sobresale la población femenina representando el 43,76% del total de internos en estudio, mientras que el sexo masculino equivale al 26,08%.

En la clasificación de ansiedad moderada se obtienen un 26,08% en el sexo femenino y únicamente un 4,34% del sexo masculino. Se puede denotar que en este estudio la ansiedad se ve reflejada mayormente en las mujeres, en la clasificación de ansiedad

muy baja y moderada. A pesar de las cifras, es importante destacar que los hombres también se ven afectados por el trastorno de ansiedad, pero en un número considerablemente menor.

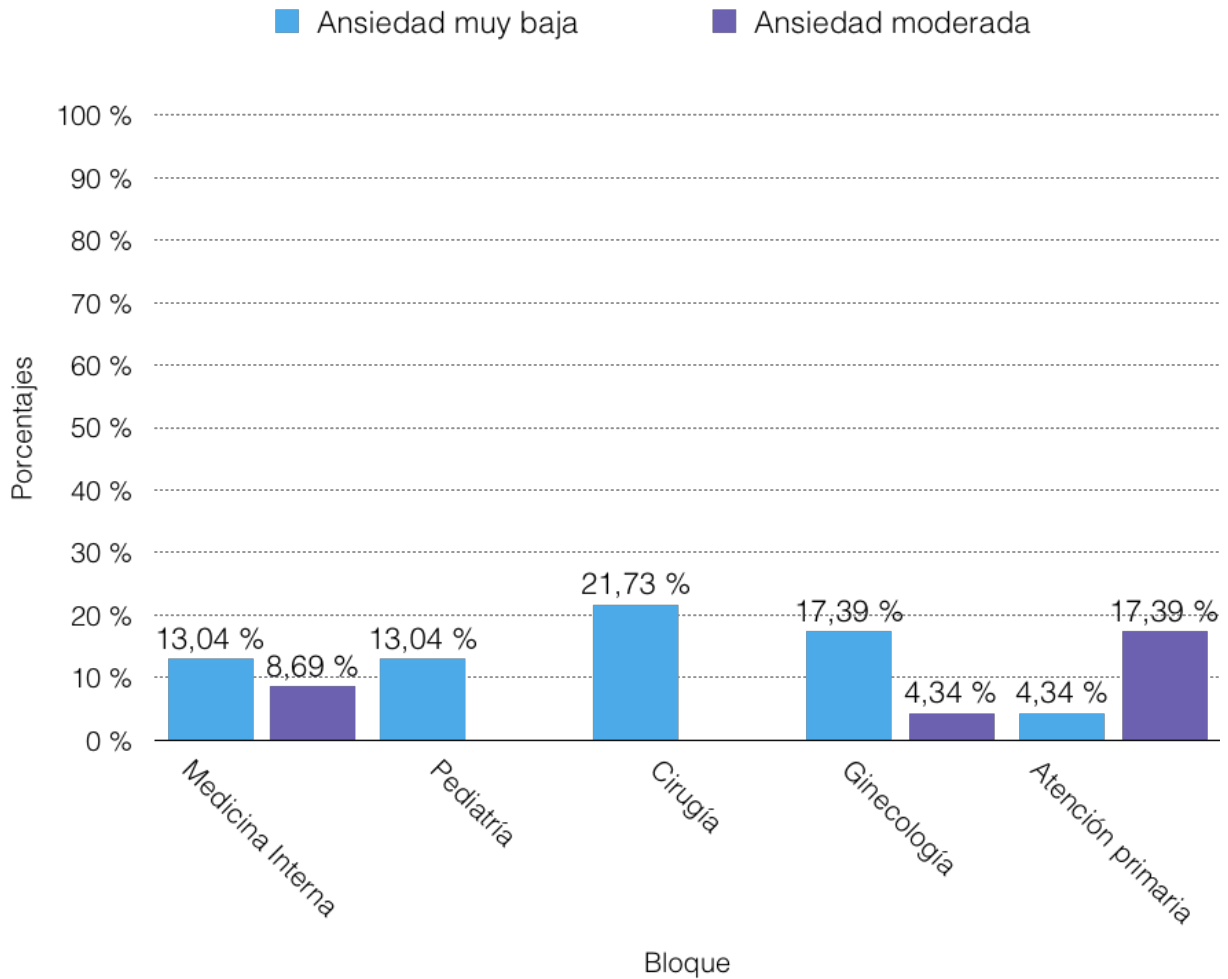
Gráfico No. 8 Distribución de ansiedad de los internos universitarios por hospital, Costa Rica, marzo-abril 2018.



Según los resultados obtenidos, el centro de salud de tercer nivel de San José presenta el mayor número de internos con ansiiedad muy baja que abarca un 30,43%, seguidamente de los hospitales de Liberia, Cartago y Limón, los cuales representan un 26,07% en cada uno, y finalmente los hospitales de Heredia, Upala y Alajuela, que abarca un 13,02% en cada centro hospitalario.

Liderando en la clasificación de ansiedad en el nivel moderado están los hospitales de Heredia y San José un 17,38%, mientras que en los centros de salud—como Upala, Alajuela y Limón— existe un 4,34% en cada uno de ellos.

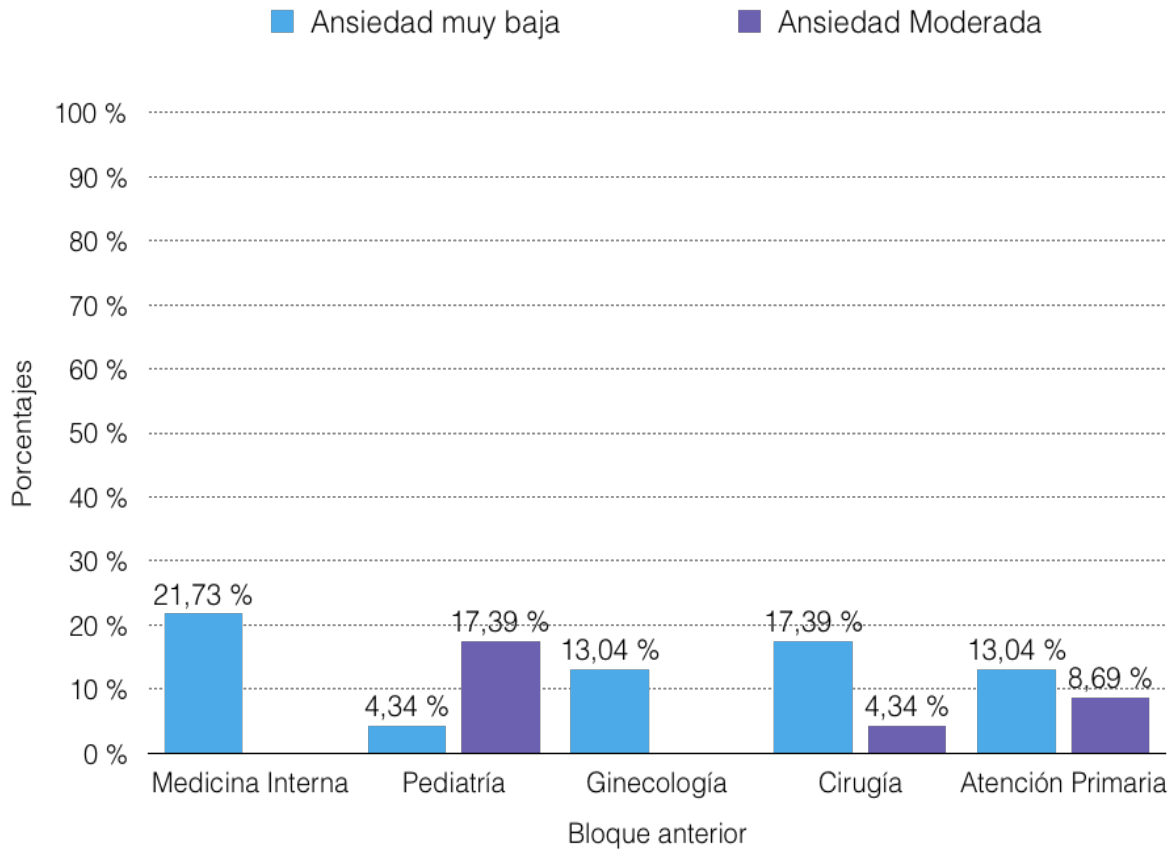
Gráfico No. 9 Clasificación de ansiedad de los internos universitarios en el bloque rotatorio en curso, Costa Rica, marzo-abril 2018.



En la clasificación de ansiedad muy baja, se denota que en el bloque de cirugía hay mayor número de internos con un total de 21,73%; seguido de ginecología con 17,39%; medicina interna y pediatría con 13,04% de internos en cada bloque, y atención primaria solamente con 4,34%.

En la clasificación de ansiedad moderada se logró observar que el bloque de atención primaria encabeza con un 17,39% de internos universitarios, un 8,69% de practicantes en medicina interna y solo un 4,34% en ginecología.

