



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL
NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2018-2019

PRESENTADA POR
ALEX ALBERTO RÁZURI URTECHO

ASESOR
DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

LIMA – PERÚ
2020



Reconocimiento - No comercial
CC BY-NC

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL
NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2018-2019**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
ALEX ALBERTO RÁZURI URTECHO**

**ASESOR
DR. JOSÉ DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

LIMA, PERÚ

2020

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	6
1.5 Viabilidad y factibilidad	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	17
2.3 Definición de términos básicos	27
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	31
3.1 Formulación de la hipótesis	31
3.2 Variables y su operacionalización	32
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	33
4.1 Tipos y diseño	33
4.2 Diseño muestral	33
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	34
4.4 Procesamiento y análisis de datos	34
4.5 Aspectos éticos	35
CRONOGRAMA	36
PRESUPUESTO	37
FUENTES DE INFORMACIÓN	38
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

En la antigüedad, en épocas de Hipócrates (siglo V a. C) se hacía uso a los términos melancolía y estados a lo que se conocen como manía y depresión, hoy. A lo largo de los siglos XIX y XX, la palabra depresión se consolida como un trastorno de afectividad que expresa disminución del basal del sujeto en el área psíquica y neurobiológica del mismo y esto se manifiesta a través de síntomas de diversa índole, llámese psicológicos o psíquicos (tristeza, desinterés, llanto, autoestima anulada) y físicos (falta de apetito, baja de peso, cansancio, fatiga, dolor inexplicable, trastornos en el sueño).

Sin embargo, no hay que confundir estos síntomas que se pueden dar de manera aislada en momentos específicos de la vida con la depresión *per se*. Esto último requiere definitivamente un tratamiento. Esta confusión en la actualidad ha hecho que el estar *depre* sea usada en diversos momentos, sin que esto signifique una depresión propiamente dicha. Estar desvitalizado, sin interés, cansado, y con impotencia de desarrollarse como uno quiere y no puede, etc., pueden ser síntomas de una depresión, pero a veces esto puede suceder por alguna vivencia pasajera y no ser patológica en la vida del ser humano.

La prevalencia de la depresión en la población se ubica en relación al 5% y la posibilidad de que un sujeto padezca una depresión a lo largo de toda su vida, sobre un promedio de 70 años, es del 15-20%. De estos, solo un 10% llega donde el psiquiatra y el resto, donde el médico general o a otros especialistas y algunos ni siquiera se preocupan de lo que sienten, por lo que es importante la formación en salud mental de todo médico y en la sociedad para que esto se vea desde el punto inicial de la sociedad: la familia.

Así mismo, la existencia del síntoma y del síndrome completo de ansiedad, vivido psicopatológicamente, pero también a nivel corporal, son requisito indispensable para considerar la entidad nosológica trastorno de ansiedad, que se delimita a un trastorno primario. Será comprensible, con matizaciones, desde el punto de vista psicológico; si fuese totalmente comprensible, por ejemplo, ante eventos

biográficos amenazadores del paciente, podría ser una reacción psicológica (vivencial) normal y no alcanzar la significación de un trastorno clínico; es clínicamente significativa en tales casos por su intensidad y/o duración. Finalmente, la sintomatología alcanza el grado de trastorno solo cuando puede objetivarse algún grado de afectación o disfunción para el paciente, al menos una afectación de su calidad de vida. Por otra parte, aunque no suele incluirse en los criterios diagnósticos, el síndrome casi siempre se acompaña de algún grado de desánimo o disforia.

Por ese motivo, enfocándonos ya, vemos que cada año egresan cantidad de médicos jóvenes con el fin de competir por una plaza laboral en el tan sobresaturado mercado de puestos de trabajo de médicos generales y otros por las pocas plazas que ofrece el Ministerio de Salud para la residencia. Por ese motivo, cuando los médicos egresan de las universidades se integran a un ámbito laboral pesado y muy sobresaturado si se trata de Lima como sede para ejercer la medicina. Aquellos médicos se enfrentan a un proceso de adaptación y aprendizaje constante, que tienen muchas implicaciones entre ellas, personales, educativas y sociales.

