

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL



NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS
DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE
BARCELONA ESTADO ANZOATEGUI ENERO-JULIO 2010.

Profesor Asesor:

Prof.: Humberto Gómez

Co-asesor:

Prof.: Fernando Bravo

Trabajo de grado presentado por:

Jiménez Carlos C.I: 14.596.523

Leras Romina C.I: 16.055.881

Ramos Rosmering C.I:16.673.144

Como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano
Barcelona, Febrero de 2011.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL



**NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST
GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE
BARCELONA ESTADO ANZOATEGUI ENERO-JULIO 2010.**

Asesor:

Prof.: Humberto Gómez

Co-asesor:

Prof.: Fernando Bravo

Trabajo de grado presentado por:

Jiménez Carlos C.I: 14.596.523

Leras Romina C.I: 16.055.881

Ramos Rosmering C.I:16.673.144

**Como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano
Barcelona, Febrero de 2011.**

DEDICATORIA

A Dios por sobre toda las cosas por darme la fuerza y la voluntad para obtener mis metas.

A mi madre que me enseñó el amor por la medicina, la responsabilidad del ser médico y que ninguna meta sin sacrificio es gratificante.

A mi padre que desde joven me demostró como ser un hombre de bien.

A mi tío que siempre ha sido como un segundo padre.

A mis tías que me han apoyado como mi madre en las buenas y las malas.

A mis primos que son mis hermanos que todo seremos hombres y mujeres de provecho algún día.

A Rosme por acompañarme en los últimos años de la carrera y enseñarme un poco mas de humildad hacia la vida.

A mis abuelos que aunque no se encuentren a mi lado deben sentirse orgullosos.

A Robirito que Dios te tenga en la gloria

Carlos Jiménez

DEDICATORIA

A dios por estar siempre conmigo y permitirme lograr todas mis metas y mis sueños.

A mi madre y padre Ingrid Pimentel y Julio Ramos por ser gran ejemplo de superación, por estar siempre a mi lado apoyándome y luchando conmigo para lograr este triunfo, cada una de las letras de este trabajo es para ustedes, *Te amo mami, Te amo papi.*

A mis hermanos Ingmer, Adaling y Julito, que vean esta meta alcanzada como ejemplo a seguir, son mi mundo los quiero y adoro muchísimo.

A mis abuelos Rosa y Raúl, a mis tíos Priscila, Nena, Nélide, Rosiris, Fanny, Luis y Enrique, que siempre me dieron una palabra de apoyo durante toda mi carrera.

A ti Carlos por acompañarme, darme fuerzas en esos momentos difíciles y estar conmigo en las buenas y en las malas, gracias por ser, por estar y por existir.

A mi abuela Mercedes, a mi tía Nene, a mi tía Nena y a mi tío Raulito que dios los tenga en la gloria, parte de este logro se los dedico a ellos, siempre confiaron en mi, siempre quisieron acompañarme en este momento y aunque no estén físicamente se que desde el cielo me ven y están a mi lado espiritualmente brindándome todo su apoyo, los amo y siempre los recuerdo.

Rosmering Ramos

DEDICATORIA

A Dios por darme sabiduría y paciencia para llegar hasta aquí, porque todo tiene su momento y su tiempo es perfecto.

A mis padres, Jorge Leras y Deyanira Mirabal, por su apoyo, comprensión y amor, por ustedes y para ustedes. Los amo.

A mis hermanos Jorge, David y Samuel, por su compañía, sin ellos hubiese sido muy aburrido, los amo

A mi bella América, por sus ejemplos de fortaleza y dedicación, por ser una madre para mí, te amo ti.

A mi adorada Teo... siempre presente... siempre guiándome...te amo...

A Vanessa Velásquez por enseñarme que puedo lograr lo que me proponga, no importa las adversidades... luv ya sis.

A José Tadeo Velásquez, sencillamente por ser quien eres... Luv ya mofo!

A mis tías, tíos y primos que siempre tuvieron una palabra de apoyo y darme fuerzas para continuar.

A Milagros Mendoza por ser más que una amiga... te quiero mucho.

A mi Johi por su compañía incondicional, por sus consejos y por ser un sol para mi, luv you so much...

A María Pabon, Yhesvelin Gómez y María Daza, por ser mis compañeras y amigas... Las Quiero

A Omar Fermín por ser mi compañero en la etapa más difícil de mi carrera y por siempre estar presente... te quiero muchisisisimo

A Néstor Chirino, Elam y Mima, por su confianza y cariño, los quiero.

A Lya Blandin, por ser esto lo que siempre quisiste, siempre en mi pensamiento.

Romina Leras

AGRADECIMIENTOS

A dios por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud para lograr nuestros objetivos.

A nuestros padres, que a ellos les debemos cuanto somos.

A nuestros hermanos, por estar siempre en los momentos más difíciles.

A nuestros abuelos, tíos y primos, que siempre tuvieron una palabra de apoyo para nosotros durante nuestros estudios.

A nuestro asesor académico Prof. Humberto Gómez, por guiarnos en la elaboración de este trabajo.

A nuestro asesor académico Prof. Fernando Bravo, por su apoyo, por brindarnos su ayuda incondicional en los momentos más críticos de la elaboración de este proyecto.

A la universidad de Oriente y en especial a la escuela de Ciencias de la Salud por permitirnos ser parte de una generación de triunfadores y gente productiva para nuestro país.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Autores:

Br. Jiménez Carlos.
Br. Leras Romina.
Br. Ramos Rosmering.

Asesor:

Prof. Humberto Gómez

Fecha:

Diciembre de 2010.

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la presencia de ansiedad en los Residentes de los post grados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona, en el periodo de Enero a Julio de 2010, a través de un trabajo de investigación de tipo: transversal, unicéntrico, de diseño retrospectivo y descriptiva. Resultados: El grupo etario de mayor representatividad en la investigación fue el grupo correspondiente a los 25 y 29 años, con un 52,78%. En relación a los niveles de ansiedad el 56.75% de la muestra estudiada presento ansiedad leve, un 17.56% ansiedad moderada, un 1,35% ansiedad grave y un 24.32% no presento sintomatología ansiosa; este hecho pone de manifiesto que la ansiedad en los médicos que conforman los diversos postgrados es elevada con una tasa que alcanza el 75%. Fue el género femenino quien presentó mayores casos de ansiedad con un 48.61%. En relación al estado civil y presencia de ansiedad se pudo determinar que el grupo con más casos de sintomatología ansiosa fueron los casados con un 81, 57%. En relación a los indicadores de ansiedad evaluados en los médicos residentes mediante la escala de Hamilton, se encontró que fueron las Funciones intelectuales y los Síntomas gastrointestinales los que predominaron como manifestación de ansiedad con un 34.72% y 27.72% respectivamente. Los más afectados fueron los residentes de 1er año, el post grado que obtuvo mayor proporción de ansiedad se encuentra primeramente el postgrado de Cirugía General con un 100%, seguido por Medicina Interna y Anestesiología con un 83.33%, Ginecología y Obstetricia con un 78,57%.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad, Médico Residente.

INDICE DE TABLAS

	Pág
1.- DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL GRUPO ETARIO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	45
2.- DISTRIBUCION SEGÚN NIVELES DE ANSIEDAD DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	46
3.- DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN GRUPO ETARIO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	47
4.- DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN GENERO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	49
5.- DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	50
6.- DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN TENENCIA DE HIJOS DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	51

7.- DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN LA ESPECIALIDAD DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	53
8.- DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN AÑO DE RESIDENCIA DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	55
9.- DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGÍA NO PSIQUIÁTRICA DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	56
10.-INDICADORES DE ANSIEDAD PSÍQUICA SEGÚN TEST DE HAMILTON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	57
11.- INDICADORES DE ANSIEDAD SOMATICA SEGÚN TEST DE HAMILTON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	59

INDICE DE GRÁFICOS

	Pag
<p>GRAFICA 1. DISTRIBUCION SEGÚN EL GRUPO ETARIO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. EDO. ANZOATEGUI. ENERO-JULIO 2010.....</p>	45
<p>GRAFICA 2. NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. EDO. ANZOAEGUI. ENERO-JULIO 2010.....</p>	46
<p>GRAFICA 3. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL GRUPO ETARIO EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. EDO. ANZOAEGUI. ENERO-JULIO 2010.....</p>	48
<p>GRAFICA 4. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL GENERO EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....</p>	49
<p>GRAFICA 5. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL ESTADO CIVIL EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....</p>	50
<p>GRAFICA 6. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN LA TENENCIA DE HIJOS EN LOS RESIDENTES DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....</p>	52

GRAFICA 7. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN LA ESPECIALIDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	54
GRAFICA 8. NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL AÑO DE RESIDENCIA EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	55
GRAFICA 9. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGÍA NO PSIQUIATRICA EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	56
GRAFICA 10. INDICADORES DE ANSIEDAD PSIQUICA SEGÚN TEST DE HAMILON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	58
GRAFICA 11. INDICADORES DE ANSIEDAD SOMATICA SEGÚN TEST DE HAMILON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR. “LUIS RAZETTI” BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.....	59

INDICE

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	VII
RESUMEN	VIII
INDICE DE GRÁFICOS	XI
INTRODUCCIÓN	16
CAPITULO I	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.1. OBJETIVO GENERAL	18
1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	18
2. JUSTIFICACIÓN	19
CAPITULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1.- GENERALIDADES SOBRE LOS TRASTORNOS ANSIOSOS ...	21
2.2.- ANSIEDAD ADAPTATIVA VS ANSIEDAD PATOLOGICA.....	21
2.3.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	23
2.3.1.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	24
2.3.2.- CRISIS DE ANGUSTIA	24
2.3.3.- AGORAFOBIA	24
2.3.4.- FOBIA ESPECÍFICA	24
2.3.5.- FOBIA SOCIAL	24
2.3.6.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	24
2.3.7.- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	24
2.3.8.- TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO	24
2.3.9.-TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA	24
2.3.10.- TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS	24

2.4.- SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD PATOLÓGICA	24
2.4.1.- SÍNTOMAS COGNITIVOS	24
2.4.2.- SÍNTOMAS MOTORES	25
2.4.3.- SÍNTOMAS PSICOFISIOLÓGICOS	25
2.5.- ESTRÉS	26
2.6.- SINDROME DE BURNOUT	27
2.7.- RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SINDROME DE BURNOUT	29
2.8.- IMPACTO REAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	30
2.9- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION: ESTUDIOS REALIZADOS	34
CAPITULO III	40
MARCO METODOLÓGICO	40
3.1.-TIPO DE INVESTIGACIÓN	40
3.2.-POBLACIÓN Y MUESTRA	40
3.2.1. POBLACIÓN	40
3.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
3.3.1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42
3.3.2. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	43
3.4.-MATERIALES Y MÉTODOS	44
3.5. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	44
CAPITULO IV	46
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	46
CAPITULO V	66
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
5.- CONCLUSIONES	66
6 RECOMENDACIONES	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

INTRODUCCIÓN

La ansiedad como fenómeno emocional o síntoma clínico es, quizás, el más frecuente en la población general, se establece que hasta un 20% de la población sana ha experimentado ansiedad en un momento u otro de su vida. Uno de los estudios epidemiológicos de mayor validez a nivel mundial realizado en la década de los 80 en los Estados Unidos (Epidemiological Catchment Area Survey ECA, 1984), reveló que los trastornos de ansiedad han sobrepasado a los depresivos como los más frecuentes en la población general, tendencia que sigue en aumento en la actualidad y la cual se estima que para el año 2020 sean los trastornos de ansiedad y depresivos los que encabecen la lista de morbilidad y discapacidad a nivel mundial (OMS, 2004).

Es por tal motivo que dentro de los trastornos mentales abordados y de mayor interés, por el incremento en su prevalencia, se encuentren los trastornos de ansiedad que se caracterizan, de modo general, por sensaciones subjetivas de tensión más o menos intensas e intranquilidad difusa, no necesariamente relacionadas con factores externos. La ansiedad puede ser entonces tanto un estado emocional transitorio como una causa subyacente de determinadas situaciones.

Diversos estudios realizados han logrado demostrar la estrecha relación entre diversas actividades profesionales y los niveles de ansiedad en determinados sujetos; Galindo y col. (2009), realizaron un estudio con el objeto de analizar la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión y factores académicos y socio familiares asociados en estudiantes universitarios. Concluyendo que la elevada frecuencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios está relacionada con factores sociales, familiares y por el estrés académico.