Gráfico No. 10 Clasificación de ansiedad de los internos universitarios en el bloque rotatorio anterior, Costa Rica, marzo-abril 2018.

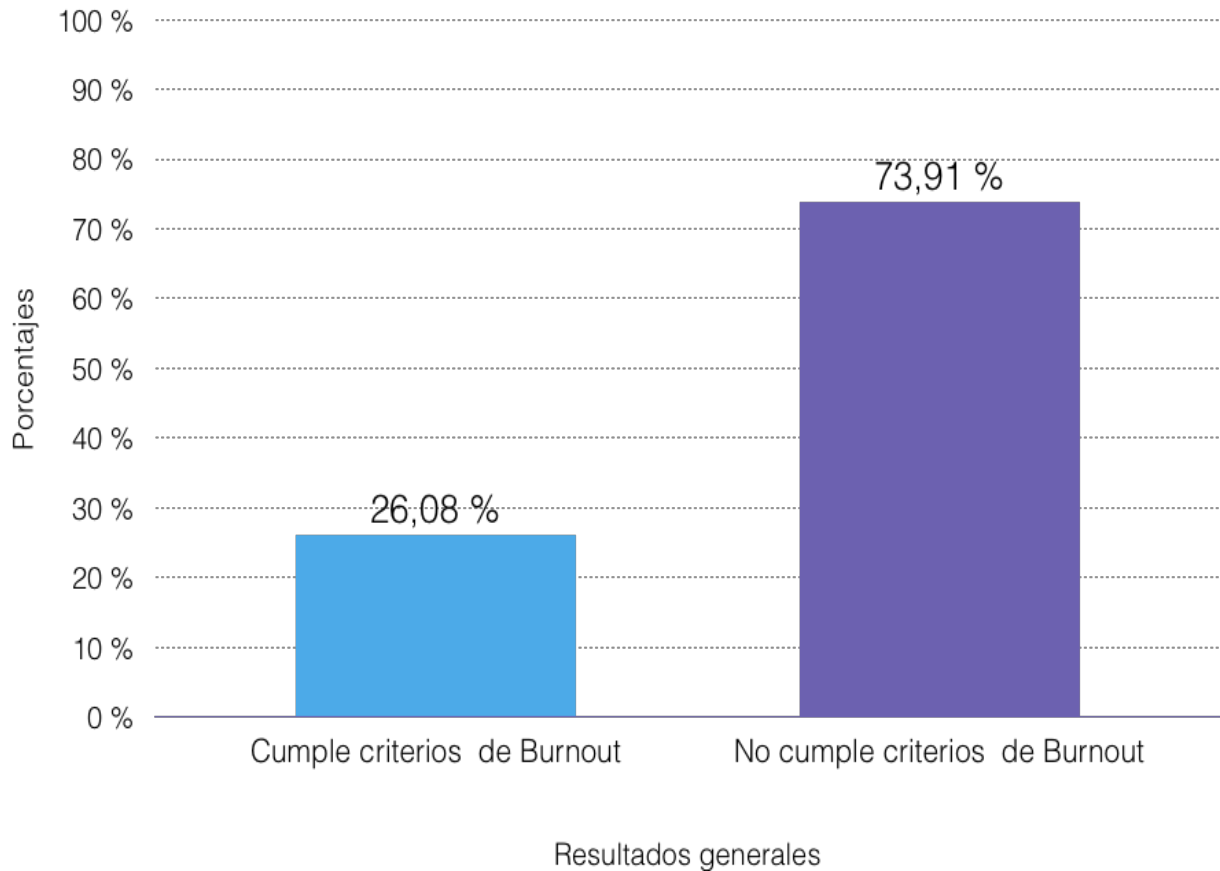


El estudio evidencia que hubo un 69,5% con ansiedad muy baja y un 30,5% de ansiedad moderada.

La mayor concentración de ansiedad muy baja fue en el bloque de medicina interna con un 21,73%, seguidamente cirugía con un 17,39%; en los bloques de atención primaria y ginecología hay un 13,04% en cada una de ellos y finalmente pediatría con un 4,34% de los internos universitarios.

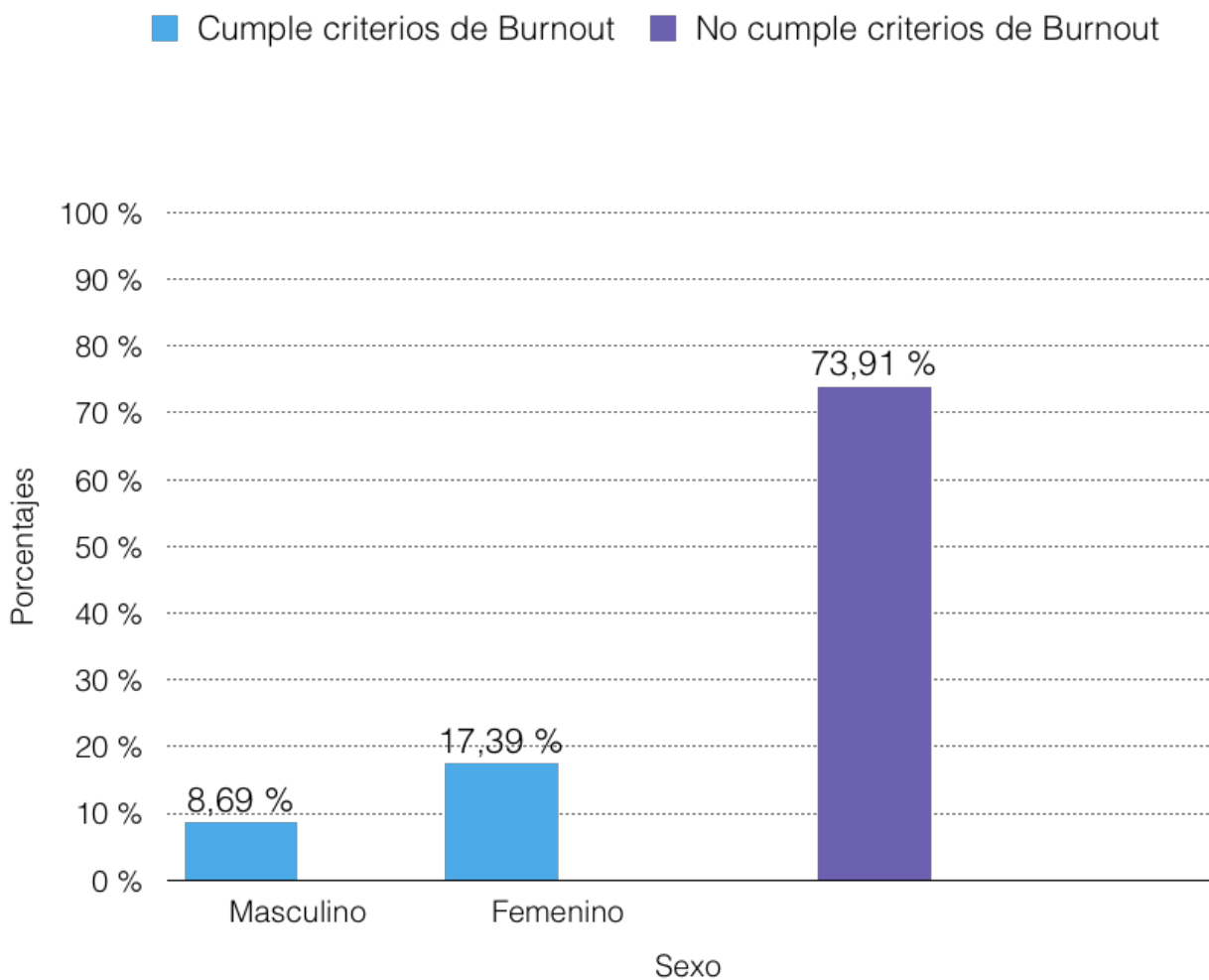
La mayor concentración de ansiedad moderada corresponde al bloque de pediatría, con un 17,39%, seguido por el bloque de atención primaria con un 8,69% y por último el bloque de cirugía representando un 4,34% de los internos universitarios.

Gráfico No. 11 Clasificación de burnout de los internos universitarios en el bloque rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.