Tenemos que concientizar que la actividad de los médicos residentes es tan compleja, difícil de comprender algunas veces, ya que incluye temas políticos, económicos, culturales y de ideología además y lo más importante: aspectos de acuerdo a responsabilidades laborales que esto cambia de acuerdo al año académico en curso. Por eso, es importante e indispensable examinar todas las condiciones de trabajo y de estudio de los residentes, ya que esto puede repercutir sobre el aspecto físico y mental.

Ya en la residencia médica, la mayoría de médicos ingresantes a este sistema de entrenamiento de especialidad entran con suma emoción, alegría y muchas expectativas, sin embargo, con el pasar de los meses y años, la dualidad del trabajo (laboral como personal del hospital, atendiendo pacientes en emergencia, consultorio externo y hospitalización y, a la vez, ser estudiante con el fin de aprender y generar más conocimientos, los cuales se aplican en el quehacer diario) hace que estos médicos ingresen en un clima sumamente agitado y de estrés

constante que hace que la parte personal, familiar y social sean afectadas; sobre todo, la esfera mental es dañada. Algunos son conscientes de la enfermedad que podrían tener, otros van en declive de su propia salud y siguen atendiendo a pacientes con esa carga emocional no resuelta.

Y llegamos al punto donde es importante y menester detenernos y pensar un poco más en la salud mental. En el mundo, es un aspecto de la vida del ser humano que, aunque esté relegado, requiere mayor importancia. Se ha demostrado en uno de los últimos estudios de epidemiología en salud mental ,en Lima Metropolitana y el Callao, elaborado -en 2012- por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, que el trastorno mental más frecuente es el depresivo (17.2%).

Y esto no es exento para la población aquí descrita. Los médicos residentes están proclives a caer no solo en depresión, sino, ansiedad. A pesar que la mayor parte de población con trastorno depresivo se atiende en el primer nivel de atención, solo un 50 a 70% de ellos son diagnosticados por sus propios facultativos tratantes. Esto podría ser a que los pacientes no expresan su estado de ánimo real a no ser que se les pregunte de manera directa o también suelen negar u omitir sintomatología importante que ellos podrían tener. Asimismo, existen síntomas somáticos que acompañan muchas veces a estos trastornos del ánimo que también nuestros médicos residentes tienen.

Por ese motivo, es importante saber que debemos que hacer hincapié en la salud mental de los médicos residentes, pues ellos pasan por innumerables pruebas de conocimientos sumado al estrés, horas largas de trabajo, guardias donde la ansiedad se mezcla con la impotencia de ver morir pacientes más el afronte de que también son parte de un sistema social donde ellos se desenvuelven. Según la bibliografía, en el territorio peruano existen 0.76 psiquiatras por cada 100 000 habitantes. Por eso, es sumamente importante que todos los facultativos, en este caso residentes también, tengan la capacidad de buscar ayuda para el correcto manejo de esta patología.

Cabe resaltar que, según un estudio de 2015, desarrollado en el Hospital de Traumatología y Ortopedia N.º 275 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la ciudad de Puebla en México y publicado en la revista Educación Médica de El Sevier, se encontró que de los 31 residentes cuya media de edad era de 28 años en su mayor porcentaje (93.5% varones), se encontró depresión moderada en un 22.5%, luego de depresión grave en un 16.1% y muy grave: 6.4%. En cuestión a trastorno ansioso, se catalogó de leve en 38.7%; 41.9%, moderado y 3.2%, trastorno ansioso grave; 58% de residentes dieron positivo a los dos trastornos juntos.

En cuestión a trastornos depresivos, resultó que 87.5% fueron residentes de primer año; 50%, de segundo año; 55.5%, de tercer año y residentes de cuarto año, 50%; la ansiedad en un 100% en los de primer año, 80% en residentes de segundo año, 77.7% en los de tercer año y en los de cuarto año: 75%, además que los factores de riesgo asociados a estos trastornos era el de uso de tabaco y alcohol.

Otros estudios de esta índole se dieron en otros sitios del globo. Por ejemplo, en las Américas, se han hecho muchos estudios en los cuales participaban médicos residentes y enfermeras. En ellos, se ha concluido que entre un 30.2% (STAI – Inventario de ansiedad estado - rango) y un 43.3% (HADS – Escala hospitalaria de ansiedad y depresión) de residentes y enfermeras presentaban síntomas ansiosos y entre un 13% (BDI – escala de depresión de Beck) y un 44.4% (HDRS – escala de depresión de Hamilton), síntomas depresivos.