Así mismo Toews, Lockyer y cols. (2001), en un estudio realizado en cuatro escuelas de medicina canadienses donde se evaluaron estudiantes de medicina, residentes y graduados de otras áreas de las ciencias de la salud, encontraron que los estudiantes de medicina y residentes experimentaban estrés a niveles aceptables y elevados niveles de ansiedad. Además de los hallazgos antes mencionados, las mujeres involucradas en el entrenamiento médico (médicos residentes, estudiantes y especialistas) tienen riesgos más altos que los varones de presentar alteraciones en su estado de salud general (Sundquist J; Johansson SE. 2000).

Daugherty S. y colaboradores en su estudio de Privación del sueño en estudiantes de medicina y residentes de primer año de diversos post grados, encontraron datos que orientan a pensar que el insomnio producto de las largas jornadas laborales es el indicador de mayor riesgo de depresión y ansiedad en médicos a los cuales se les realizó un seguimiento en el transcurso de 30 años, entre otros factores relacionados, como la alimentación inadecuada, la falta de ejercicio físico, falta de relajación y poco tiempo libre.

Basándonos en la información previamente expuesta surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los niveles de ansiedad de los residentes de los postgrados del H.U.L.R?, ¿Cuál es la relevancia de analizar la ansiedad de los residentes de los postgrados del H.U.L.R? ¿Qué importancia tiene la identificación de los factores de riesgo involucrados en la presentación de ansiedad? ¿Cómo podemos intervenir para disminuir los niveles de ansiedad de los residentes de los postgrados del H.U.L.R?

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia de ansiedad en los Residentes de los Post Grados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti”, Barcelona, Edo. Anzoátegui. Enero-Julio 2010.

1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.2.1. Identificar los niveles de ansiedad en los Residentes de los Post Grados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti”. Barcelona, Edo. Anzoátegui. Enero-Julio 2010.

1.2.2. Determinar la presencia de ansiedad según grupo etario, género, estado civil, número de hijos, especialidad, año de residencia, antecedentes personales de patologías no psiquiátricas, en los Residentes de los Post Grados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti”. Barcelona, Edo. Anzoátegui. Enero-Julio 2010.

1.2.3. Resaltar la importancia de la identificación de los factores de riesgo para la presentación de ansiedad en los Residentes de los Post Grados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti”. Barcelona, Edo. Anzoátegui. Enero-Julio de 2010.

2. JUSTIFICACIÓN

La apertura de los Postgrados en la carrera de Medicina por parte de los diversos Hospitales del país, ha significado una buena oportunidad de generar un excelente recurso médico, con el fin de satisfacer las urgentes necesidades que aquejan a la población en el área de salud.

Los programas de especialización en medicina se desarrollan a partir de un entrenamiento teórico-práctico, en donde el médico residente aplica sus conocimientos académicos en los pacientes que ameritan valoraciones y manejo especializado. En la actualidad el Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona cuenta con 18 post grados, que agrupa un total de 148 médicos residentes; pero a pesar de esta valiosa oportunidad, el médico residente se ve sometido a una intensa jornada de trabajo (de hasta 36 horas continuas), guardias nocturnas y diurnas, exigencias académicas, problemática familiar y personal, dificultades económicas, y otros estresores que, indiscutiblemente causan repercusiones en su estado de salud en general.

La dedicación e intensidad de la Medicina Moderna, implica un agotamiento físico y psíquico, que en muchas ocasiones puede llevar a los residentes a padecer de síntomas aislados de tipo psicopatológico o trastornos psiquiátricos propiamente dichos, en especial trastornos de ansiedad, que como es bien sabido en uno de los trastornos más frecuentes en la actualidad.

La naturaleza del entrenamiento médico per se representa para el Médico Residente un evidente agente generador de ansiedad tal como lo manifestaron Guthrie, Black y cols. (2001) en un estudio prospectivo, longitudinal en alumnos del último año de la carrera de medicina y en médico residentes.

Sustentándonos en la información antes expuesta y tomando en cuenta que las investigaciones en el campo de la salud mental de los profesionales de la salud, es escasa en nuestro medio, se considero pertinente la realización de un trabajo de investigación de tipo retrospectivo, transversal, unicéntrico y descriptivo, para determinar la presencia de ansiedad en nuestros residentes e identificar los niveles de la misma, lo cual constituirá un buen aporte para actuar en forma efectiva y eficaz en la prevención y tratamiento oportuno y de esta manera tratar de disminuir los niveles de ansiedad en el futuro generando estrategias en pro del bienestar psíquico de los residentes, contribuyendo esto al proceso de formación especializada y nivel que se desea alcanzar, así como también, evitar que se desarrollen patologías como trastornos de ansiedad y/o síndrome de burnout, entre otros.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- GENERALIDADES SOBRE LOS TRASTORNOS ANSIOSOS

Los Trastornos de Ansiedad son considerados como los trastornos mentales más prevalentes en la actualidad, engloban toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, la presencia de ansiedad extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

La Ansiedad es una experiencia prácticamente universal. Una cita importante, una entrevista de trabajo, la percepción de una situación como potencialmente peligrosa, un examen crucial son experiencias a las que las mayoría de la personas se enfrentan en alguna ocasión y dónde experimentan los síntomas característicos de la respuesta de ansiedad; taquicardia, palmas de las manos sudorosas, preocupación, aceleración de la respiración, temor, aprensión, rigidez muscular, etc.

Los Trastornos de Ansiedad, en cambio, son trastornos psicológicos que difieren cuantitativa y cualitativamente de las sensaciones relacionadas con los nervios o la agitación que surgen espontáneamente cuando debemos hacer frente a una situación desafiante, intimidante o potencialmente peligrosa para nuestra propia integridad. Los Trastornos de Ansiedad tienen la capacidad potencial de llegar a interferir negativa y significativamente con la habilidad de un individuo para desenvolverse y adaptarse con éxito a su entorno habitual.

Los síntomas característicos de los Trastornos de Ansiedad difieren de los sentimientos habituales de nerviosismo e inquietud en que se manifiestan

externamente como reacciones desproporcionadas y/o injustificadas ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas, reacciones que escapan del control voluntario de la persona tienen un carácter intenso y recurrente, generan incomodidad y malestar e interfieren significativa y negativamente en la vida de la persona en múltiples niveles.

En lugar de cumplir su función natural y primigenia, es decir, actuar como mecanismos de preparación, atención, protección y alerta frente al peligro, estos signos de activación emocional pierden su valor adaptativo y convierten a algunas situaciones o eventos cotidianos en fuentes potenciales de terror y pánico. Cuando este tipo de trastornos no son adecuadamente diagnosticados y tratados con el paso del tiempo y de la progresión de la enfermedad pueden impulsar a la persona a adoptar toda una serie de medidas extremas de evitación y/o huida que le mantengan 'seguro' de las fuentes de peligro percibido, desde evitar salir de casa hasta esquivar cualquier tipo de contacto social. Este tipo de medidas afectan intensamente a la calidad de vida de la persona afectada por este tipo de trastornos, tanto a nivel personal como familiar, social o laboral.

2.2.- ANSIEDAD ADAPTATIVA VS ANSIEDAD PATOLÓGICA

Es importante destacar que la ansiedad, por sí misma, no es una reacción negativa o necesariamente patológica, sino más bien todo lo contrario, cumple una función esencial para la supervivencia del individuo, como mecanismo clave de activación y alerta ante posibles peligros, amenazas o exigencias ambientales, facilitando el afrontamiento rápido, ajustado y eficaz ante este tipo de situaciones.

Cuando percibimos una situación o acontecimiento como potencialmente peligroso o desafiante, toda una serie de mecanismos internos se ponen en funcionamiento para permitirnos reaccionar con éxito y rapidez. De hecho los rasgos

asociados a la ansiedad no son más que el reflejo externo de la intensa actividad interna por el que nuestro propio cuerpo atraviesa para hacer frente a la situación percibida como potencialmente amenazante. Detengámonos en esta idea a través del análisis de algunos síntomas típicos asociados a una respuesta de ansiedad:

1. Aumento de la Tensión Muscular.
2. Incremento del Pulso y la Tensión.
3. Aceleración del Ritmo Respiratorio.
4. Incremento de la Transpiración.
5. Ralentización de otras Funciones Corporales Secundarias.

Como se puede observar, se trata de mecanismos fundamentales para asegurar nuestra supervivencia ante situaciones límite y su importancia es fundamental e indiscutible. Los problemas hacen su aparición cuando estas mismas 'respuestas de emergencia' se producen fuera de su contexto, alejadas de su función primitiva, ante estímulos no justificados y presentan un carácter intenso, recurrente e incapacitante para el propio individuo. Muchas personas acaban percibiendo (o anticipando cognitivamente) algunas situaciones concretas y actividades cotidianas como fuentes de auténtico pánico o terror y las respuestas de ansiedad, en un principio adaptativas, acaban convirtiéndose en profundamente patológicas.

2.3.- CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Tomando como referencia el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995), así como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1992), podemos agrupar los Trastornos de Ansiedad en diez grandes categorías:

- 2.3.1.- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
- 2.3.2.- CRISIS DE ANGUSTIA
- 2.3.3.- AGORAFOBIA
- 2.3.4.- FOBIA ESPECÍFICA
- 2.3.5.- FOBIA SOCIAL
- 2.3.6.- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
- 2.3.7.- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO
- 2.3.8.- TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO
- 2.3.9.-TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA
- 2.3.10.- TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

2.4.- SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD PATOLÓGICA

Si bien cada uno de los Trastornos de Ansiedad anteriormente enumerados se caracterizan por presentar un cuadro de síntomas bien definido y diferenciado que sirven de base para la elaboración de los criterios diagnósticos específicos utilizados en la actualidad, sí que es posible extraer aquellas pautas o síntomas característicos comunes en la mayor parte de ellos y que caracterizaría lo que se denomina 'La Respuesta de Ansiedad Patológica'.

Tomando como referencia la distinción clásica de los tres sistemas de respuesta humana podemos agrupar los síntomas típicos de la Ansiedad Patológica en tres grandes apartados:

2.4.1.- SÍNTOMAS COGNITIVOS

- ✓ Preocupación injustificada, intensa y constante.
- ✓ Inseguridad y pérdida de la confianza en sí mismo.

- ✓ Sentimientos de inadecuación, inferioridad o incapacidad.
- ✓ Anticipación excesiva y desadaptativa de potenciales peligros o amenazas.
- ✓ Miedo o temor desproporcionado, injustificado e irracional.
- ✓ Entorpecimiento y dificultades en los procesos de toma de decisiones.
- ✓ Aprensión generalizada.
- ✓ Pensamientos distorsionados y creencias negativas e irracionales.
- ✓ Problemas de concentración.
- ✓ Sensación general de desorganización y desestructuración.
- ✓ Indefensión o sensación de pérdida de control sobre el ambiente y los sucesos

2.4.2.- SÍNTOMAS MOTORES

- ✓ Movimientos torpes y desorganizados.
- ✓ Tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal.
- ✓ Hiperactividad.
- ✓ Conductas sistemáticas y planificadas de evitación.
- ✓ Retraimiento y aislamiento social.
- ✓ Enlentecimiento motor.
- ✓ Rituales y comportamientos compulsivos.

2.4.3.- SÍNTOMAS PSICOFISIOLÓGICOS

- ✓ Temblores, fatiga, tensión muscular, hormigueo y dolor de cabeza tensional.
- ✓ Sequedad de boca, sudoración excesiva o mareos.

- ✓ Palpitaciones, sudoración, pulso acelerado e incremento de la tensión arterial.
- ✓ Molestias gastrointestinales, náuseas, vómitos, diarrea y aerofagia.
- ✓ Opresión en el tórax, sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial.

Con el paso del tiempo, y si no reciben el tratamiento adecuado, estos rasgos característicos de la Respuesta de Ansiedad Patológica acaban consolidándose y perpetuándose, conduciendo inexorablemente al desarrollo de las diferentes manifestaciones clínicas de los Trastornos de Ansiedad anteriormente mencionados, e incluso en no pocas ocasiones los Trastornos de Ansiedad son los verdaderos responsables (latentes y ocultos) de la aparición y desarrollo de otros trastornos asociados como la depresión, los procesos psicósomáticos, los trastornos de la conducta alimentaria o el abuso de sustancias tanto legales (psicofármacos, tabaco y alcohol) como ilegales (cocaína, opiáceos y marihuana).