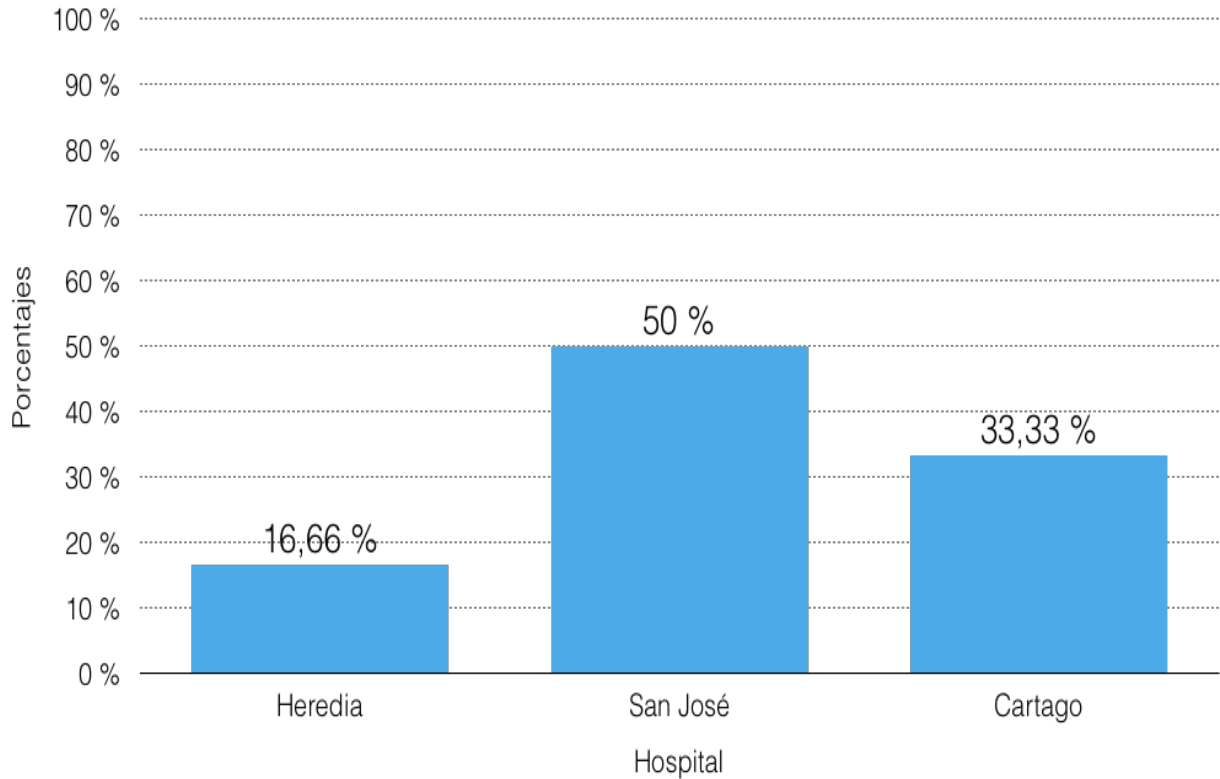
El estudio demostró que el 73,91% de los internos evaluados no cumplieron los criterios para el síndrome de Burnout, mientras que el 26,08% de la población si cumplieron los criterios de este síndrome, el cual evalúa los niveles de estrés del individuo con respecto a su lugar de trabajo.

Gráfico No. 12 Clasificación de burnout de los internos universitarios por sexo, Costa Rica, marzo-abril 2018.



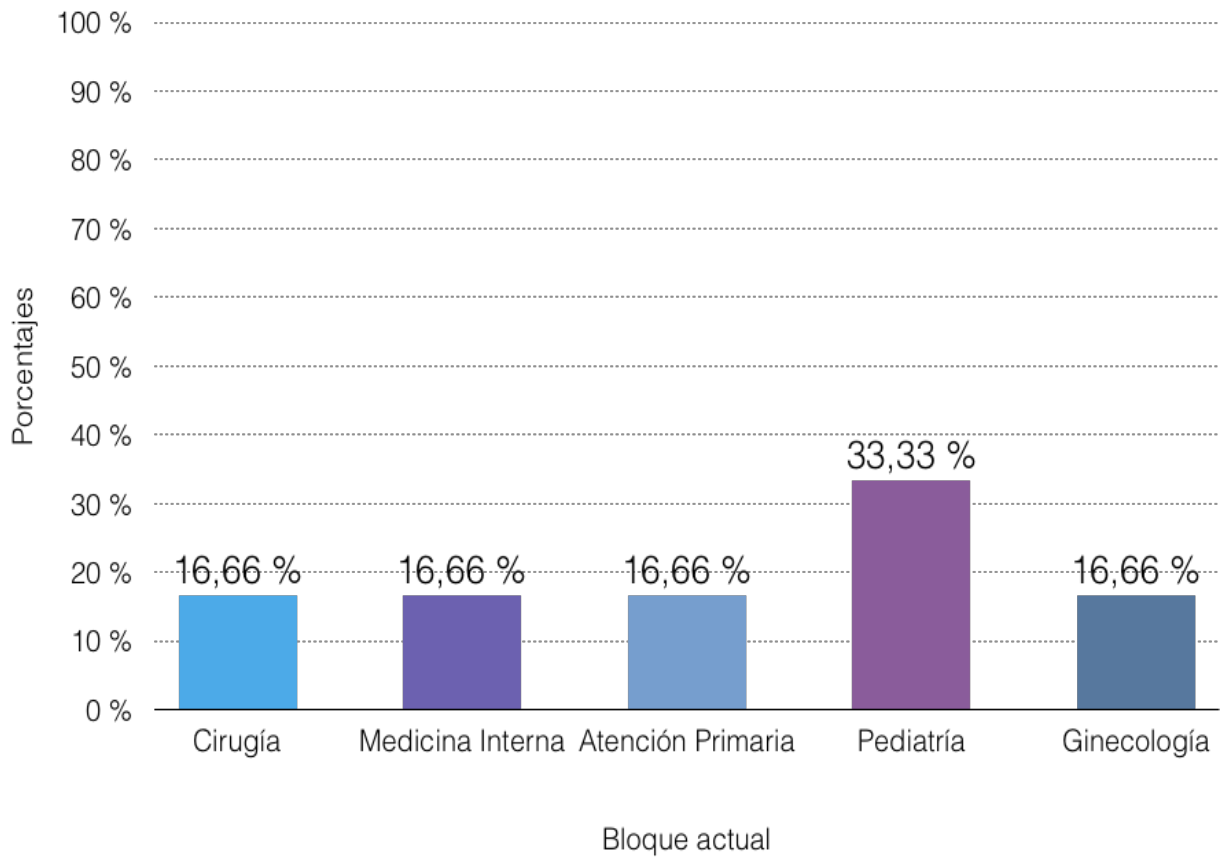
El 73,91% de los internos evaluados, no cumplieron los criterios diagnósticos del síndrome de Burnout, por otro lado, el 26,08% si cumplieron los criterios de éste síndrome. El 26,08% se dividió en términos de género, destacando al sexo femenino con un 17,39%; mientras que el sexo masculino equivalente al 8,69 %.

Gráfico No. 13 Distribución de burnout de los internos universitarios por hospital, Costa Rica, marzo-abril 2018.



Separando a los internos universitarios que cumplieron los criterios en el cuestionario Maslach Burnout Inventory, por hospital donde realizan la práctica, se obtiene un 16,66% en Heredia, un 50% en San José y 33,33% en el hospital de Cartago.

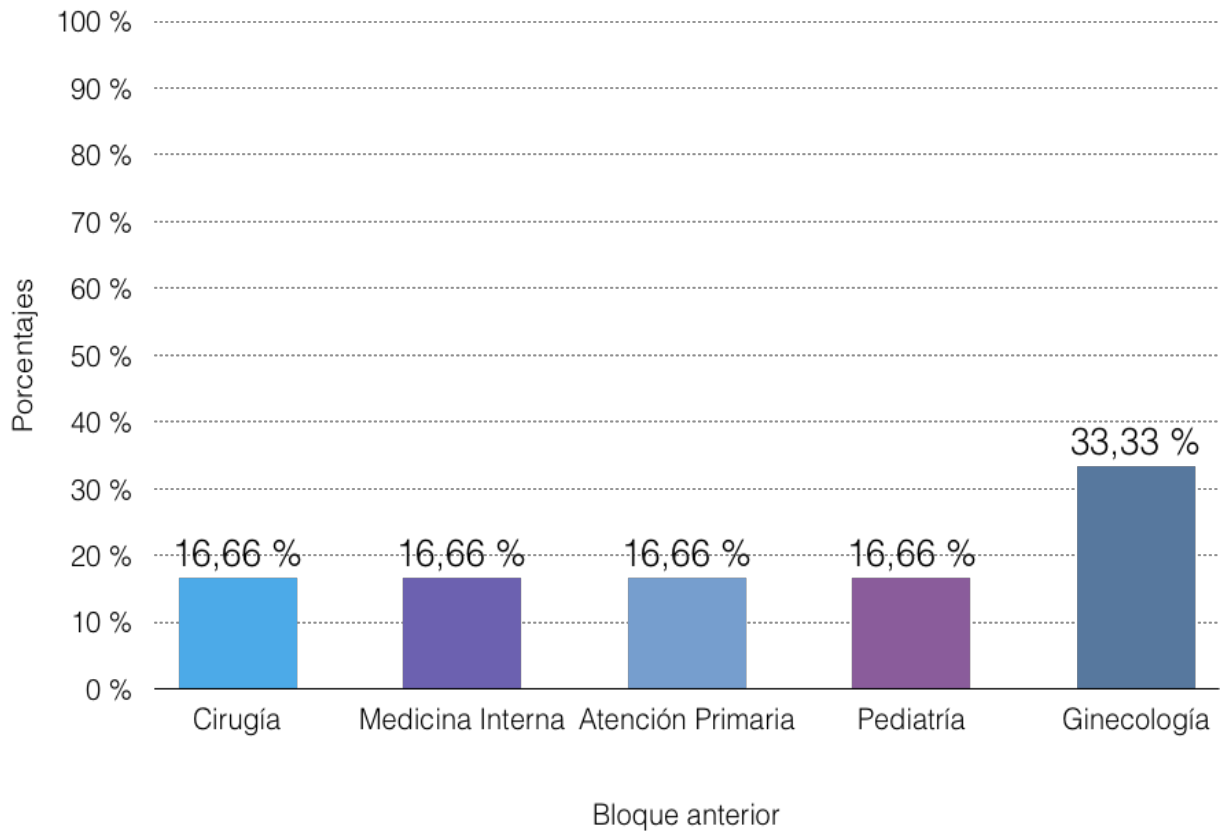
Gráfico No. 14 Clasificación de burnout de los internos universitarios en el bloque rotatorio en curso, Costa Rica, marzo-abril 2018.