En Estados Unidos, en 2002, la investigación de Collier et al. dio una prevalencia de síntomas depresivos del 35% en muestra total de 4128 residentes de distintas ramas. Por otro lado, una investigación realizada en Turquía, en este caso con emergencistas, arrojó síntomas ansiosos y depresivos (BDI y BAI – inventario de depresión y ansiedad de Beck, respectivamente) en 14.6% y 15.1%, respectivamente (Erdur et al., 2006). En otro estudio, elaborado en el servicio de Emergencias, pero con población de personal de enfermería, resultó que un 54% de los profesionales tenían síntomas ansiosos de moderada a grave intensidad.

Sin embargo, en el Perú, así como en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren no hay estudios concernientes al tema de investigación, por lo cual es importante conocer la salud mental de los que velan la salud física y emocional de la población peruana.

Este trabajo ayudará sobre cuáles son las deficiencias que tiene los médicos residentes en sus respectivas labores, así como saber qué factores están asociados para la aparición de prevalencia de médicos que tiene estas patologías lo que servirá para poseer una estructura sólida y concreta para llevar a cabo cursos de salud para la prevención y conocimiento en los profesionales de la salud.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados a ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018-2019?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a ansiedad y depresión encontrada en médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018-2019.

Objetivos específicos

Determinar la tasa de prevalencia de ansiedad y depresión de los médicos residentes.

Determinar las características sociodemográficas.

Identificar el factor de riesgo más frecuente en médicos residentes para la aparición de ansiedad y depresión encontrada mediante su prevalencia.

Establecer las relaciones entre las dimensiones de factores de riesgo psicosociales y las del trastorno ansioso depresivo.

Determinar la distribución de factores de riesgo y la aparición de trastorno ansioso depresivo, según sexo.

1.4 Justificación

Existe una prevalencia alta de ansiedad y depresión en la población peruana y, de estos, una de las profesiones más susceptibles es la de salud; por lo tanto, es menester estudiar la primera línea de defensa real de un hospital: la de los médicos residentes. Más del 50% cursa en primer o segundo año de residencia con una edad promedio de 28 años. Algunos hacen más turnos para complementar sus ingresos y por eso trabajan hasta 24 horas adicionales esto afecta mucho en su concentración y rendimiento académico y laboral y eso, al final, repercute en la atención a los pacientes de consultorio y hospitalización; sin contar además que el ámbito personal y familiar es descuidado por muchos de ellos. Por eso, si estudiamos la prevalencia de la ansiedad y depresión en esta población tendremos mucha información para mejorar estructuras de calidad de servicio.

Así mismo, el hospital Sabogal no cuenta con un trabajo de investigación psicosocial de sus médicos residentes en los últimos años. Su población amplia de médicos y el número muy elevado de consultas externas, procedimientos y atenciones en emergencia es mucho mayor que lo primero. A esto habría que sumarle la carga ansiosa y/o depresiva que traen de sus ambientes familiares, por lo que el trabajo no sería de buena calidad y el único afectado aparte del paciente sería el propio médico residente.

En resumen, la importancia de este trabajo se basa en tres parámetros: 1) Que por la amplia magnitud del problema, tanto en número de residentes afectados como en la afectación de varios ámbitos en la vida de cada profesional médico. 2) Esto podría repercutir en la atención humanizada a los pacientes, además del bajo rendimiento laboral significando costos a la institución que acoge a este médico siendo la de más alto costo social y humano: el suicidio y 3) la detección temprano y el tratamiento oportuno de esta patología con el fin de evitar complicaciones y las consecuencias antes descritas, así se obtendrían beneficios de gran impacto social, económico y personal.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Este estudio es viable, ya que existe el permiso institucional. El Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren ha autorizado la recolección de los datos.

Así mismo, este estudio es factible, ya que se cuenta con los recursos financieros y materiales, como ya se dijo, que garantizarán el desarrollo del trabajo de investigación sin problema alguno. Además, se dispone del tiempo suficiente para realizar la investigación, además de poder contar con los recursos humanos y económicos para solventarla, además de lo más importante: los test de diagnóstico para ansiedad y depresión correctamente validada. Cabe señalar que se cuenta con un gran número de participantes para esta investigación, llámese todos los residentes de primer año, segundo y tercero que estén rotando en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018-2019. Además, existen trabajos anteriores de otros lados del mundo que avalan que el método que se empleará en el presente proyecto de investigación es el adecuado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Marzouk M et al., en 2018, publicaron una investigación sobre la prevalencia de la ansiedad y la depresión asociados a sus factores de riesgo entre médicos residentes de un hospital de Túnez. Para esto, se emplearon bajo un diseño transversal de estudio a todos los médicos residentes que se reunieron en su hospital para elegir su próxima rotación de seis meses.