2.5.- ESTRÉS

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

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano. Algunos

ejemplos son los olvidos (incipientes problemas de memoria), alteraciones en el ánimo, nerviosismo y falta de concentración, entre otros síntomas.

Es una patología emergente en el área laboral, que tiene una especial incidencia en el sector servicios, siendo el riesgo mayor en las tareas en puestos jerárquicos que requieren mayor exigencia y dedicación.

El estrés crónico está relacionado con los trastornos de ansiedad, que es una reacción normal frente a diversas situaciones de la vida, pero cuando se presenta en forma excesiva o crónica constituye una enfermedad que puede alterar la vida de las personas.

2.6.- SINDROME DE BURNOUT

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”, fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973. A partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Se observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes (Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue 2000 1: 41- 43). Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas (Bermann S. 1990, 51:23-25)

Freudenberger describe el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía (Jacob A. 2004; 3: 69-76.) El síndrome

de Burnout ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach (1976), quien lo dio a conocer en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud (Zaldúa G, Lodiue M, 2000, 115- 117).

El síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Hamson W, 2005 31: 29-31). Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de salud debida a la relación profesional-paciente y por la relación profesional- organización. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge (Giberti E. Alerta 2004).

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realice; de allí que la prevalencia oscile entre 17.3 (Gil P. 2002), y 30% (Del Río M, 2003.) en diferentes regiones de España y se hallen cifras similares en Chile, donde se obtuvo una de 31% (2004).

Un estudio realizado por la Clínica Mayo valoró las respuestas a una encuesta realizada a 1.098 estudiantes de medicina de tres facultades de Minnesota, de los que respondieron el 50%. Los resultados de la misma muestran que cuanto más se aproximaban los estudiantes al final de su formación médica, más probabilidades tenían de estar quemados; se encontró que el 45 % de los estudiantes que participaron en el estudio presentan el SB antes de graduarse. El informe concluye: “La medicina

no sólo quema a los médicos; los estudiantes de medicina ya empiezan a experimentar algunos síntomas de lo que se conoce como síndrome de desgaste profesional o Burnout antes incluso de empezar su vida laboral”.

2.7.- RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y SINDROME DE BURNOUT

El síndrome de Burnout está estrechamente relacionado con la ansiedad debido a que, la mayoría de los profesionales de la salud o aquellos profesionales que trabajan directamente con personas se ven expuesto a una serie de estresores organizacionales que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual a cierto nivel de ansiedad. Esta respuesta a la carga laboral puede dar lugar a comportamientos adaptativos, que conducen necesariamente al aprendizaje y la satisfacción profesional, o a un fracaso de los mecanismos compensatorios de adaptación, que provocan ineludiblemente el desgaste y la insatisfacción profesional.

Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes de tipo psicosomático se hallan: fatiga crónica, dolor de cabeza, alteración del sueño, baja de peso, gastritis y dolor muscular. Se señalan entre las manifestaciones conductuales: ausentismo laboral, abuso de sustancias (café, alcohol, tabaco, psicofármacos), aumento de conductas violentas, relaciones humanas superficiales y comportamiento de alto riesgo. Entre las alteraciones emocionales: aburrimiento y actitud cínica, distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, dificultad para la concentración, depresión y/o ansiedad y conflictos con el grupo familiar. A nivel biológico se producen cambios, tales como aumento de la presión arterial, de los niveles de colesterol y triglicéridos, así como del riesgo de enfermedades coronarias, además de respuesta autoinmune deficiente, colitis y alteraciones en el apetito y el ciclo de sueño vigilia.

Se considera al Burnout como un síndrome constituido por tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal (Maslach y Jackson, 1981).

El agotamiento emocional se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañados de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ANSIEDAD y la irritabilidad.

La despersonalización se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que son la verdadera fuente de los problemas. Se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales.

La baja realización personal se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima. Generalmente afecta al rendimiento laboral, sobre la base de una autoevaluación negativa, a veces encubierta con una actitud de "omnipotencia" que hace redoblar los esfuerzos aparentando interés y dedicación aún mayores, que, a la larga, profundizan el Burnout.

2.8.- IMPACTO REAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Algunos datos básicos y una selección de estadísticas extraídas de diversas investigaciones recientes nos permitirán entender, con mayor precisión y en su

verdadera dimensión, el impacto real que sobre la población ejerce este tipo de trastornos, así como constatar la aparente contradicción que se puede observar al comparar la prevalencia e impacto de este tipo de trastornos y los recursos que desde las administraciones públicas se ponen a disposición de los profesionales especializados para combatir eficazmente este tipo de enfermedades mentales, lo que ha llevado a numerosos expertos a considerar a los Trastornos de Ansiedad como la verdadera epidemia silenciosa del siglo XXI.

Datos de la Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaban en aproximadamente 450 millones el número de personas aquejadas de algún tipo de trastorno mental en todo el mundo.

Los Trastornos de Ansiedad son considerados en la actualidad como el trastorno mental más común en los Estados Unidos. En algún momento de sus vidas se prevé que cerca del 25% de la población experimentará algún tipo de Trastorno de Ansiedad.

Uno de cada ocho Norteamericanos entre los 18-54 años padece algún tipo de Trastorno de Ansiedad. Este porcentaje de la población representa a más de 19 millones de personas.

Se calcula que cerca de 2.4 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, aproximadamente el 1.7% de la población, padecen Trastorno de Pánico. Este tipo de Trastorno de Ansiedad, por lo general, se desarrolla al final de la adolescencia o principio de la edad adulta.

Aproximadamente 3.3 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, el 2.3% de la población, sufren el Trastorno Obsesivo-Compulsivo cada año. Los

primeros síntomas de la enfermedad se manifiestan durante la niñez o el inicio de la adolescencia.

Cerca de 5.2 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, el 3.6% de la población padecen cada año el Trastorno por Estrés Postraumático. Este trastorno puede originarse a cualquier edad, incluso en la infancia, como respuesta a cualquier evento traumático.

La Agorafobia es sufrida por 3.2 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, lo que representa un 2.2% de la población dentro de ese grupo de edad. Por lo general, la Agorafobia tiende a aparecer al final de la adolescencia o principio de la edad adulta.

Aproximadamente 4 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, cerca del 2.8% de la población, sufren cada año el Trastorno por Ansiedad Generalizada. Si bien puede aparecer en cualquier momento del ciclo vital, las mayores probabilidades se concentran entre el final de la infancia y mediados de la edad adulta.

Cerca de 5.3 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, sobre el 3.7% de la población sufren Fobia Social. La edad de comienzo habitual se sitúa en el final de la niñez y el principio de la adolescencia.

La Fobia Específica es experimentada por 6.3 millones de Norteamericanos entre los 18-54 años, cerca del 4.4% de la población. La aparición es especialmente común durante la infancia.

Las personas afectadas por los diferentes Trastornos de Ansiedad experimentan, entre otros síntomas, ataques de pánico y crisis de angustia recurrentes, dificultades de concentración, pensamientos y creencias irracionales, miedos desproporcionados y

paralizantes, adhesión involuntaria a rituales y comportamientos compulsivos, flashbacks patológicos e incontrolables, pesadillas frecuentes, distorsiones cognitivas, dificultades para conciliar el sueño o innumerables procesos psicosomáticos de intensidad y gravedad variables.

Es relativamente frecuente que los Trastornos de Ansiedad se presenten junto a otro tipo de trastornos psicológicos, como los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias o los trastornos del comportamiento alimentario.

Las mujeres presentan un riesgo dos veces superior al de los hombres de padecer este tipo de trastornos psicológicos.

Se calcula que el costo económico, tanto directo como indirecto, asociado a los Trastornos de Ansiedad, sólo en Estados Unidos, alcanzan los 46.6 billones de dólares anuales.

Debido a la falta de información generalizada, tanto entre la población general como entre los propios profesionales médicos, así como a la supervivencia del estigma asociado a los trastornos mentales, menos del 30% del total de los pacientes afectados buscan tratamiento por parte de profesionales cualificados y especializados. Las personas que sufren Trastornos de Ansiedad deben recorrer una media de cinco especialistas médicos antes de lograr que su trastorno real sea diagnosticado de forma precisa.

2.9- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION: ESTUDIOS REALIZADOS

El impacto psicológico que generan los problemas de salud mental en la actualidad, se ven de manifiesto y de forma progresiva en el deterioro físico, psicológico y social llegando al punto de tener alarmantes resultados. La Ansiedad es un problema que trasciende socialmente, no solo por su incidencia numérica, sino también porque los comportamientos ansiosos alteran en gran manera el papel biopsicosocial de quienes los experimentan. “Recientemente un artículo de la Revista American Journal of Psychiatry, constató que los síntomas ansiosos interfieren en el desempeño laboral, familiar y social.

Esto sugiere que la Ansiedad, desde el punto de vista corporal no tiene definido un riesgo marcado de enfermar o morir, sin embargo está claro que disminuye la calidad de vida de quien la padece, además progresivamente puede desarrollarse cierta alteración previa, dando muestras de ansiedad mantenida en situaciones más o menos normales. Lamentablemente en nuestro país no existe una cultura de prevención que refleje el cuidado de la Salud Mental en los profesionales con mayor nivel de exigencia como los profesionales de la salud, que permita mejorar el entorno y la calidad de vida de los mismos.

Además, los estudiantes de medicina general y de especialidades no son diferentes, desde el punto de vista epidemiológico, del resto de la población en la probabilidad de sufrir síntomas o enfermedades psiquiátricas. La naturaleza del entrenamiento médico (los tipos de horarios, guardias, etc.) representan para el individuo un evidente estresor psicológico tal como lo manifestaron Guthrie, Black y cols.,(1998) en un estudio prospectivo, longitudinal en alumnos del último año de la carrera de medicina en una investigación realizada en estudiantes de medicina en la

China, encontraron como estresores productores de ansiedad, los siguientes: estado general de salud deficiente, reducción del ejercicio físico, problemas financieros familiares, presiones por exámenes, menos tiempo libre, conflictos con compañeros, competitividad académica e introversión.

En un estudio realizado por Fagnani en la Universidad de Sao Paulo en el cual se describen los aspectos demográficos, ocupacionales y clínicos de los residentes de múltiples áreas de la medicina así como de otros trabajadores de la salud que acudieron a los servicios de salud mental de dicha Universidad. Se concluye en dicho estudio que la depresión y ansiedad fueron los diagnósticos más frecuentes en la muestra poblacional, mismos que mostraron rasgos suicidas en un 22.3%. Concluyen advirtiendo que el primer año de estudios en cualquier área de la salud es el más estresante, especialmente para las mujeres y los casados; que los síntomas de ansiedad y depresión son muy comunes, reflejando un proceso de readaptación. Este estudio al igual que varios otros enfatiza la necesidad de la creación de una estructura formal y confidencial de servicios de salud mental dentro de los programas académicos de los profesionales de la salud (Fagnani Neto y cols. 2004)

Robert, Hardee y cols, en su estudio publicado en 1996, resaltaron que la importancia de analizar el estado de salud mental de los médicos residentes que cursan los postgrados de medicina en Honduras, es menester para caracterizar y perfilar al médico residente que ingresa a un postgrado, y al cual se le ha dado muy poca importancia en cuanto a su bienestar psíquico, contribuyendo esto al deterioro y disfuncionalidad personal, familiar, profesional y social de estos médicos en proceso de formación especializada.

Entre otros tipos de estudios relacionados con los programas de educación médica en general, se menciona los publicados en el New England Journal of

Medicine, el 28 de octubre de 2004, mismos donde se hace referencia al número de horas/trabajo y su impacto en el nivel de atención y en la ocurrencia de errores médicos, concluyendo estos, con que reducir el número de horas - trabajo eleva el nivel de atención y disminuye la iatrogenia médica. Sin duda estos estudios son de gran relevancia, sin embargo no reflejan los estados de ánimo durante dichas evaluaciones, pudiendo este factor estar influyendo en los estados de ansiedad y depresión detectados en otro tipo de estudios (Steven W y cols. 2004)

Otro de los estudios más citados, es el realizado por Peterlini en 2002 donde se investigaron síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 59 residentes de la especialidad en Medicina Interna de la Universidad de Sao Paulo, evaluando la influencia de las rotaciones, naturaleza de las rotaciones, y aspectos demográficos como género y edad. Se aplicó el Beck Depresión Inventory (BDI) y el Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) aplicándose 7 veces durante el primer año académico, generalmente en la última semana de cada rotación. En dicho estudio se mostró una elevada correlación entre los niveles de ansiedad y depresión, siendo más importantes en las mujeres en comparación con sus compañeros de rotación. No se demostró que las rotaciones de urgencias u hospitalización tuvieran diferencias significativas entre sí, sin embargo si se advirtieron diferencias entre los diferentes servicios de hospitalización (no urgencias). El 2.1% de los residentes tuvieron sintomatología compatible con depresión severa, 4.2% con depresión moderada y 27% con depresión mínima.