El gráfico se enfoca en los internos que cumplieron los criterios del Test Burnout, el cual corresponde al 26,08% de la población en estudio.

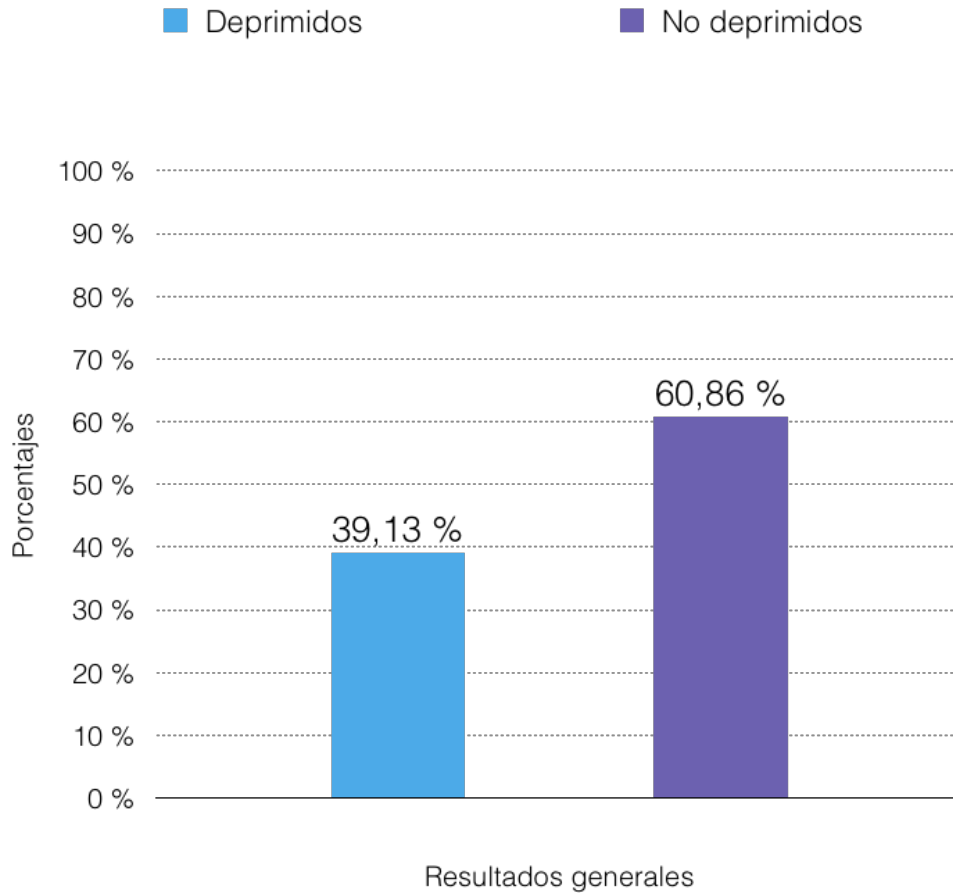
Los resultados determinan que el bloque de pediatría sobresale con un 33,33% de internos, mientras que cirugía, medicina interna, atención primaria y ginecología tienen un 16,66% en cada uno de ellos.

Gráfico No. 15 Clasificación de burnout de los internos universitarios en el bloque rotatorio anterior, Costa Rica, marzo-abril 2018.



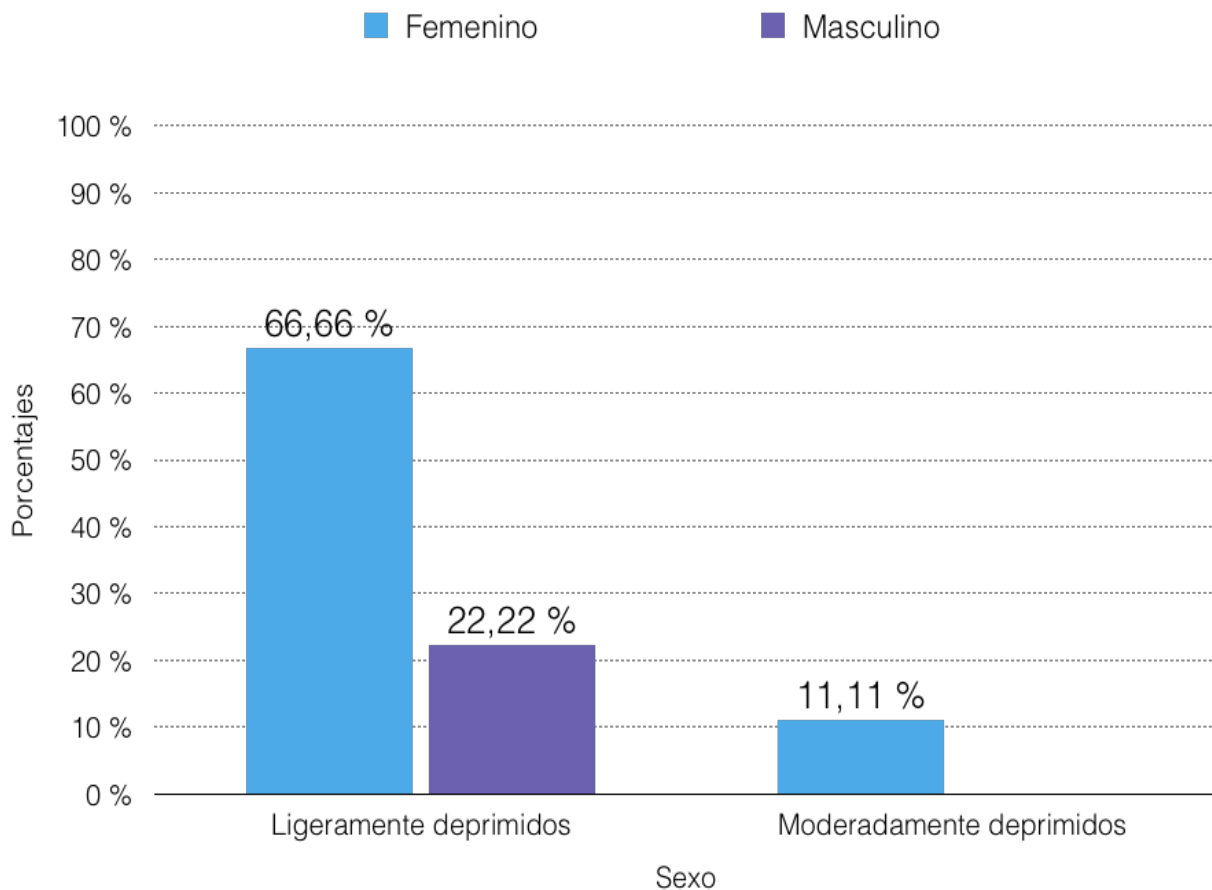
El gráfico anterior muestra los bloques de donde provenían los internos que cumplieron los criterios de Burnout, Ginecología con 33,33% y cirugía, medicina interna, atención primaria y pediatría con un 16,66% por cada bloque. A pesar de la información obtenida no se puede hacer una medida de asociación directa, ya que esto se escapa de los objetivos de la investigación.

Gráfico No. 16 Clasificación de depresión de los internos universitarios en el bloque rotatorio, Costa Rica, marzo-abril 2018.