Se usó el cuestionario de ansiedad y depresión que el hospital manejaba, y dio como resultado que 77% de los médicos residentes, llámese 60% mujeres respondieron el cuestionario. De ellos, el 73% aseguraban 5.4 +/- 3 turnos nocturnos al mes y solo 8% podía beneficiarse de un día de descanso seguro.

En general, 74.1% reportaban ansiedad propiamente dicha (definida) y 62% depresión asegurada, además de 20% con ambas patologías psiquiátricas. En comparación, las especialidades más difíciles por su entorno social, de responsabilidad además de gasto mental excesivo fueron las quirúrgicas y médico-quirúrgicas.

Se concluyó que los residentes tunecinos experimentan una tasa de ansiedad/depresión mayor que la registrada en otros países y esto repercutiría en su labor asistencial y pueda ser causa de errores médicos mayormente descritos en ese país (1).

Así mismo, en Irán, Maryam Kousha et al., también en 2018, establecieron una relación interesante entre la inteligencia emocional (IE) y la ansiedad – depresión en la salud mental de los médicos residentes, punto mediante el cual se podría conocer también que tanto estos médicos conocen sobre IE, que es un término muy usado pero muy poco conocido.

Se desarrolló un estudio transversal donde se intervinieron 100 residentes de los 245 solicitados, de ellos se usaron para medir el IE y su relación con la ansiedad y depresión, la escala Bar-on IE cuestionario, además de la Escala de estrés de

ansiedad – depresión, 21 fueron utilizados en este estudio. Hallaron que la puntuación media fue 17.8% (estrés), 10% (ansiedad) y 10.49% (depresión).

Además, se vio una relación negativa de las 3 patologías con relación a IE. Se concluyó, entonces, que una IE más alta en médicos residentes es un factor protector para tener menor estrés y, por lo tanto, bajar las tasas de prevalencia de ansiedad y depresión (2).

Dave S et al., también en 2018, publicaron un estudio interesante en el que el universo de estudio fueron médicos residentes de un hospital docente de la zona urbana de Gujarat, India.

El fin del estudio fue descubrir cuánta era la prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos y el estrés en dichos médicos, así como los factores sociodemográficos y a su vez estudiar la correlación de factores de riesgo (personales, laborales, económicos) con el inicio de la sintomatología psiquiátrica.

Para esto, se usaron hoja de datos demográficas y la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS), mediante el estadístico respectivo y el Chi cuadrado pudieron recabar la información que abrió nuevas luces para la prevención de la salud mental.

La prevalencia de la depresión fue mucho más alta que el del promedio (27.71%), ansiedad (36.58%) y estrés (24.24%) entre los médicos residentes. Además, factores de riesgo como largas horas de servicio, no satisfacción laboral, no tener aficiones, residentes de ramas clínicas se asoció con un mayor puntaje en el DASS (3).

De igual manera, García et al., en 2018, publicaron un ensayo clínico, mediante el cual determinaron si existe relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de depresión en médicos becarios de un hospital en México.

Fue un estudio observacional, transversal y descriptivo, mediante el cual se evaluó a 86 médicos becarios, 44 internos de pregrado y 42 médicos residentes de

Medicina Familiar usando escala de Beck y FACES III. Se encontró 9.3% de prevalencia de depresión, además predominando un 17% de familias mal constituidas o caóticas al momento del examen.

Por lo tanto, se encontró correlación entre el tipo de familia y la presencia de depresión, un punto importante a estudiar en la génesis de esta patología mental. (4).

Daglius R y Scalabrini A, en 2017, en Sao Paulo, Brasil, se cuestionaron el dato de la prevalencia del estrés agudo (ansiedad) en un grupo de médicos residentes en una sala de urgencias, ya que esa es la primera línea donde el paciente acude para aliviar su malestar. El objetivo del estudio justamente fue la evaluación del cuadro ansioso agudo y su relación con factores personales y situacionales.