En 2003 se reporta en la literatura uno de los estudios de mayor importancia en cuanto a sueño y fatiga y su repercusión en el desempeño académico, demostrándose de este modo que en los médicos residentes disminuye su capacidad cognitiva cuando las horas de vigilia han sido exhaustivas y tienen sueño o están fatigados por la carga de trabajo (Buysse D. y cols 2003).

Mediante la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton se observó el resultado de un año de programa académico (2005 –2006) y de sus rotaciones en el estado de ánimo de los residentes de primer año del Curso de Especialización en Medicina Interna de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la Fundación Clínica Médica Sur. Se trató de un estudio descriptivo y prospectivo que realizó un tamizaje de ansiedad mediante el instrumento clínico HARS, y de depresión mediante el instrumento clínico BDI en su versión abreviada de 13 ítem, mismos que se aplicaron de modo basal, y mensual durante el periodo de 12 meses. La población fue homogénea, 6 hombres y 6 mujeres, dando un total de 12 médicos residentes. De estos, 2 mujeres estaban casadas (17%) y el resto estaban solteros al momento del estudio (83%). Se obtuvo un promedio de edad de 24.6 años. En la aplicación basal (ingreso) se detectaron 2 casos de depresión leve, 1 caso en hombres y 1 en mujeres. No se detectaron casos de ansiedad en la aplicación basal. Encontramos una incidencia de 3.3 casos de depresión (39%), 0.9 en hombres (10%) y 2.41 en mujeres (29%). A su vez, una incidencia de 4.25 casos de ansiedad (51%), 1.75 en hombres (21%) y 2.5 en mujeres (30%). El mayor deterioro anímico fue debido principalmente a cansancio, aliño deteriorado, deterioro laboral, bajo nivel de satisfacción y pérdida de interés en si mismo y en su entorno. En cuanto a ansiedad, el deterioro fue debido a incremento en los niveles de tensión psicológica con un puntaje de 1.22, incremento en el humor ansioso 1.05, síntomas somáticos musculares relacionados a ansiedad 0.88, incremento en el humor deprimido 0.81 y deterioro de las funciones intelectuales 0.69 (Contreras y cols 2007).

Entre otros estudios realizados, a nivel mundial y en nuestro medio, que abordan la problemática de los trastornos ansiosos en los profesionales de la salud, así como en estudiantes de los últimos años de la carrera de medicina tenemos:

La investigación realizada por Gladlyanna Ayala y Medrano Meybeth, (2004, Venezuela), denominado: Síndrome de fatiga laboral crónica en el personal sanitario del Hospital Universitario Dr.: Luis Razetti de Barcelona; un estudio de tipo prospectivo, observacional, descriptivo y transversal en el que se seleccionó una muestra aleatoria, representada por 297 encuestados representantes del 71% del universo, estratificado por sexo, edad, servicio, tiempo de trabajo en la institución y categoría profesional, a los cuales se le aplicó el Maslach Burnout Inventory, obteniéndose como resultados: que el 9,47% de los entrevistados presentó positividad para el Síndrome de Burnout; evidenciándose que la población más afectada fueron los residentes de postgrados representando por el 17, 39% de las encuestas realizadas a estos médicos y que los servicios con mayor incidencia de estrés y desgaste profesional fueron Ginecología y Obstetricia y el Servicio de Cirugía.

Así mismo otras investigaciones como la realizada en 2001, por Yanitzabel Díaz, sobre: Factores desencadenantes de las manifestaciones de ansiedad en cursantes del último semestre de las carreras del núcleo de Anzoátegui de la Universidad de Oriente; cuyos resultados evidenciaron que las manifestaciones de ansiedad se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino en un 42% con respecto al sexo masculino con un 23%, el grupo etario predominante fue el comprendido entre los 23-30 años en un 80%, el nivel de ansiedad más representativo fue Moderado con un 36% seguido del Leve con un 26% y grave un 4% , la manifestación que predominó fue el sentimiento de Tensión en un 27%, con respecto al factor desencadenante que prevaleció con un 89%, fue la realización y presentación del trabajo de grado para optar al título profesional.

Entre otras investigaciones tenemos la realizada por Pérez Sandra y Asin Cala, en el año 2000, sobre: El estrés ocupacional en los anestesiólogos del Hospital Dr.: Manuel Núñez Tovar de Maturín, Estado Monagas, el cual tuvo como principales

conclusiones el hecho que el total de los anestesiólogos consideran padecer estrés y lo señalan como la principal causa de apatía, la escasa remuneración y el agotamiento, así como las situaciones laborales consideradas como principales causas de estrés fueron: la sobrecarga laboral y las condiciones inadecuadas del ambiente de trabajo, y que finalmente el estrés laboral genera un conjunto de cambios y alteraciones psicológicas en los anestesiólogos que se demuestra por elevada incidencia de ansiedad 75%, cefalea 71%, irritabilidad 64,2%, somnolencia 60,8%, insomnio 60% y nerviosismo 50%.

Además de los hallazgos reportados en el área concerniente a la salud mental en estudiantes de medicina, se encontró información relacionada con las reacciones emocionales negativas (ansiedad, ira, y depresión) donde se menciona que dichas emociones mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que pueden deteriorar nuestra salud si se cronifican. Así, los pacientes con hipertensión esencial, asma, cefaleas crónicas, o diferentes tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad y de ira que la población general. Se considera que la alta activación fisiológica mantenida en el tiempo es un factor que puede desencadenar y mantener una disfunción orgánica. A su vez, la disfunción orgánica o trastorno psicofisiológico puede provocar mayores niveles de emocionalidad negativa, que a su vez implicarían niveles más altos de activación fisiológica (Cano Vindel, A. Miguel Tobal, 2000).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1.-TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio de tipo **TRANSVERSAL**, puesto que se examinarán las características de una determinada población en un determinado periodo de tiempo y espacio, **UNICÉNTRICO**, ya que se realizó en una sola institución asistencial, de diseño **RETROSPECTIVO**, porque dentro de ella se combinaron datos del pasado, relacionándolos con hechos que se presentaron durante el periodo en que se efectuó la investigación; **DESCRIPTIVA**, ya que consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento; en los Residentes de los Post Grados del complejo Hospitalario Dr. Luis Razetti de Barcelona Estado Anzoátegui (Arias, 2006).

3.2.-POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN: Según Alcáida, A. (1979). “Cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características”, representada por los 191 Médicos Residentes que integran los postgrados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona.

3.2.2. MUESTRA: Según Balestrini (2002) “Parte de la población, un número de individuos u objetos seleccionados, cada uno de los cuales es un elemento del universo o población, obtenida con el fin de investigar, las propiedades de una población”, representada por los Médicos Residentes que integran los postgrados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona, que previo consentimiento

informado participaron libremente en la investigación.

3.2.3. TIPO DE MUESTRA: Se utilizó una muestra no probabilística, el cual es un procedimiento de selección informal, en donde la elección de los sujetos no depende de que todos tengan la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o investigadores ‘‘, con la ventaja de que requiere no tanto una representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa y controlada elección de sujetos con ciertas características específicas (criterios de inclusión y exclusión), que se adapten a los objetivos y alcances del trabajo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estos criterios consisten en la definición de características que necesariamente deberán tener los elementos de estudio (UADY, 2006). En esta investigación se considerarán los siguientes:

1.- Médicos Residentes de los postgrados del Complejo Hospitalario Dr.: ‘‘Luis Razetti’’ de Barcelona Estado Anzoátegui, que luego de explicarles el estudio decidan participar en él.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Estos criterios consisten en la definición de las características cuya existencia obligue a no incluir a un sujeto como elemento de estudio (UADY, 2006).

1.- Médicos Residentes que pertenezcan a los postgrados de sub-especialización del Complejo Hospitalario Dr.: ‘‘Luis Razetti’’ de Barcelona.

2.- Médicos residentes con diagnóstico de ansiedad, depresión o alguna patología psiquiátrica.

3.- Médicos residentes que reciban tratamiento con antidepresivos, estabilizadores del ánimo, litio, ansiolíticos o algún otro fármaco que se sirva para trastornos del estado de ánimo o trastorno de ansiedad.

La muestra luego de realizar la selección según criterios de inclusión y exclusión del 100% de la población, fue de 148 residentes (77,48%).

3.2.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA: Por ser una muestra no probabilística el tamaño de la misma fue considerada tomando en cuenta el número total de Médicos Residentes de los diversos post grados que forman el Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona, luego de haberle aplicado los criterios de inclusión y exclusión (148); tomando como mínimo un 50% de la muestra total, para que exista representatividad y los resultados obtenidos en la investigación puedan ser extrapolados a una población mayor con características similares. En este caso el tamaño de la muestra fue de 74 médicos residentes.

3.3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboro una ficha de recolección de datos para vaciar la información que se obtuvo de la entrevista con el Médico Residente que participo en la investigación previo consentimiento informado, el cual contiene:

- Edad
- Género
- Estado civil
- Número de hijos
- Post grado que cursa
- Año de residencia
- Antecedentes personales de alguna comorbilidad o patología médica.

3.3.2. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El test “Escala autoaplicada para la evaluación de la ansiedad de Hamilton” (1969). Este instrumento trata de cuantificar la sintomatología ansiosa-angustiosa por medio de 14 ítems: 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cero a cuatro puntos (0 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem se anota como positivo y presente cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, se considera como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema o el paciente no da información sobre el mismo.

Interpretación de la Escala: La puntuación total es la suma de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener además dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Propiedades psicométricas: Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86), con un adecuado entrenamiento en su

utilización y la concordancia entre distintos evaluadores resulta adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$). Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos. Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento. (American Psychiatric Association, 2000).

3.4.-MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó la investigación en los diversos postgrados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona, con los Médicos Residentes que prestaron el consentimiento Informado para la participación en el trabajo. Así mismo la obtención de la información se realizó mediante los instrumentos descritos previamente, los cuales se aplicaron a la muestra elegida.

3.5. PROCEDIMIENTO ESTADÍSTICO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

RECOLECCIÓN Y COMPUTACIÓN DE DATOS: Se procedió a recolectar la información con los instrumentos de recolección de datos descritos, la información recopilada se vació y ordenó en una matriz de datos del programa EXCEL, para acceder a la información de forma rápida y facilitar el procesamiento de los datos.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS: Los datos obtenidos fueron tabulados de manera manual por distribución de frecuencia y porcentajes en cuadros estadísticos y en gráficos.

El análisis de los datos fue de tipo cuantitativo, realizándose con la información resultante de las variables y precisando como actúan individualmente, posteriormente se realizaron las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

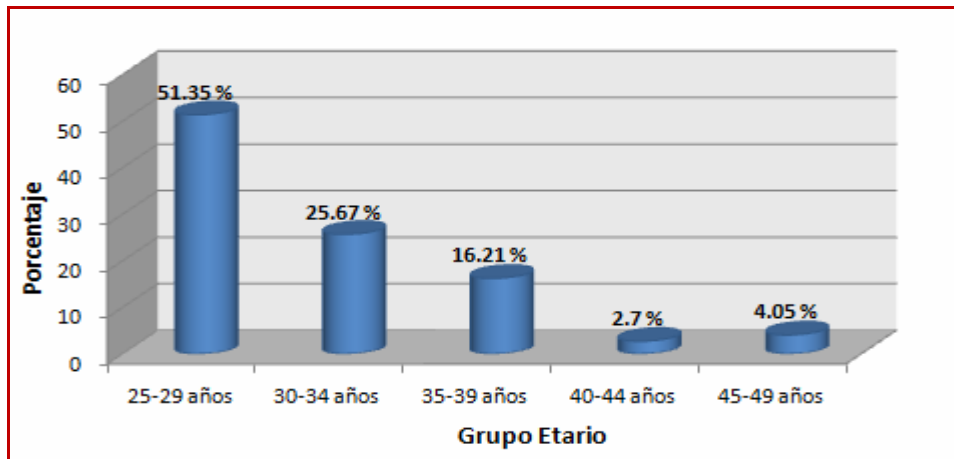
CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN SEGUN EL GRUPO ETARIO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

EDAD	N° Casos Totales	(%)
25-29	38	51,35
30-34	19	25,67
35-39	12	16,21
40-44	2	2,70
45-49	3	4,05
TOTAL	74	100

Fuente: Datos elaborados por los autores.