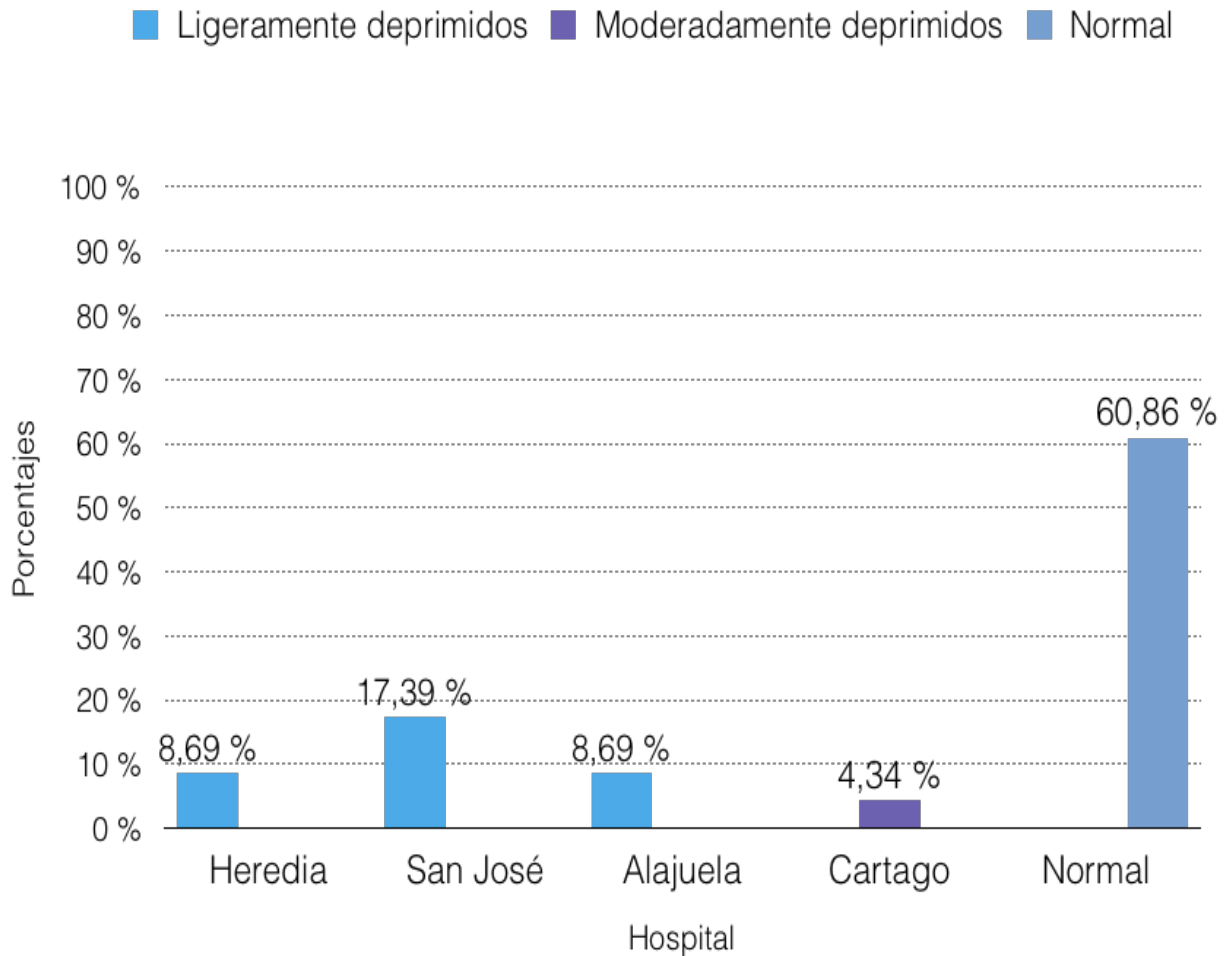
Es destacable que casi la mitad de la población que se evalúa en esta investigación se ven afectados por depresión. Estadísticamente se habla de que un 39,13% presentan cuadros de depresión y un 60,86% no presentan cuadros depresivos.

Gráfico No. 17 Clasificación de depresión de los internos universitarios por sexo, Costa Rica, marzo-abril 2018.



La depresión es una patología que afecta a ambos sexos y se observa en éste estudio que existe un 66,66% ligeramente deprimidos en el género femenino y un 22,22% en el masculino y en la clasificación moderadamente deprimidos se refleja un 11,11% en el sexo femenino.

Gráfico No. 18 Distribución de depresión de los internos universitarios por hospital, Costa Rica, marzo-abril 2018.

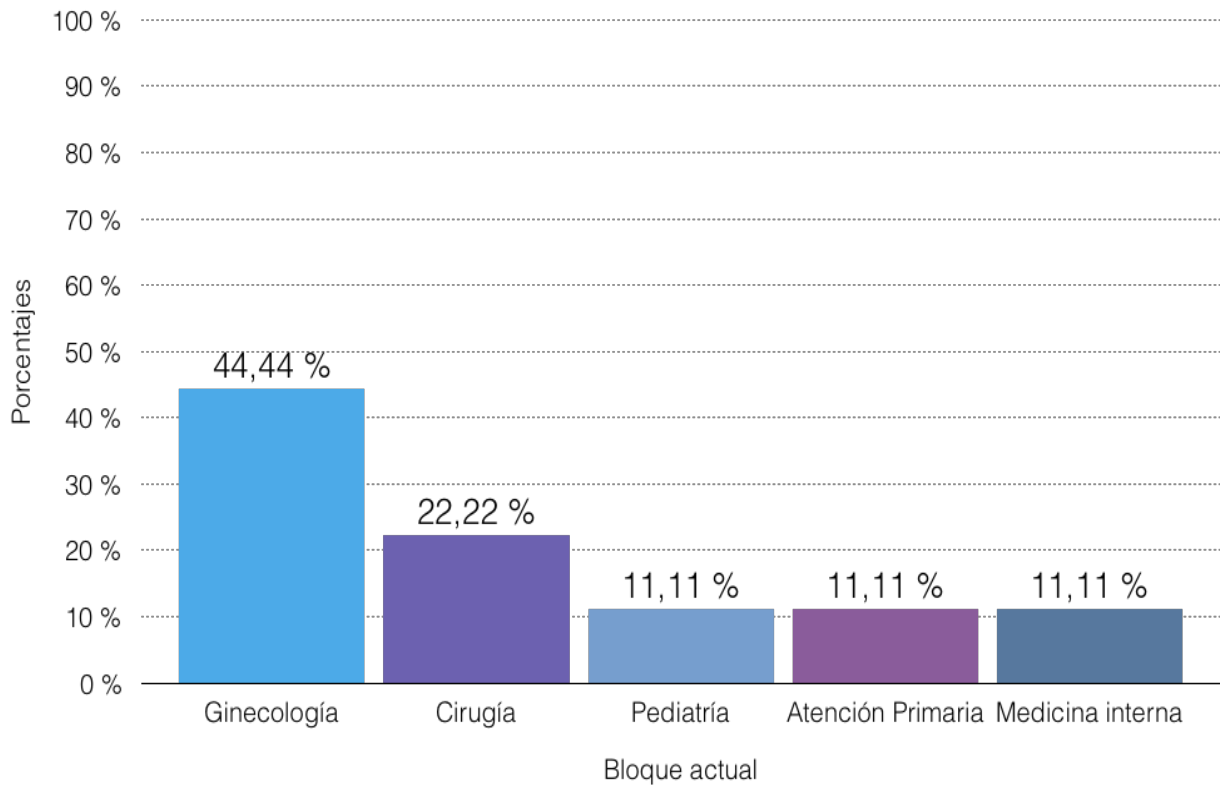


Según el resultado de la Escala Autoaplicada de Zung, los internos ligeramente deprimidos se encuentran distribuidos en los hospitales de San Vicente de Paúl de Heredia y San Rafael de Alajuela con un 8,69% en cada uno de ellos y un 17,39% en San José.

Por otro lado, los internos universitarios moderadamente deprimidos se localizan en el hospital Max Peralta de Cartago con un 4,34%.