Se desarrolló para tal fin un estudio observacional transversal donde se midió una serie de basales a médicos residentes antes de su guardia y después de ella, siendo estos basales los siguientes: frecuencia cardiaca, presión arterial, actividad de a-amilasa y el inventario de ansiedad estado – rasgo.

La conclusión fue que la atención de emergencia provocó un estrés agudo sustancial en los residentes. La experiencia de los residentes, la ansiedad por los rasgos y la cantidad de procedimientos de emergencia se asociaron de forma independiente con la respuesta al estrés agudo (5).

Hayes et al. publicaron, en 2017, un estudio transversal en un hospital de Irlanda en el cual se pretendió evaluar y medir los niveles de trastornos psicológicos y bienestar dentro de médicos en dicho país. Para dicho fin, se utilizaron datos sociodemográficos además de cuestionarios de bienestar completos, así como también escala de ansiedad, depresión y estrés de la OMS.

Se encontró mucha evidencia en el cual los síntomas de depresión, ansiedad y estrés fueron significativamente más altos que lo esperado, los de bienestar fueron más bajos en comparación con el patrón normal. Concluyeron que hay factores de riesgo que incrementan el riesgo de padecer de patología neurótica en dichos

médicos como por ejemplo el excesivo horario incumpliendo la ley europea de trabajo, además de aparecer por primera vez el denominado auto estigma en un 68.4%, lo que sería una barrera para acceder a la atención (6).

También, en 2017, Martínez–Campaña et al. se propusieron realizar un estudio donde se necesitaba medir la prevalencia y grado de depresión en estudiantes de posgrado de medicina (médicos residentes), para lo cual utilizaron el test de Hamilton durante el periodo 2016-2017.

El estudio fue transversal, en el que 60 residentes de posgrados de clínicos – quirúrgicos y Anatomía Patológica fueron la mayoría de sexo femenino. Se concluyó que la depresión en ese universo fue de 23.3% con una escala moderada. Solo un participante fue declarado como depresión severa. Entonces, se concluyó que las evaluaciones psiquiátricas deben ser frecuentes para todo el universo de médicos (7).

En 2017, Slavin et al. publicaron un estudio nacional de residentes de todas las especialidades encontrando un 60.3% de síntomas de agotamiento, 50.8% depresión y el 8.1%, de ideación suicida hace un año.

Posteriormente, y bajo un análisis de los datos encontrados, se pudo llegar al resultado de que el 20% de los residentes reunieron criterios de depresión, mientras que 74% de ellos dieron criterios para *burnout*.

Se concluyó, por lo tanto, que hay pocos estudios, cuyo objeto es la salud mental de los médicos residentes, la primera línea de defensa ante las enfermedades de la población para un hospital. Se necesitan nuevos modelos para abordar este problema crítico en la facultad de medicina de la Universidad de Saint Louis en EE. UU. (8).

En 2016, Jong M A et al. publicaron un metanálisis, en el que se investigó la relación de lo que él llama TMC, en sus siglas trastornos mentales comunes (ansiedad, depresión, agotamiento y estrés) con los incidentes médicos y/o comportamiento no profesional en los médicos de los diversos hospitales en Holanda.

Se abordaron 15 estudios donde se encontró pruebas contundentes de asociación significativa entre agotamiento/ ansiedad y la aparición de incidentes médicos, en base a estudios longitudinales y trasversales. No se encontró relación significativa entre depresión y el comportamiento no profesional del personal de salud.

Se concluyó que los TMC fueron asociados a aparición de incidentes médicos autoinformados, por lo cual se hizo hincapié en su prevención (9).

En 2016, Lúcia Cabral et al. publicaron, en Portugal, un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo y correlacional acerca de los factores sociodemográficos y situación económica y el inventario de salud mental ante 116 profesionales de salud.

En la muestra, la mayoría de entrevistados fueron médicos entre 28 y 34 años que son residentes en zonas rurales y su contrato era fijo en los hospitales en los cuales trabajaban. La mayoría de ellos, un 92.1%, admitió que la última crisis financiera en ese país los afectó sobremedida y de ellos un 61.5% experimentó ansiedad y 47.7% tristeza por lo ocurrido. La edad fue lo que más intervino, ya que gran porcentaje que tuvo esa percepción de su salud mental empeorada fueron los médicos más jóvenes.