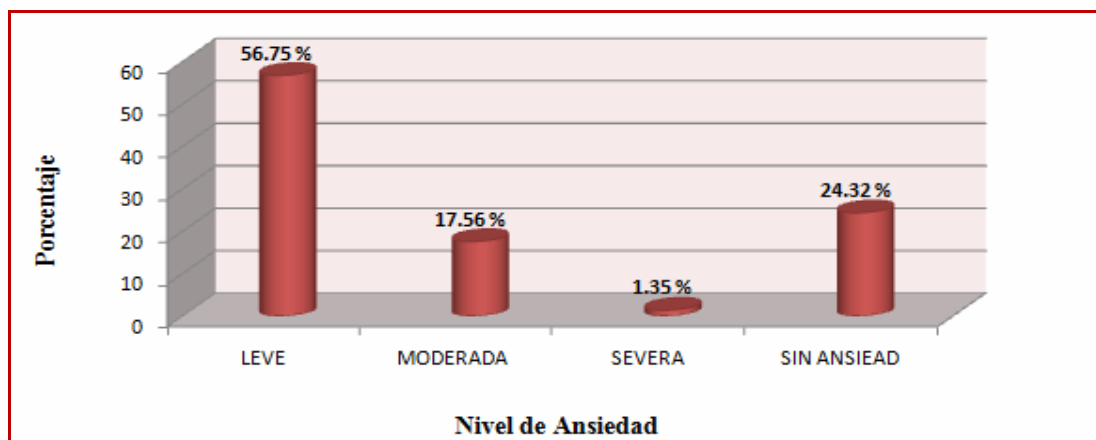
GRAFICA 1. DISTRIBUCION SEGÚN EL GRUPO ETARIO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS: El grupo etario de mayor representatividad en la investigación fue el grupo correspondiente a los 25 y 29 años respectivamente, con un 51,35%, seguido por el grupo de 30 a 34 años, con un 25,67% y finalmente el grupo de 35ª 39 años con un 16,21%, lo cual indica que gran porcentaje de los médicos que integraron el estudio fue una población joven, entre la segunda y tercera década de la vida.

TABLA 2. DISTRIBUCION SEGÚN NIVEL DE ANSIEDAD DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

NIVEL DE ANSIEDAD	Nº	(%)
LEVE	42	56,75
MODERADA	13	17,56
SEVERA	1	1,35
SIN ANSIEAD	18	24,32
TOTAL	74	100

Fuente: Datos elaborados por los autores.



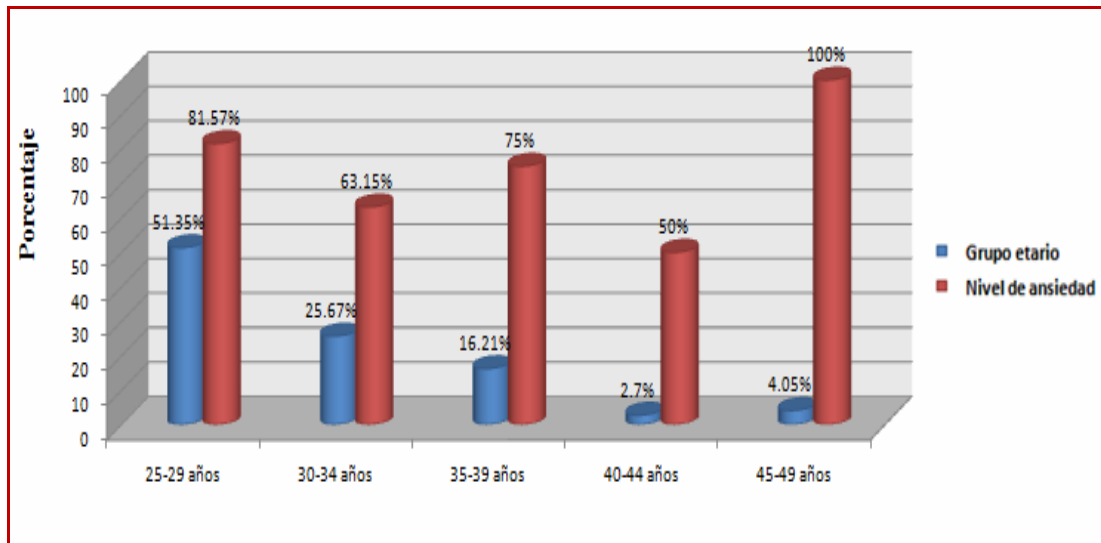
GRAFICA 2. NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: Podemos decir que de los 74 casos estudiados el 56,75% presentó ansiedad leve (n=42), el 17,56% ansiedad moderada (n=13), y el 1,35% ansiedad severa (n=1), concluyendo que el 75.66% de la muestra total si presentó ansiedad, mientras que el 24,32% (n=18) restante de la muestra no presentó síntomas de ansiedad.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL GRUPO ETARIO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

EDAD	Nº Totales	Casos (%)	Nº Casos con Ansiedad	(%)
25-29	38	51,35	31	81,57
30-34	19	25,67	12	63,15
35-39	12	16,21	9	75
40-44	2	2,70	1	50
45-49	3	4,05	3	100
TOTAL	74	100	56	

Fuente: Datos elaborados por los autores.



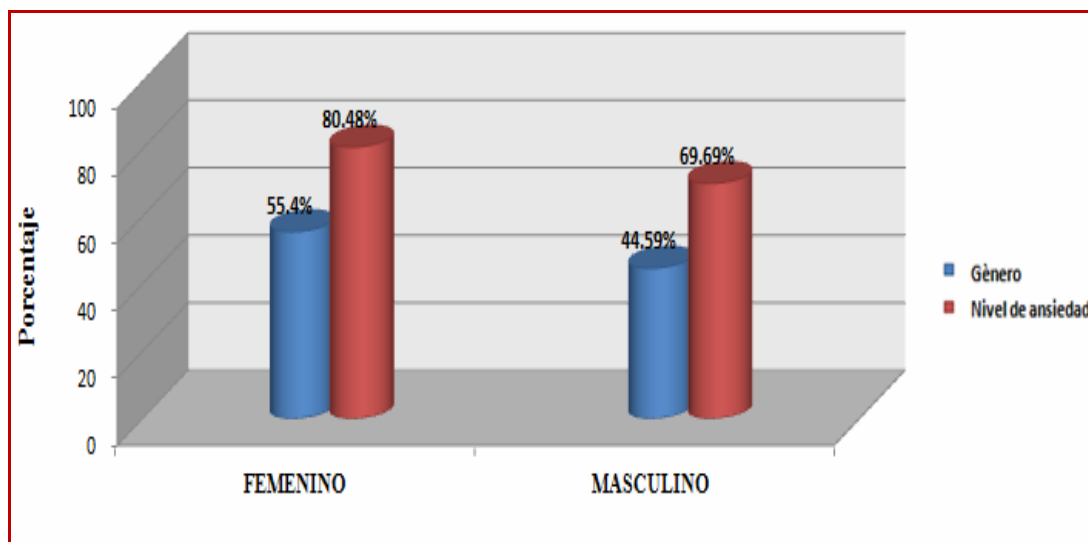
GRÁFICA 3. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL GRUPO ETARIO EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: Podemos decir que de los 74 casos estudiados, el grupo etario más representativo fue el ubicado entre los 25 y 29 años que corresponden al 51,35% (n=38) de la muestra total estudiada, mientras que el de menor representación corresponde al grupo ubicado entre los 40 y 44 años representando el 2,7% (n=2) de la muestra total estudiada. En relación a la presencia de ansiedad, el grupo etario donde se encontró mayor número de casos corresponde al de 45-49 años con 3/3 casos que representan el 100% de la muestra total de su grupo y el de 25-29 años con 31/38 casos que representan el 81,57% de la muestra total de su grupo. El menor número de casos se obtuvo en el grupo de 40-44 años con 1 caso que representa el 50% de la muestra total de su grupo.

TABLA 4. DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL GENERO DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

GENERO	Nº Casos Totales	(%)	Nº Casos con Ansiedad	(%)
FEMENINO	41	55,40	33	80,48
MASCULINO	33	44,59	23	69,69
TOTAL	74	100	56	

Fuente: Datos elaborados por los autores.



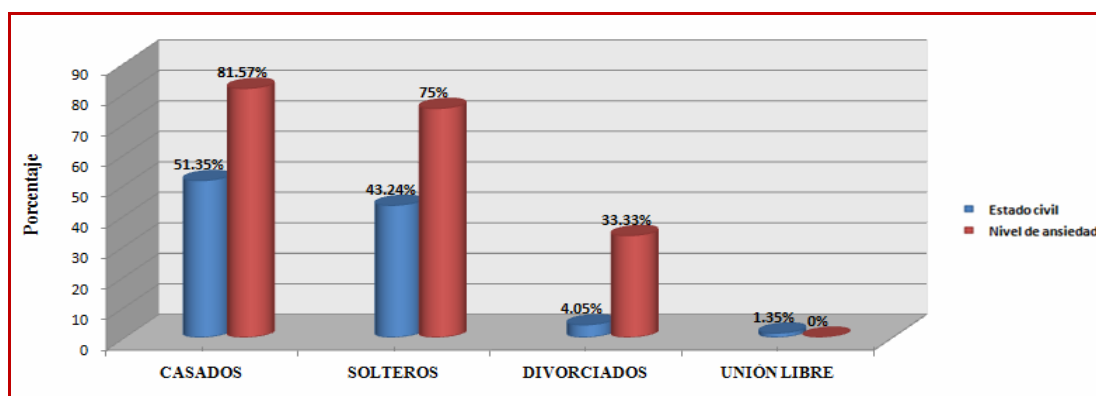
GRÁFICA 4. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL GENERO EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: En relación al género el 55,41% de la población participante pertenece al género femenino (n=41) y el 44,59 % al género masculino (n=33). Presentando el sexo femenino mayor porcentaje de individuos con ansiedad 80,48% (33/41) en comparación al 69,69% de casos de individuos ansiosos en el sexo masculino (23/33).

TABLA 5. DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL ESTADO CIVIL DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ESTADO CIVIL	Nº Casos Totales	(%)	Nº Casos con Ansiedad	(%)
CASADOS	38	51,35	31	81,57
SOLTEROS	32	43,24	24	75
DIVORCIADOS	3	4,05	1	33,33
VIUDOS	0	0	0	0
UNIÓN LIBRE	1	1,35	0	0
TOTAL	74	100	56	

Fuente: Datos elaborados por los autores.



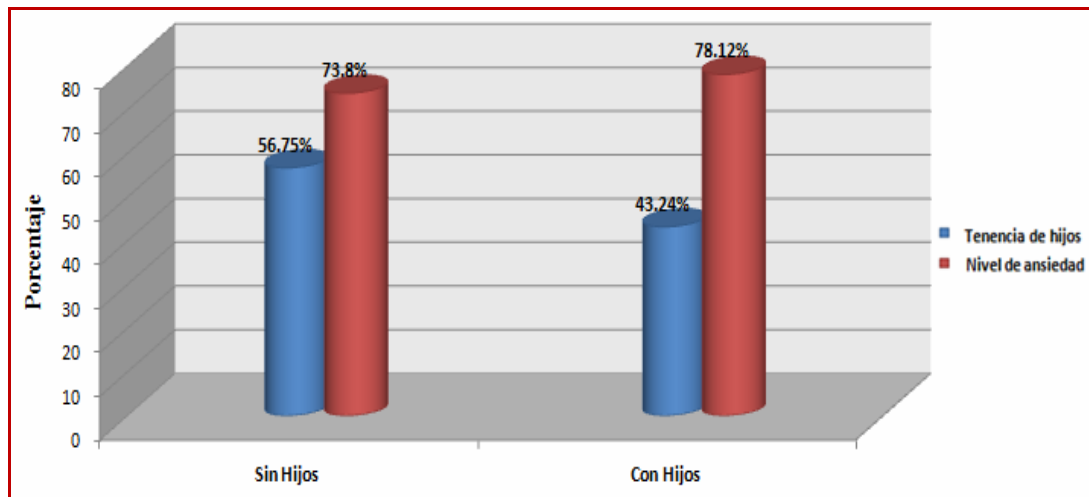
GRÁFICA 5. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL ESTADO CIVIL EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: En relación al estado civil el mayor número de individuos que conformaron la muestra se encontraban casados 38/74 para representar el 51,35% de la muestra total en comparación con el 1,35% que se encontró en unión libre 1/74 . Con relación a la presencia de ansiedad, el mayor número de casos se encontró en los residentes que estaban casados 31/38 representando el 81,57% de dicho grupo, mientras que los que se encontraron en unión libre no presentaron ansiedad, seguido de los solteros con un 75% (24/32) de la muestra total de su grupo, y los divorciados con un 33.33% (1/3) de la muestra total de su grupo.