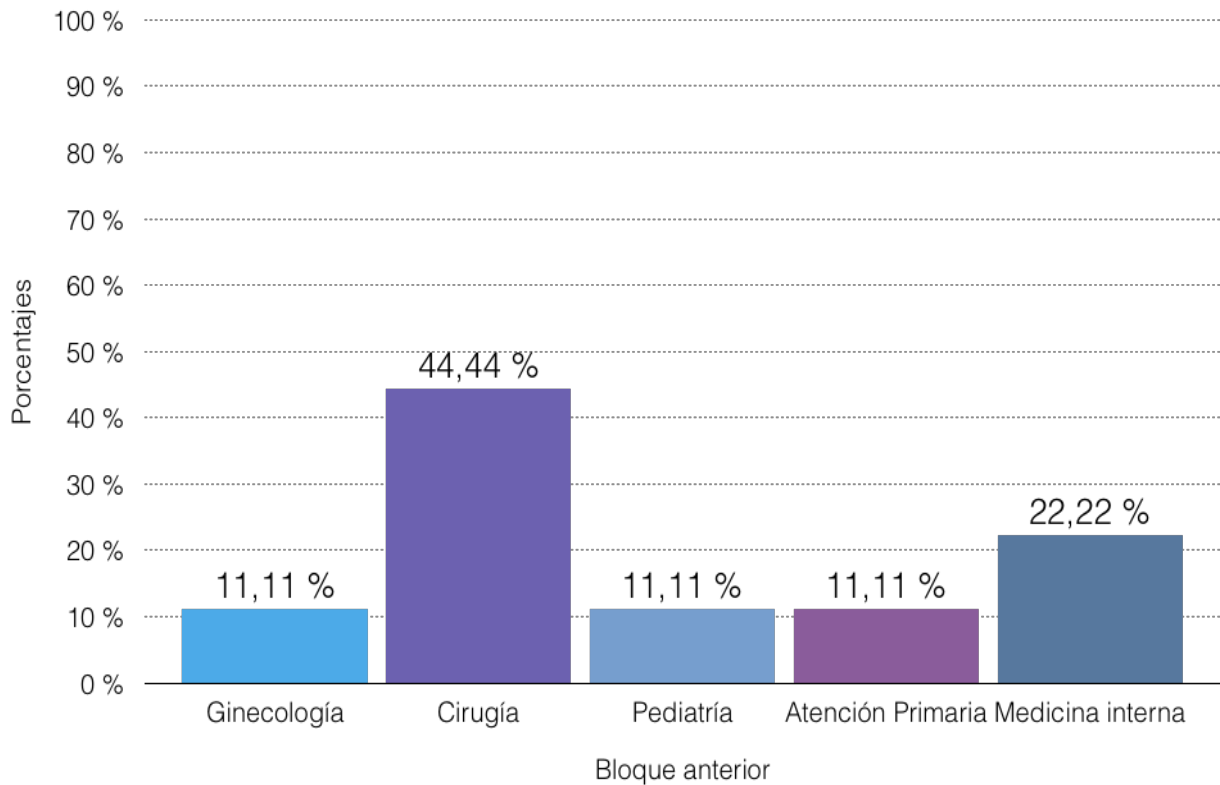
Más de la mitad de la población en estudio corresponde al 60,86% de los practicantes universitarios, que se encuentran en estado normal, los cuales implican 14 internos de la población total.

Gráfico No. 19 Clasificación de depresión de los internos universitarios en el bloque rotatorio en curso, Costa Rica, marzo-abril 2018.



Se hizo la clasificación de los internos que obtuvieron resultado positivo en la evaluación de Zung según el bloque que cursan actualmente. En ginecología existe un 44,44% de practicantes, un 22,22% en cirugía y en pediatría, en los demás bloques como atención primaria y medicina interna se obtuvo un 11,11% en cada uno de ellos.

Gráfico No. 20 Clasificación de depresión de los internos universitarios en el bloque rotatorio anterior, Costa Rica, marzo-abril 2018.



El gráfico anterior muestra los bloques de donde provenían los internos que presentaron depresión. Se distribuye de la siguiente manera: el bloque de cirugía con un 44,44%, un 11,11% en los bloques de ginecología, pediatría y atención primaria y un 22,22% en el de medicina interna. La información obtenida no implica una medida de asociación directa, ya que esto se escapa de los objetivos de la investigación.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Algunos estudios han determinado que los internos de medicina incrementan estrés al avanzar en el internado en las asignaturas del área clínica y con esto un mayor riesgo de fracaso académico⁽¹⁵⁾, por múltiples factores no presentan un control psicológico adecuado, se puede suponer que esa es una de las causas que contribuyen a que los internos presenten tasas elevadas de ansiedad.

Con los resultados de los diferentes test, se evidencia cómo existe una especial inclinación hacia el aumento del sexo femenino en áreas de trabajo, en este caso en el área médica, en el cual en este estudio las mujeres abarcan la mayoría con un número de 16 que nos refleja un porcentaje de 73,9% y con un sexo masculino de 7 que equivale a 26,1%. En una universidad de México, un estudio elaborado en 517 internos arroja que 139 fueron de sexo masculino, que refleja un porcentaje de 30,5% y un total de 316 mujeres con un 69,5%⁽¹⁶⁾. Si bien la muestra de la presente investigación no puede ser extrapolable a una población mexicana, es importante recalcar que el comportamiento es similar.

Según diversos estudios se demuestra que cada vez los internos son de una edad más joven. En esta investigación se logró demostrar que la tendencia de edad ronda entre los 23 y 25 años en la mayoría de la muestra y que solamente hay una minoría con edades de los 26 a los 34 años, que, comparado a un estudio descriptivo y transversal realizado en el Hospital General de Zona ubicado en Baja California, evidencia que el promedio de edad fue de 24 años, con un mínimo de 22 y un máximo de 36 años⁽¹⁷⁾.

En este estudio se revela que la provincia con mayor porcentaje de internos es San José (un total de 39,13%), distribuidos en diferentes zonas. En primer lugar, Pérez Zeledón, donde se encuentran la mayoría con un total de 17,39%; después están Guadalupe, Aranjuez, Tibás, Goicoechea y Moravia en los cuales existe un 4,34% en cada uno de estos. La provincia de Alajuela con un 17,39% y Heredia, Limón disponen de un porcentaje de 13,04% de internos universitarios en cada una de ellas, mientras que en las zonas de Guanacaste y Cartago con un 8,69% cada una de ellas.

En la distribución por lugar de origen relacionado con el lugar de residencia, se observó que algunos practicantes universitarios se tuvieron que desplazar de su tierra natal a otras regiones desconocidas, como el caso del interno de Guápiles, quien se tuvo que trasladar a Liberia; así como algunas personas que son originarias de Heredia que se tuvieron que desplazar hasta la provincia de Limón. Este aislamiento puede tornarse un factor de riesgo para estas patologías, como es el caso de uno de los internos que se trasladó hasta Limón y obtuvo un resultado de ansiedad moderada.

En la distribución por hospitales relacionado con el lugar de residencia, se encontró que la mayoría se concentró en los hospitales de Alajuela y Escalante Pradilla, con un 17,39% de practicantes universitarios cada uno.

En el hospital Calderón Guardia existe 13,04% de internos al igual que en el hospital de Heredia y en éste hay 1 interno que viaja desde San José. Los hospitales de Liberia y Upala presentan un 8,69% en cada uno de ellos.

Esta investigación ayuda a evidenciar el bloque del internado en el que hay una mayor concentración de internos universitarios, en la cual el resultado final fue similar en la mayoría, excepto en el bloque de medicina interna que hubo un 13,04% y en los demás con un 21,73% de internos por bloque.

En la presente investigación se obtiene que los cuadros de ansiedad se presentan en un 69,84% de las mujeres, de las cuales un 26,08% de ellas presentan ansiedad moderada. En el sexo masculino se refleja que hubo un 30,42% con cuadros de ansiedad y 4,34% con ansiedad moderada; en contraste con un estudio realizado en una universidad Chile que refleja que los hombres abarcan un 44,7% de ansiedad leve, en cambio, en el caso de las mujeres fue de un 37,5%. Asimismo, en los hombres solo un 23,4%, alcanza los niveles de sintomatología ansiosa moderada, mientras que las mujeres en esta misma agrupación aparecen con un 37,5%⁽¹⁾, lo que indica en ambas investigaciones que existe una mayor proporción de internos del género femenino en las categorías de gravedad más altas.

Un hospital es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud. En estas áreas, se diagnostican enfermedades y se realizan distintos tipos de tratamientos para mejorar la salud de los pacientes, esto lleva a una gran presión por tener un buen desempeño, que se puede reflejar en un cuadro de ansiedad.

Los resultados según hospital refleja que la provincia de San José se encuentran con el número más alto de internos con ansiedad muy baja y que en los demás hospitales tuvieron un estimado de 4,34% y 8,69% de internos con ansiedad muy baja. Los

centros de salud de tercer nivel con más casos de ansiedad moderada fueron los centros de Heredia y Pérez Zeledón, con 8,69% de practicantes universitarios en cada uno de ellos.

Luego de hacer la clasificación por hospital, se profundizó en el bloque que actualmente están cursando y en el bloque anterior. El test de Beck demostró que donde se encuentra la mayoría de población del estudio con ansiedad muy baja fue en el bloque de cirugía, con un 21,73% de internos universitarios. Estos provenían anteriormente del bloque de medicina interna, en el cual se presenta un alto grado de estrés y conlleva mucha responsabilidad. El segundo bloque con más internos con ansiedad muy baja es el de ginecología que tuvo 17,39%, que antecedían del bloque de cirugía. El tercer bloque con mayor cantidad de internos universitarios con ansiedad muy baja estuvo dividido entre el de medicina interna y pediatría, ambos con 13,04%; los practicantes de medicina interna provenían de ginecología y los de pediatría se encontraban anteriormente en el bloque de atención primaria.

También hubo numerosos casos de ansiedad moderada en los diferentes bloques. Uno de los más afectados fue el de atención primaria que tuvo la máxima cantidad de la población en estudio con un 17,39% y estos provenían del bloque de pediatría, a pesar de que no se puede considerar una asociación directa entre los fenómenos es un dato importante a recalcar.

Otro bloque por resaltar es el de medicina interna en el cual hubo un 8,69% de practicantes con ansiedad moderada, éstos internos provenían del bloque de atención primaria, sin embargo, no se puede catalogar como un factor desencadenante de ansiedad.