TABLA 6. DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN LA TENENCIA DE HIJOS DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

HIJOS	Nº Casos Totales	(%)	Nº Casos con Ansiedad	(%)
Sin Hijos	42	56,75	31	73,80
Con Hijos	32	43,24	25	78,12
TOTAL	74	100	56	

Fuente: Datos elaborados por los autores.



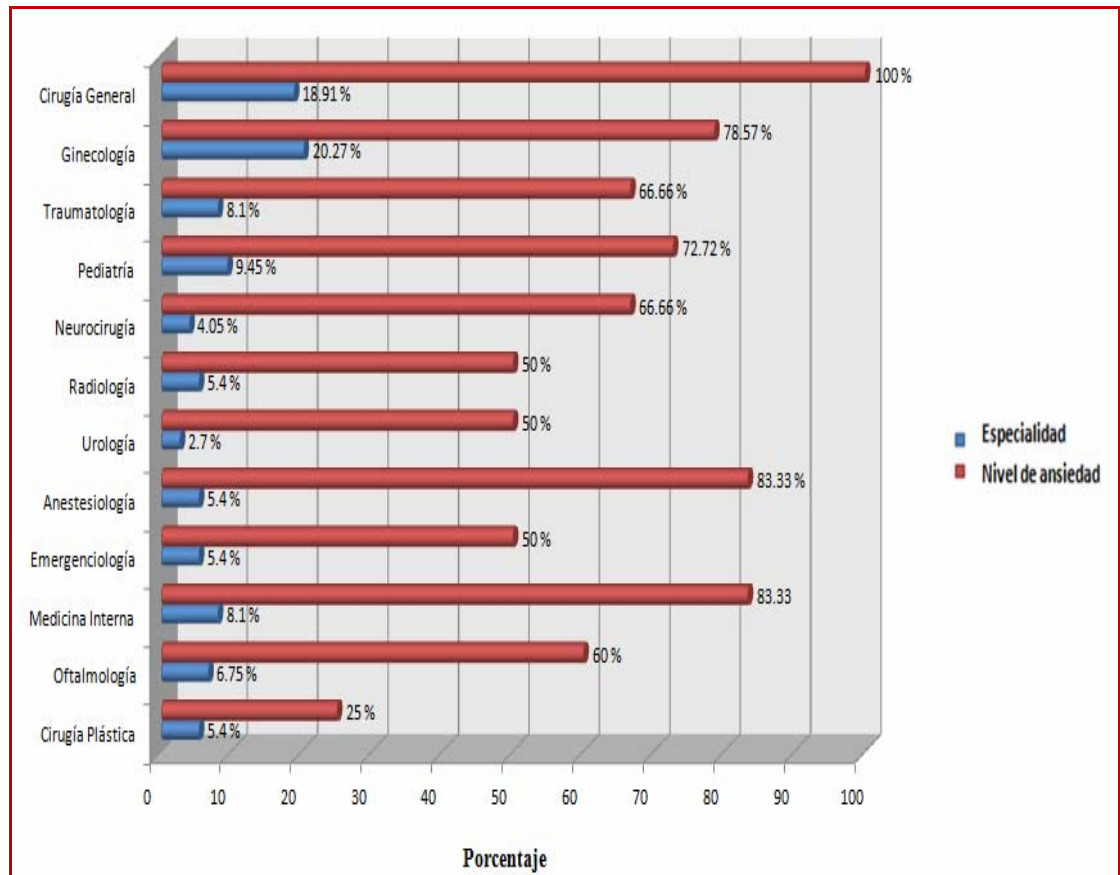
GRAFICA 6. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN LA TENENCIA DE HIJOS EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS: Se puede decir que de la muestra total el 56,75% (n=42) no tienen hijos, en comparación con el 43,24% que si tienen descendencia (n=32). En relación a la presencia de ansiedad se demostró que la población con hijos presenta mayor porcentaje de individuos con ansiedad 78,12% (25/32) en comparación a la población sin hijos 73,8% (31/42).

TABLA 7. DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN LA ESPECIALIDAD DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

POST GRADO	Nº Casos Totales	(%)	Nº Casos con Ansiedad	(%)
Cirugía Plástica	3	5,40	1	33,33
Oftalmología	5	6,75	3	60
Medicina Interna	6	8,10	5	83,33
Emergenciología	3	5,40	2	50
Anestesiología	6	5,40	5	83,33
Urología	2	2,70	1	50
Radiología	3	5,40	2	50
Neurocirugía	3	4,05	2	66,66
Pediatría	11	9,45	8	72,72
Traumatología	6	8,10	4	66,66
Ginecología	14	20,27	11	78,57
Cirugía General	12	18,91	12	100
TOTAL	74	100	56	

Fuente: Datos elaborados por los autores.



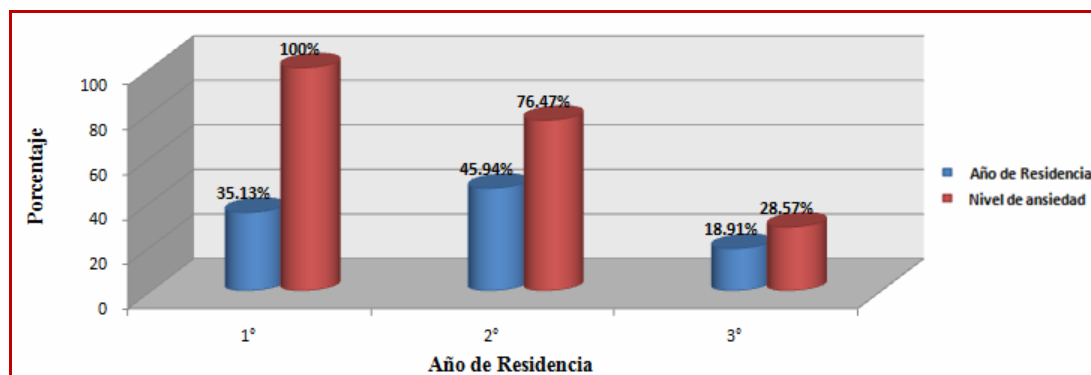
GRAFICA 7. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN LA ESPECIALIDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS: De los 74 individuos que conformaron la muestra, la mayor cantidad pertenecen al postgrado de ginecología y obstetricia 14/74 que represento el 20,27% de la población y la menor cantidad pertenecen al postgrado de urología con 2/74 que represento el 2,75%. Con respecto a la especialidad que presentó mayor porcentaje de casos de ansiedad en su población fue cirugía general con el 100% de sus integrantes (12/12), la especialidad con menor porcentaje de ansiedad en su población fue cirugía plástica con el 33,33% (1/3) de sus integrantes.

TABLA 8. DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL AÑO DE RESIDENCIA DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

Año de Residencia	Nº Casos totales	(%)	Nº Casos con Ansiedad	(%)
1º	26	35,13	26	100
2º	34	45,94	26	76,47
3º	14	18,91	4	28,57
TOTAL	74	100	56	

Fuente: Datos elaborados por los autores.



GRAFICA 8. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN EL AÑO DE RESIDENCIA EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

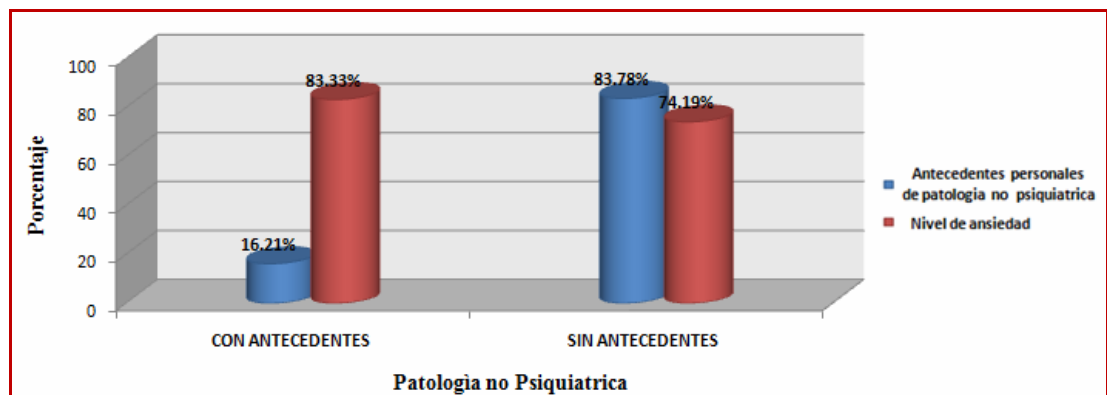
ANALISIS DE LOS RESULTADOS: El mayor número de residentes pertenecía al 2do año de residencia (n=34) que represento el 45,94% de la muestra total, en relación al menor número de residentes que pertenecía al 3er año de residencia (n=14) representando el 18,91% de la muestra total. En relación a la ansiedad el 100% de los residentes de 1er año (26/26) presentaron ansiedad. En

comparación con los residentes de 3er año que solo 4/14 casos presentaron ansiedad representando el 28.57%.

TABLA 9. DISTRIBUCION DEL NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGÍA NO PSIQUIATRICA DE LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

PATOLOGÍA NO PSIQ	Nº Casos Totales	(%)	Nº Casos con Ansiedad	(%)
CON ANTECEDENTES	12	16,21	10	83,33
SIN ANTECEDENTES	62	83,78	46	74,19
TOTAL	74	100	56	

Fuente: Datos elaborados por los autores.



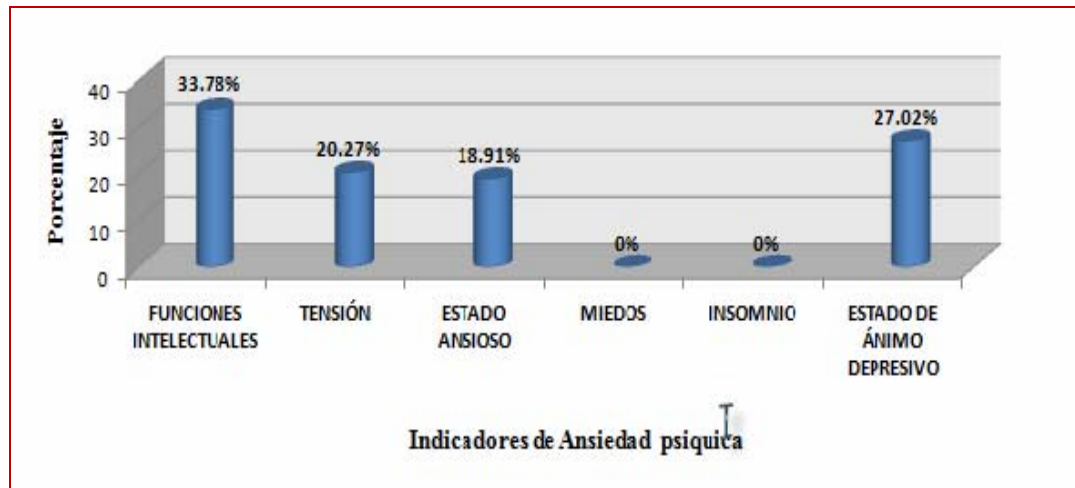
GRAFICA 9. NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN ANTECEDENTES PERSONALES DE PATOLOGÍA NO PSIQUIATRICA EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS: El 83.78% (n=62) de los residentes que conformaron la muestra no presentaron antecedentes personales de patología no psiquiátrica, mientras que el 16.21% (n=12) de los mismos si presentaron antecedentes personales de patología no psiquiátrica. En cuanto a la presencia de ansiedad, el grupo de los que Si presentó patología no psiquiátrica obtuvo 10/12 casos representando el 83.33% de la muestra total de su grupo, mientras que el grupo de los que No presentó patología no psiquiátrica obtuvo 46/62 casos representando el 74.19% de la muestra total de su grupo.

TABLA 10. DISTRIBUCION DE INDICADORES DE ANSIEDAD PSIQUICA SEGÚN TEST DE HAMILTON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010

Fuente: Datos elaborados por los autores.

Escala de Ansiedad de Hamilton	Nº	(%)
FUNCIONES INTELECTUALES	25	33,78
TENSIÓN	15	20,27
ESTADO ANSIOSO	14	18,91
MIEDOS	0	0
INSOMNIO	0	0
ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO	20	27,02
TOTAL	74	100



GRAFICA 10. INDICADORES DE ANSIEDAD PSIQUICA SEGÚN TEST DE HAMILTON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr.: “LUIS RAZETTI” DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010

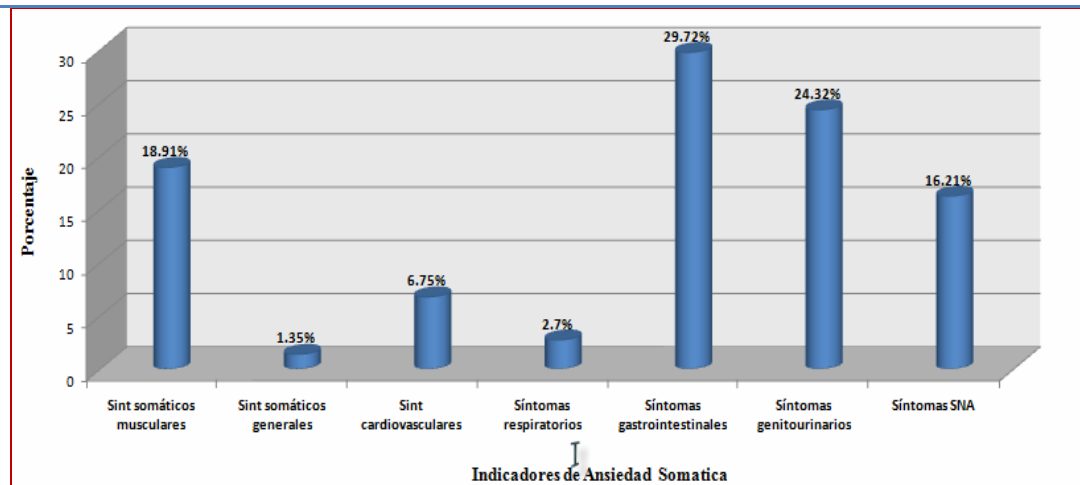
ANALISIS DE LOS RESULTADOS: En relación a los indicadores de ansiedad psíquica evaluados en los residentes mediante la escala de Hamilton, se encontró que fueron las Funciones intelectuales (dificultad de concentración, dificultad para la toma de decisiones, falta de memoria, etc.) las que predominaron como manifestación de ansiedad con un 33.78% (n=25), seguido de Estado de ánimo depresivo con un 27,02% (n=20), Tensión con un 20.27% (n=15) y en último lugar Estado ansioso con un 18.91% (n=14).

TABLA 11. DISTRIBUCION INDICADORES DE ANSIEDAD SOMATICA SEGÚN TEST DE HAMILTON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS

DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr.: "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA.
ENERO-JULIO 2010

Fuente: Datos elaborados por los autores.

Escala de Ansiedad de Hamilton	Nº	(%)
Sint somáticos musculares	14	18,91
Sint somáticos generales	1	1,35
Sint cardiovasculares	5	6,75
Síntomas respiratorios	2	2,70
Síntomas gastrointestinales	22	29,72
Síntomas genitourinarios	18	24,32
Síntomas SNA	12	16,21
Conducta en el test	0	0
TOTAL	74	100



GRAFICA 11. INDICADORES DE ANSIEDAD SOMATICA SEGÚN TEST DE HAMILTON EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Dr.: "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS: En relación a los indicadores de ansiedad somática evaluados en los residentes mediante la escala de Hamilton, se encontró que

fueron los Síntomas gastrointestinales los que predominaron como manifestación de ansiedad con un 29.72% (n=22) y en último lugar Síntomas somáticos generales con un 1,35% (n=1).

En cuanto a las manifestaciones psíquicas y somáticas en general, se encontró que en los residentes de los postgrados del complejo hospitalario Dr. Luis Razetti de Barcelona que fueron objeto de nuestro estudio, predominaron las manifestaciones psíquicas como las más intensas observándose mayor número de afectados en cuatro de sus ítems (funciones intelectuales, tensión, estado ansioso, estado depresivo), no habiendo afectados en dos de ellos (miedos, insomnio); mientras que las manifestaciones somáticas fueron las más frecuentes, evidenciándose afectados en todos sus ítems pero en menor porcentaje y cantidad en comparación con las manifestaciones psíquicas.

DISCUSION

Es reconocido que los médicos residentes cumplen una doble función; por un lado brindan una importante labor asistencial a través de la atención de los pacientes y, por otro lado, son responsables de su propio proceso de formación profesional como especialistas. El modelo vigente de formación de los residentes de medicina ofrece una serie de ventajas como un contacto directo con pacientes y médicos con mayor experiencia. No obstante también tiene varios inconvenientes entre los que destaca el extenuante ritmo laboral al que los futuros especialistas están sometidos. Este sistema ha encontrado críticas tanto por parte de los pacientes como por parte de los profesionales

En esta investigación se observó que casi el 60% de los residentes de los postgrados del H.U.L.R que participaron en nuestro estudio durante el periodo establecido, eran mujeres en edades comprendidas entre 25-29 años, casados y sin hijos y no presentaron antecedentes personales de patología no psiquiátrica como HTA, cefalea migrañosa, entre otras.

Más del 20% pertenecían al postgrado de Ginecología y Obstetricia, y casi el 50% pertenecían al segundo año de residencia.

El 56,75% de los residentes que participaron en la investigación presentó ansiedad leve, el 17,56% ansiedad moderada, y el 1.35% ansiedad severa, mientras que el 24.32% no presentó síntomas de ansiedad, en definitiva puede asegurarse la presencia de síntomas de ansiedad en los residentes de los postgrados del H.U.L.R que fueron objeto de estudio, al igual que lo encontrado en la bibliografía consultada. Situación que de alguna manera obliga a buscar alternativas que pudieran minimizar los mencionados síntomas en calidad del buen desarrollo profesional y laboral.

La presencia de ansiedad predominó en el género femenino con un 80,40%, en los casados con un 81,57%, y a los cursantes del primer año de residencia con un 100%, en concordancia con el estudio realizado por Fagnani Neto y cols en el 2004 en la Universidad de Sao Paulo en el cual se concluye que la depresión y ansiedad fueron los diagnósticos más frecuentes en la muestra poblacional, advirtiendo que el primer año de estudios en cualquier área de la salud es el más estresante, especialmente para las mujeres y los casados. Este estudio al igual que varios otros enfatiza la necesidad de la creación de una estructura formal y confidencial de servicios de salud mental dentro de los programas académicos de los profesionales de la salud.

Las especialidades más afectadas fueron Cirugía General con 100%, seguido de Medicina Interna y Anestesiología con un 83,33% y en 3er lugar Ginecología y Obstetricia con un 78,57%, hecho que concuerda con los diversos estudios realizados donde se evidencia que es en estas áreas medicas donde se presenta más ansiedad y desgaste, así lo demuestra la investigación realizada por Gladlyanna Ayala y Medrano Meybeth, 2004, Venezuela, denominado: Síndrome de fatiga laboral crónica en el personal sanitario del Hospital Universitario Dr.: Luis Razetti de Barcelona; evidenciándose que la población más afectada fueron los residentes de postgrados representando por el 17, 39% de las encuestas realizadas a estos médicos y que los servicios con mayor incidencia de estrés y desgaste profesional fueron Ginecología y Obstetricia y el Servicio de Cirugía.

Además en otro estudio realizado por Pérez Sandra y Asin Cala, en el año 2000, sobre: El estrés ocupacional en los anesthesiólogos del Hospital Dr.: Manuel Núñez Tovar de Maturín, Estado Monagas, se obtuvo como principales conclusiones el hecho que el total de los anesthesiólogos consideran padecer estrés y lo señalan como

la principal causa de apatía, y que finalmente el estrés laboral genera un conjunto de cambios y alteraciones psicológicas en los anestesiólogos que se demuestra por elevada incidencia de ansiedad 75%, cefalea 71%, irritabilidad 64,2%, somnolencia 60,8%, insomnio 60% y nerviosismo 50%.

En esta investigación se encontró que los residentes con antecedentes personales de patologías no psiquiátricas (HTA, cefaleas migrañosas, entre otras), presentaron mayor proporción de ansiedad con un 83,33% que a aquellos que no tenían estas patologías. Este hecho coincide con los estudios publicados en la literatura internacional que afirman que existe una estrecha relación entre ansiedad y migraña, HTA, problemas respiratorios y dermatológicos, etc., como el citado por Cano Vindel y cols, en el 2000 donde afirman que los pacientes con hipertensión esencial, asma, cefaleas crónicas, o diferentes tipos de dermatitis, presentan niveles más altos de ansiedad y de ira que la población general.

En nuestro estudio el deterioro fue debido a niveles elevados en el desgaste de las funciones intelectuales con 32,78%, seguido de síntomas gastrointestinales con un 29,72%, este hecho difiere de lo encontrado en los diversos estudios como el presentado en 2001 por Yanitzabel Díaz y el presentado por Contreras y cols. en el 2007 donde se observó que el deterioro fue debido a incremento en los niveles de tensión psicológica, incremento en el humor ansioso y por último deterioro de las funciones intelectuales.

Por otro lado, de acuerdo con la definición y clínica de síndrome de Burnout, y tomando en cuenta que existen escalas que miden directamente la presencia de este síndrome, hallamos en nuestra investigación elementos que hablan a favor de este, como lo son los ítems de la escala de ansiedad de Hamilton que predominaron en este estudio, los cuales fueron el 1,2,5,6,7,11, que concuerdan con las manifestaciones

clínicas del síndrome de burnout como son: irritabilidad, preocupación, ansiedad, fatiga crónica, impaciencia, dificultad para la concentración, depresión, dolores musculares, baja de peso, gastritis. Lo cual nos hace pensar que muchos de estos residentes puedan estar desarrollando esta patología y otros ya la presenten como consecuencia, tal y como se describe en la literatura internacional y en los diversos estudios realizados a nivel mundial, del estrés laboral al cual suponemos están expuestos estos médicos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.- CONCLUSIONES

1. En los residentes de los postgrados del H.U.L.R predominó el género femenino, el grupo etario comprendido entre los 25-29 años, los casados, sin hijos, los pertenecientes al postgrado de Ginecología y Obstetricia y al segundo año de residencia, además más de la mitad de la población no presentó antecedentes personales de patologías no psiquiátricas.

2. Los grupos etarios correspondientes entre los 45-49 y 25-29 años fueron los más afectados con mayor proporción de casos de Ansiedad.

3. La presencia de ansiedad se manifestó en mayor proporción en el género femenino, en los residentes casados y en los que tenían hijos.

4. Se evidenció una clara relación entre la presencia de patologías como HTA, cefalea migrañosa entre otras, y la existencia de ansiedad, al observar que los residentes con estas patologías reflejaron una mayor proporción de ansiedad en nuestro estudio.

5. La especialidad que destacó con el 100% de sus residentes con sintomatología ansiosa fue Cirugía General. De igual forma los residentes de Primer Año fueron los más afectados con presencia de ansiedad en la totalidad de los integrantes.

6. En estos residentes se evidencio un alto porcentaje de ansiedad leve (56,75%), seguida de ansiedad moderada (17,56%), y ansiedad severa (1,35%), lo que indiscutiblemente refleja que más de la mitad de los residentes presentaron ansiedad con un 75,66% en comparación con un mínimo porcentaje (24,32%) que no presento ansiedad.

7. El deterioro fue debido al incremento en los niveles de desgaste de las funciones intelectuales, seguido de síntomas gastrointestinales, incremento de ánimo depresivo, síntomas genitourinarios, incremento de tensión psicológica.

8. En cuanto a las manifestaciones psíquicas y somáticas en general, se presentaron las psíquicas como las más intensas y las somáticas como las más frecuentes.

6 RECOMENDACIONES

1. Vigilar la salud mental de los médicos residentes fomentando una jornada laboral y académica, que respete la integridad psíquica de cada uno de los residentes en los diversos postgrados del Complejo Hospitalario Dr.: “Luis Razetti” de Barcelona.