Los resultados del test de burnout evidenciaron datos de suma importancia en los practicantes universitarios, ya que un total de 26,08% cumplieron los criterios de Burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal; sobresale que en ésta investigación la categoría de cansancio emocional obtuvo una alta respuesta del 63,03% de los internos universitarios, que equivale a los practicantes que cumplieron los criterios y el 50% de los internos que no cumplieron los otros criterios de Burnout. Comparando estos datos con un estudio de universidades de Perú, los cuales se realizaron en 158 practicantes de medicina, demostró que el 28,8% de internos fueron diagnosticados de síndrome de burnout. Es destacable que en esas investigaciones hubo una alta respuesta en la categoría de despersonalización⁽¹⁸⁾. Aunque los estudios no se pueden comparar en muestra, es relevante que el fenómeno es similar entre las dos poblaciones.

En cuanto al género, la investigación evidenció que el sexo femenino padece del síndrome de burnout con un total de 17,39% y en los hombres se evidencia que hubo un 8,69% de internos universitarios, en comparación con varios análisis desarrollados en el hospital nacional Arzobispo Loayza (Perú), en donde se encuestaron a 187 practicantes, de los cuales 5,35% cumplieron los criterios de Burnout (2 de sexo

masculino y 8 de sexo femenino⁽¹⁸⁾), lo cual demuestra que los dos estudios tienen similitudes en cuanto al género.

Los internos universitarios que presentan el síndrome de burnout están distribuidos en los hospitales de Heredia con 16,66%, San José con un 50% y Cartago con un 33,33%, es importante tomar en cuenta que el indicador de San José, incluye el hospital de Pérez Zeledón.

Este test expondrá los resultados por bloque. El de pediatría tuvo la máxima cantidad de practicantes con 33,33%; es importante resaltar que éstos internos proceden de ginecología. Los restantes como lo son medicina interna, cirugía, atención primaria y ginecología presentaron un 16,66% en cada uno de ellos.

El test de Zung pretende clasificar los niveles de depresión presentes en los internos. Según los resultados generales se visualiza que existen 39,13% de practicantes que manifiestan depresión. En una evaluación realizada en 99 estudiantes de una universidad en México muestra una prevalencia de depresión de un 12,70%, equivalente a 12 internos universitarios⁽¹⁹⁾; es destacable que a pesar de que la presenta investigación tuvo una población pequeña, casi la mitad presentó cuadros de depresión, siendo el caso contrario el estudio realizado en México.

La mayoría de las mujeres sufren cambios en su estado de ánimo relacionados con su ciclo menstrual ⁽²⁰⁾. Las mujeres en este período podrían desarrollar síntomas que se asocien a un trastorno; es conocido que los cambios hormonales son propios de

las diferentes fases del ciclo menstrual, por lo que éstas podrían ser las causantes de las manifestaciones ⁽²⁰⁾, precisamente los síntomas se presentan durante la semana previa al inicio del sangrado menstrual y generalmente mejoran al cabo de unos días después de que comienza la menstruación.

Haciendo referencia al párrafo anterior, la evidencia científica expone los cambios hormonales como posibles coadyudantes de depresión, se denota que en el test de Zung, en la clasificación leve, existe mayor cantidad de mujeres que padecen este trastorno mental, del mismo modo para depresión moderada; en el caso de los hombres también existe la depresión, pero en éste estudio en menor cantidad y gravedad.

Los hospitales de San José encabezan con 17,39% de universitarios ligeramente deprimidos, seguidamente de otros hospitales de la Gran Área Metropolitana y con un nivel moderado encontramos un 4,34% que pertenece al hospital de Cartago.

Los resultados del test de Zung evidenciaron que el bloque con más alto número de internos ligeramente deprimidos fue el de ginecología, pero hay que rescatar que uno de ellos presentó depresión moderada y que anteriormente provenía del bloque de cirugía; éste es un hallazgo que podría condicionar, sin embargo, el presente estudio no explora a cabalidad dicha relación, por lo que se puede plantear la hipótesis para futuras investigaciones.

El bloque de cirugía fue el segundo más alto con un 22,22% de practicantes universitarios que se presentaron ligeramente deprimidos y cabe recalcar que

procedían del bloque de medicina interna; todos los demás bloques como el de pediatría, atención primaria y el de medicina interna tuvieron un 11,11% de internos ligeramente deprimidos.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- En el análisis de los resultados de la investigación, se concluyó que los internos universitarios presentan una condición de ansiedad en distintos niveles, con una prevalencia del 100% en este trastorno mental. Cabe resaltar que aunque sea una muestra pequeña se obtuvo un 30,43% de practicantes universitarios con ansiedad moderada.
- El 40% de los internos evaluados en el presente estudio presentaron cuadros depresivos (casi la mitad de la población en estudio). Lo anterior es un dato relevante debido a que están cursando a penas el primer y segundo bloque del año.
- Se concluye que la prevalencia de los internos universitarios en burnout es de 26,09%, que corresponde a 6 personas del total en estudio. A pesar de tener una población pequeña en estudio, se obtuvieron resultados llamativos, ya que abarca un cuarto de la población en total.
- El estudio determinó que en las tres evaluaciones la mayoría de los practicantes de internado con resultado positivo en los trastornos en estudio pertenecen a los hospitales de San José, incluido el de Pérez Zeledón.

- Se concluye que los indicadores más altos de estos desórdenes mentales se observaron en los bloques de cirugía (ansiedad), pediatría (burnout) y ginecología (depresión).
- El promedio de edad de los internos que actualmente se encuentran realizando su práctica universitaria está entre 23 y 26 años, población bastante joven para presentar los trastornos estudiados.
- San José es la provincia donde reside la mayoría de los practicantes universitarios, seguida por Alajuela.

Recomendaciones

- Practicar técnicas de relajación y meditación, que han demostrado sus aportes positivos en las personas con estos trastornos.
- Incentivar los estilos de vida saludable y hábitos de salud mental como las actividades interpersonales y ejercicio.
- Incentivar la consulta a profesionales de psicología y/o psiquiatría para apoyo de las condiciones emocionales que pueden perjudicar al interno universitario.
- Incentivar la comunicación asertiva entre colegas, así como entre las diferentes profesiones involucradas en la atención de los pacientes.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas y drogas.
- Incentivar hábitos de higiene del sueño.

Bibliografía

1. Santander J, Romero MI, Hitschfeld MJ, Zamora V. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista chilena de neuro-psiquiatría [Internet]. 2011; 49(1): 47-55. Disponible en <http://fcms.ulat.ac.pa/es/investigaciones/Depresion%20Estudiantes%20Graduandos.pdf>.
2. Falla PMG, Ferrand PAS. Prevalencia de sintomatología depresiva en una población estudiantil de la facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá Colombia. Revista de la Facultad de Medicina [Internet]. 1 de abril de 2006 [citado 20 de febrero de 2018]; 54(2): 76-87. Disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43822>.
3. Irrázabal Martínez N. Evaluación de sintomatología depresiva y ansiosa en los estudiantes de medicina de la Universidad de Chile. 2012.
4. Polo JDA, Rosero YEC, Mejura LMD, de la Rosa AJ, De la Rosa Marrugo PE, Arango VM, et al. Frecuencia de depresión, según cuestionario de Beck, en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia), 2014: estudio de corte transversal. Archivos de Medicina (Manizales). 2015; 15(1): 9-24.
5. Trujillo Mendoza H. Hacia una mejor comprensión psicológica de las catástrofes. Behavioral Psychology/Psicología Conductual. 1 de enero de 2007; 15: 339-71.
6. Dice T. La psicología de la conciencia de wilhelm wundt [Internet]. Terapia Online. 2013 [citado 22 de junio de 2018]. Disponible en

<https://terapiaonline.co/4458-2/la-psicologia-de-la-conciencia-de-wilhelm-wundt/>.

7. Cano-Vindel A. Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Ansiedad y estrés. 15 de octubre de 2011; 17: 75-97.
8. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IV [Internet]. 4.^a ed. Barcelona: Masson; 2001. 897 p. Disponible en <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagnc3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>.
9. Borda mia. Manual de codificación: 303.
10. Nakandakari MD, Nieto WC, Gutiérrez AI, Ruiz FN, Raza LE, Salirrozas SC, et al. Síndrome de burnout en estudiantes de medicina pertenecientes a sociedades científicas peruanas: Un estudio multicéntrico: 8.
11. S.A.P EM. OMS: Un 4,4% de la población mundial sufre de depresión y casos aumentan un 18% en 10 años | Emol.com [Internet]. Emol. 2017 [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en <http://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>.
12. World Health Organization, editor. Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2009. 68 p.
13. Depresión encabeza causas de incapacidades en Costa Rica - La Nación [Internet]. [citado 22 de junio de 2018]. Disponible en

<https://www.nacion.com/archivo/depresion-encabeza-causas-de-incapacidades-en-costa-rica/VOYSEBTQQZCJBHOFH7BSKY22TI/story/>.

14. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill; 2007.
15. Síntomas de depresión aumentan durante el internado médico | Español [Internet]. [citado 27 de julio de 2018]. Disponible en: <https://espanol.umich.edu/noticias/2010/04/05/sntomas-de-depresin-aumentan-durante-el-internado-mdico/>.
16. Santos PVD, Valdés SEC. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica [Internet]. 22 de diciembre de 2017 [citado 6 de mayo de 2018]; 15(2). Disponible en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/psm/article/view/29255>.
17. Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Medina-Ramírez MCR, López-Palmer DA, Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, et al. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. Investigación en educación médica [Internet]. junio de 2017 [citado 6 de mayo de 2018]; 6(22): 75-9. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-50572017000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
18. Romero Nuñez E. Representaciones mentales del self en un grupo de pacientes con depresión mayor. Pontificia Universidad Católica del Perú [Internet]. 27 de junio de 2011 [citado 20 de febrero de 2018]. Disponible en <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio//handle/123456789/676>.

19. Universidad de Guadalajara, Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG. Reliability and validation of the scale Maslach Burnout Inventory.
20. Franco MRH. El estado de ánimo de la mujer durante su ciclo reproductivo. :10.
21. López JBG, Martín GH, Morelos JC, Pérez VB. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. Gaceta Médica de México: 7.
22. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.
23. Pastrana, J (2009) Trastornos de ansiedad y estrés. Madrid, Fundación Juan José López Ibor; Fundación Arpegio Morales Is, Murillo Ifh. revisión bibliográfica síndrome de burnout. . ISSN. 32: 6.
24. Preston J. Tú puedes superar la depresión: una guía para la prevención y la recuperación. Barcelona: Obelisco; 2016.
25. Gonçalves Estella F, González Rodríguez VM, Vázquez Castro J, Toquero de la Torre F, Rodríguez Sendín JJ. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad. Madrid: International Marketing & Communication; 2008.
26. Bogaert García H. La depresión: etiología y tratamiento. Ciencia y Sociedad, 1 de junio de 2012. Disponible en <https://revistas.intec.edu.do/index.php/ciso/article/view/artic3722>.

27. Montelongo RV, Zaragoza ACL, Bonilla GM, Bayardo SJV. Los trastornos de ansiedad. Revista Digital Universitaria. 2005; 8.
28. Pánico et. Tipos de trastornos de ansiedad (dsm-iv) y tratamiento.
29. Viedma del Jesús MI. Mecanismos psicofisiológicos de la ansiedad patológica: implicaciones clínicas. [Granada]: Editorial de la Universidad de Granada; 2008.
30. Burillo S. Ansiedad ¡Que alguien me ayude! (versión pdf). Sara Burillo Molinero; 2014. 263 p.
31. Margolis RW. Ansiedad y pánico: guía de emergencia. Alfaomega Grupo Editor; 2017. 173 p.
32. Resnik P, Cascardo E. Ansiedad, estrés, pánico y fobias. Penguin Random House Grupo Editorial Argentina; 2016. 92 p.
33. Molina IS, Martí BA. Comprender la depresión. Editorial Amat; 2010. 113 p.
34. Luciani JJ. Cómo superar la ansiedad y la depresión: qué hacer cuando su vida se descontrola. Un programa innovador, rápido y efectivo. Editorial Amat; 2010. 255 p.
35. Martin GH, Segura PC. Guía clínica para el manejo de la depresión: 44.
36. Jiménez MA, Sánchez NG, Sáiz RE. Depresión y ansiedad: 7.
37. Korman GP. theoretical and clinical models for the conceptualization and treatment of depression. 2011; 15: 27.
38. Fuhrmann CM. La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Revista Cubana de Salud Pública: 3.

39. Londoño Pérez C, González Rodríguez M. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2016 [citado 6 de mayo de 2018]; 315-29. Disponible en http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1136/1144.
40. Esparza RP. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones: 10.
41. Quintanilla JRG. Prevalencia de alteraciones mentales depresión y ansiedad: 76.
42. Vindel AC, Salguero JM, Wood CM, Dongil E, Latorre JM. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento: 10.
43. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva de la depresión: 19.
44. Herlyn S. Bases biológicas de la ansiedad. Parte I: 5.

Anexos

Cuestionario de Burnout

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Cuadro 9. Valores referenciales

Valores de referencia	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	0 – 18	19 – 26	27 – 54
Despersonalización	0 – 5	6 – 9	10 – 30
Realización personal	0 – 33	34 – 39	40 – 56

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽¹⁸⁾.

Cuadro 90. Aspectos evaluados

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Indicios de Burnout obtenidos
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22	Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	Menos de 34

Fuente: Elaboración propia, Datos tomados⁽¹⁸⁾.

Cuestionario de Beck

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Me siento triste todo el tiempo.
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0. No siento que esté siendo castigado.
- 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo

- 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1. He perdido la confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2. Querría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0. No siento que yo no sea valioso.
- 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0. No estoy tan irritable que lo habitual.

1. Estoy más irritable que lo habitual.

2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el apetito

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje total:

Cuestionario de Zung

1. Me siento decaído y triste.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

2. Por la mañana es cuando me siento mejor.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo

4. La mayor parte del tiempo

3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.

1. Poco tiempo

2. Algo del tiempo

3. Una parte del tiempo

4. La mayor parte del tiempo

4. Tengo problemas para dormir por la noche.

1. Poco tiempo

2. Algo del tiempo

3. Una parte del tiempo

4. La mayor parte del tiempo

5. Como la misma cantidad de siempre.

1. Poco tiempo

2. Algo del tiempo

3. Una parte del tiempo

4. La mayor parte del tiempo

6. Todavía disfruto el sexo.

1. Poco tiempo

2. Algo del tiempo

3. Una buena parte del tiempo

4. La mayor parte del tiempo

7. He notado que estoy perdiendo peso.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

8. Tengo problemas de estreñimiento.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

9. Mi corazón late más rápido de lo normal.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

10. Me canso sin razón alguna.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

11. Mi mente está tan clara como siempre.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

14. Siento esperanza en el futuro.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

15. Estoy más irritable de lo normal.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

16. Me es fácil tomar decisiones.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

17. Siento que soy útil y me necesitan.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

18. Mi vida es bastante plena.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.

1. Poco tiempo
2. Algo del tiempo
3. Una buena parte del tiempo
4. La mayor parte del tiempo

Puntaje total:

San José, 17 Mayo, 2018

Dirección de registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

El estudiante **Kevin Soto Espinoza**, cédula de identidad número **4-0224-0029**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"Depresión, Ansiedad y Síndrome de burnout en internos de Medicina en una Universidad Privada de Costa Rica en Marzo, Abril 2018"** el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones. Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	30%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	15%
	TOTAL	100%	90%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,

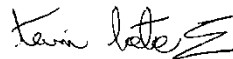


Dr. Christian Valverde Solano
Ced. 1-1375-0845

DECLARACION JUARADA

Yo Kevin Soto Espinoza, mayor de edad, portador de cédula número 4 0224 0029, egresado de la carrera de medicina y cirugía de la universidad hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que castiga en el código penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el tribunal examinador de mi trabajo de tesis para optar el título de licenciatura, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Depresión, ansiedad y síndrome de burnout en internos de medicina en una universidad privada de Costa Rica en marzo, abril 2018, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las leyes penales, así como la ley de derecho de autor y derecho conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la gaceta número 226 del 25 de noviembre del 1982, incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos ni seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la universidad reserva el derecho de protocolizar este documento ante un notario público, en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 17 días del mes de mayo del año dos mil diez y ocho.

Firma: Kevin Soto E.



Cédula: 4 0224 0029

CARTA DEL LECTOR

San José, 4 de julio de 2018

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

El estudiante Kevin Soto Espinoza, cédula de identidad número 402240029, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SINDROME DE BURNOUT EN INTERNOS DE MEDICINA EN UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE COSTA RICA EN MARZO, ABRIL 2018.”**. El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y, la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cumple con los requisitos mínimos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



Dr. Marvin Mora Mayorga
Céd. 206330312
Cód. 12219

San José, 10 de julio de 2018

Facultad de Medicina y Cirugía
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

Yo, Dahiana Jiménez Picado, cédula de identidad 2 0697 0098, número de asociada 222, hago constar que he revisado el documento **“Depresión, ansiedad y síndrome de burnout en internos de medicina en una universidad privada de Costa Rica, en marzo y abril de 2018”**, del estudiante Kevin Soto Espinoza, cédula 4 0224 0029, suscrito bajo la modalidad de Tesis para optar al grado de licenciatura en Medicina y Cirugía.

Doy fe de que se han observado y aplicado las normativas vigentes sobre la corrección de estilo de los componentes notacionales (ortografía), gramaticales (morfosintaxis), lingüísticos (discurso, léxico y semántica) y conceptuales (cohesión y coherencia). Queda a consideración del interesado acatar las correcciones y recomendaciones propuestas en el documento.

Sin más particulares,



Dahiana Jiménez Picado
Filóloga española
Céd. 2 0697 0098
Asociada n.º 222
Tel. 8476 2434