2. Establecer programas de psicoprofilaxis, en pro de la salud mental de los médicos residentes de los diversos postgrados, en especial aquellos que presenten sintomatología ansiosa con manifestaciones físicas y psíquicas y antecedentes familiares o personales de patología psiquiátrica.

3. Brindar atención psicológica de forma constante y permanente a los médicos residentes independiente que presenten o no sintomatología ansiosa, de manera de prevenir alteraciones en la salud mental de los médicos en formación.

4. Crear una estructura formal y confidencial de servicio de salud mental dentro de los programas académicos de residencia médica.

5. Crear un estándar de horas laborales para los médicos residentes que no comprometan su calidad de vida, su desempeño académico y asistencial en pro de la disminución de la falta de interés y errores académico – asistenciales asociados a la fatiga.

6. Capacitar al personal colaborador de los Departamentos de Enseñanza Médica para la selección de aspirantes a los programas de residencia basado en los principios de selección de personal tomando en cuenta el aspecto biopsicosocial del individuo.

7. Mejorar la comunicación entre los Servicios de Salud Mental y los Departamentos de Enseñanza Médica, mejorar la comunicación de la misma con sus colaboradores, con sus médicos residentes y fomentar las habilidades de comunicación como base de detección de problemas personales y de otros factores que pudiesen tener un impacto negativo en el desempeño humano, académico y asistencial de los médicos residentes.

8. Implementar acciones y/o programas que promuevan la higiene mental en médicos residentes.

9. Implementar acciones y/o programas que detecten comorbilidad médica y/o psiquiátrica que puedan impactar sobre la calidad académico – asistencial de los médicos residentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcáida, A. y colaboradores. (1979). **Estadística aplicada a las ciencias sociales**. España: Ediciones Pirámide.

Arias, F., 2006. **El Proyecto de la Investigación**. Edit. Episteme. Caracas - Venezuela. 5 ed. pp 143.

Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales**. Barcelona: Masson.

Ayala G, Medrano M. 2004 **Síndrome de Fatiga Laboral Crónica en el personal sanitario del Hospital Universitario Dr. Luis Razetti** (Tesis de Grado).

Baeza, J. (1994). **Afrontamiento Espontáneo Contraproducente en Trastornos por Ansiedad**. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

Balestrini, M. (2002). **¿Cómo se elabora el proyecto de investigación?** Caracas: BL Consultores y Asociados Servicio Editorial.

Bermann S. **¿Fatiga, stress, desgaste laboral? Problemas metodológicos en el estudio de las relaciones entre salud y trabajo**. Cuadernos Médicos Sociales 1990, 51:23-25

Buysse D, Barzanky B, Dinges D. **Sleep, fatigue and medical training: setting an agenda for optimal learning and patient care**. Sleep 2003; 26: 218-225.

Cano Vindel, A. Miguel Tobal, JJ. Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 Conferencia 28-CIA.

Davidson, J. (2000). **Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder.** *Journal of Psychopharmacology*, 14 (2 Suppl 1):S5-S12

Díaz Y, D' Giacome L. 2001 **Factores desencadenantes de las manifestaciones de ansiedad en cursantes de último semestre de las carreras del núcleo de Anzoátegui de la Universidad de Oriente** (Tesis de Grado).

Fagnani Neto R, Obara CS, Macedo PC, Citero VA, Nogueira-Martins LA. **Clinical and demographic profile of user of a mental health system for medical residents and other health professionals undergoing training at the Universidad Federal de Sao Paulo.** *Sao Paulo Med J.* 2004; 122(4):152-157.

Galindo S, Guerrero J, Morales I. 2009 **Prevalencia de ansiedad y depresión en una población de estudiantes universitarios: factores académicos y socio familiares asociados.** Universidad Católica San Antonio de Murcia. Madrid 20 (2).

Giberti E. **Alerta y cuidado de la salud de los operadores ante los efectos traumáticos de la atención a las víctimas Burnout.** 2004 70.

Guthrie, E.A.; Black, D.; Shaw, C.M.; Hamilton, J.; Creed, F.H.; Tomenson, B. (1997). **Psychological stress in medical students: A comparison of two very different university courses.** *Stress-Medicine.* 13(3). Pp.179-184.

Hamson W.D **A social competence model or Burnout. Stress and Burnout in the human services professions.** The New England Journald 2005 31: 29-31.

Nathan.P.;Gorman,J. y Salkind,N.(2002). **Tratamiento de los trastornos mentales.Una guía de tratamientos que funcionan.** Madrid: Editorial Alianza.

Nilson Agustín Contreras Carreto; Harry Baker Israel; Javier Lizardi Cervera. **Ansiedad y depresión en el primer año de la residencia en medicina interna de la Fundación Clínica Médica Sur- UNAM.** 6/feb/2007 INTERPSIQUIS. 2007; (2007)

Perez S, Asin C. 2000. **Estrés ocupacional en los anesthesiólogos del Hospital Dr. Manuel Núñez Tovar de Maturin, Estado Monagas.** (Tesis de Grado).

Peterlini M, Tiberio IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. **Anxiety and depression in the first year of medical residency training.** Med Educ. 2002 Jan; 36(1):66-72.

Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2007; 23, (1): 43-51 **Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del hospital universidad del norte**

Steven W. Lockley, John W. Cronin, Erin E Evans, Brian E. Cade, Clark J. Lee, Christopher P. Landrigan, Jeffrey M. Rothschild, Joel T. Katz, Craig M. Lily, Peter H. Stones, Daniel Aesbach and Charles A. Czeisler. **Effect of reducing intern's weekly work hours on sleep and attentional failures.** N eng J Med 2004; 351(18): 1829-1837.

Sundquist J; Johansson SE. **Impared health status, and mental health. lower vitality and. social functioning in women general practitioners in Sweden.** Scand-J-Prim- Health-Care. 1999 Jun; 17(2): 81-6.

Toews JA; Lockyer JM; Dobson DJ; Simpson E; Brovvnell ACÁ; Brenncrs F; et al. **Analysis of Stress tends among medical students, residents and gradúate students at Four Canadían Schools of Medicine.** Acad. Med. 2001 nov; 72 (11): 997-1002.

Universidad autónoma de Yucatán (facultad de medicina). 2006 **Residencias médicas. Protocolo de tesis.** México. Versión on-line.

Zaldúa G, Koloditzky D, Lodiue M. **El síndrome de Burnout en los hospitales públicos.** Revista Médica Bs. As. 2000 1: 41- 43

ANEXOS
ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR MEDIO DE LA PRESENTE YO, _____ DE _____ AÑOS DE EDAD PORTADOR DE LA CEDULA DE IDENTIDAD _____ DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO EN FORMA CLARA Y DETALLADA LOS PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION PARA LA REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO: NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA. ENERO-JULIO 2010. COMO REQUISITO PARCIAL PARA LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MEDICO REALIZADO POR LOS BACHILLERES JIMÉNEZ CARLOS C.I: 15.803.495 Y RAMOS ROSMERING C.I:16.485.377, HAN BRINDADO SU ORIENTACION LA CUAL HA SIDO DE CLARIDAD Y CALIDAD PARA MI ENTENDIMIENTO. COMPRENDO QUE MI PARTICIPACION ES VOLUNTARIA, QUE ES UN ESTUDIO DE INVESTIGACION SIN FINES DE LUCRO Y COMPRENDO QUE MI COOPERACIÓN ES SIGNIFICATIVA.

PRESTO LIBREMENTE MI CONFORMIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA Y ENCUESTAS NECESARIAS. BARCELONA, _____ DE _____ DE 2010

FIRMA

EL COLABORADOR COMPRENDE QUE TODA LA INFORMACIÓN DESCRITA EN ESTE DOCUMENTO, NOSOTROS LOS INVESTIGADORES NOS COMPROMETEMOS A NO DIVULGAR LA INFORMACION QUE SE NOS CONFIA ESTA SERA USADA SOLO CON FINES CIENTIFICOS.

JIMÉNEZ CARLOS

RAMOS ROSMERING

ANEXO 2
TEST: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0. Ausente

1. Intensidad Ligera

2. Intensidad Moderada

3. Intensidad Grave

4. Intensidad máxima (invalidante o discapacitante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Incertidumbre ante el futuro. Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad, Preocupación.					
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Dificultad para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos. Falta de memoria.					
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día. Se siente inútil, desesperanzado, triste.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensación de parestias (pinchazos u hormigueos).					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					

11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea de tensión.					
14	Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					

ANEXO 3
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

-Edad _____

-Género _____

-Estado civil _____

-Número de hijos _____

-Post grado que cursa _____

-Año de residencia _____

-Antecedentes personales de alguna comorbilidad o patología médica (HTA, cefalea migrañosa, problemas respiratorios y dermatológicos)

METADATOS

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

TÍTULO	NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: "LUIS RAZETTI" DE BARCELONA ESTADO ANZOATEGUI ENERO-JULIO 2010
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Jiménez L, Carlos E.	CVLAC: 14.596.523 E MAIL: cejilo2006@gmail.com
Leras M, Romina A.	CVLAC: 16.055.881 E MAIL: romina_leras@hotmail.com
Ramos P, Rosmering M.	CVLAC: 16.673.144 E MAIL: chicaramos33@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Ansiedad

Género

Postgrado

Hamilton

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
<u>CIENCIAS DE LA SALUD</u>	Medicina

RESUMEN (ABSTRACT):

El objetivo general de la presente investigación fue determinar la presencia de ansiedad en los Residentes de los post grados del Complejo Hospitalario Dr.: "Luis Razetti" de Barcelona, en el periodo de Enero a Julio de 2010, a través de un trabajo de investigación de tipo: transversal, unicéntrico, de diseño retrospectivo y descriptiva. Resultados: El grupo etario de mayor representatividad en la investigación fue el grupo correspondiente a los 25 y 29 años, con un 52,78%. En relación a los niveles de ansiedad el 56.75% de la muestra estudiada presentó ansiedad leve, un 17.56% ansiedad moderada, un 1,35% ansiedad grave y un 24.32% no presentó sintomatología ansiosa; este hecho pone de manifiesto que la ansiedad en los médicos que conforman los diversos postgrados es elevada con una tasa que alcanza el 75%. Fue el género femenino quien presentó mayores casos de ansiedad con un 48.61%. En relación al estado civil y presencia de ansiedad se pudo determinar que el grupo con más casos de sintomatología ansiosa fueron los casados con un 81, 57%. En relación a los indicadores de ansiedad evaluados en los médicos residentes mediante la escala de Hamilton, se encontró que fueron las Funciones intelectuales y los Síntomas gastrointestinales los que predominaron como manifestación de ansiedad con un 34.72% y 27.72% respectivamente. Los más afectados fueron los residentes de 1er año, el post grado que obtuvo mayor proporción de ansiedad se encuentra primeramente el postgrado de Cirugía General con un 100%, seguido por Medicina Interna y Anestesiología con un 83.33%, Ginecología y Obstetricia con un 78,57%.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**CONTRIBUIDORES:**

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Gómez, Humberto	ROL	CA	AS X	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Bravo, Fernando	ROL	CA X	AS	TU	JU
	CVLAC:	Fernandobravo_66@hotmail.com			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Haddad, José	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Bello, María	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2011	03	04
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**ARCHIVO (S):**

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
TESIS. NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS RESIDENTES DE LOS POST GRADOS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DR.: "LUIS RAZETTI". Doc	application/ ms word

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: A B C D E F G H I J K L M N
O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z. 0 1 2 3 4
5 6 7 8 9.

ALCANCE

ESPACIAL: Hospital Universitario Doctor Luis Razetti. Barcelona Edo. Anzoátegui.

TEMPORAL: Siete meses

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Salud Mental

INSTITUCIÓN:

Universidad De Oriente- Núcleo De Anzoátegui

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**DERECHOS**

DE ACUERDO CON EL ARTICULO 44 DEL REGLAMENTO DE TRABAJO DE GRADO DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE: “LOS TRABAJOS DE GRADO SON DE EXCLUSIVA PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD Y SOLO PODRÁN SER UTILIZADOS POR OTROS FINES CON EL CONSENTIMIENTO DEL CONSEJO DE NÚCLEO RESPECTIVO, QUIEN LO PARTICIPARÁ AL CONSEJO UNIVERSITARIO”.

Carlos Jiménez

AUTOR

Romina Leras

AUTOR

Rosmering Ramos

AUTOR

Humberto Gómez

ASESOR

José Haddad

JURADO

María Bello

JURADO**POR LA SUBCOMISION DE TESIS**