Por lo tanto, la situación económica fue asumida como predictivo de la salud mental y su relación inversamente proporcional con la ansiedad, depresión, pérdida de control, afecto positivo y lazos afectivos (10).

En 2015, Yousef Moradi et al., desarrollaron un estudio de metaanálisis donde se recogía datos interesantes desde 1974 a 2005 de agotamiento, ansiedad, angustia, despersonalización en médicos residentes de Ginecología y Obstetricia a nivel mundial.

Se encontró una tasa de 44% de agotamiento y ansiedad - angustia en los médicos residentes, de los cuales el 20% tenían además síntomas depresivos. Ello conlleva a pensar que tuvieron una calidad de salud mental deficiente durante su residencia.

Esto concluyó y reveló que hay una alta prevalencia de estos síntomas en residentes. Por lo tanto, se recomienda considerar y abordar este importante problema para desarrollar soluciones e intervenciones que podrían mejorar la condición laboral de los residentes médicos (11).

Así mismo, también en 2015, Mata D et al. publicaron un metanálisis donde se evidenciaba diversos ensayos desde 1963 a 2015 acerca de depresión o prevalencia de síntomas depresivos en médicos residentes. Para dar fe de esto, se utilizó un método validado para evaluar la depresión o los síntomas depresivos.

Resultó que 28.8% era la prevalencia para depresión con un rango de 20.9% a 43.2%, hubo además un aumento de la prevalencia al aumentar el año calendario (0.5% más por año), dentro de ese 0.5%, estaba la tasa de 0.3% aumentado por año de residencia.

Por lo tanto, se volvió a corroborar la prevalencia alta de estos síntomas en médicos residentes lo cual conlleva a más investigaciones para identificar estrategias efectivas para prevención (12).

En 2015, Vargas B et al. publicaron un estudio transversal, descriptivo y correlativo de 981 residentes de 1.er y 2º año de la UNAM para medir rasgos de personalidad, síntomas ansiosos depresivos y preguntas sobre ideación suicida y los resultados fueron sorprendentes.

El perfil de personalidad común fue de un neuroticismo y alta diligencia (obsesivos-compulsivos), en cuestión a que especialidades abarcaban mayores síntomas ansioso-depresivos fue urología con 38.9%; psiquiatría, 34.1%; medicina legal, 27.8%; medicina familiar, 27.4%; medicina crítica, 25.9% y anestesiología, 25%. Los residentes de cirugía oncológica presentaron la media más alta de índice global de severidad (IGS); luego, psiquiatría y anestesiología. Un 8% de los estudiados presentaron ideación suicida.

Se concluyó, entonces, que el patrón de personalidad tipo neurótico se relaciona mucho con la especialidad que estos profesionales estudian (13).

En 2014, Joules et al. realizaron un ensayo clínico de tipo metanálisis con suficientes datos recogidos de prestigiosas bases de datos de literatura sobre depresión mayor en médicos residentes y se encontraron datos realmente alarmantes.

Se señaló como primer punto que la prevalencia de la depresión en los residentes es mayor que la población total. Se estudiaron muchos factores sociodemográficos para entender este problema y se llegó a la conclusión que la salud física, una infancia infeliz y el estrés en el trabajo se asociaron al tema depresivo. El estrés del trabajo se correlaciona, a su vez, en proclividad a errores médicos, disminución para manejar el estrés laboral, permisos de ausencia, interrupción de la capacitación médica y suicidio.

Interviniendo oportunamente al médico residente y combatiendo la depresión mediante un programa a bajo costo, confidencial, fuera del campus hospitalario se asegura el éxito. Es lo que los investigadores concluyeron como aporte al contexto social en Estado Unidos (14).

Además, otro estudio publicado en 2014 fue el de Pereira-Lima K. y Loureiro S. R., en el cual en este estudio transversal, descriptivo y correlativo de 305 médicos residentes sin importar áreas clínicas o quirúrgicas de un hospital brasilero fueron objeto para el hallazgo de la prevalencia de desórdenes en la salud mental de los médicos residentes.

Se verificaron altos índices de agotamiento y problemas de salud mental y las habilidades sociales se asociaron negativamente con las dimensiones del agotamiento, como el agotamiento emocional, el desapego emocional y la deshumanización, pero de manera positiva asociado a la realización personal. Además, los residentes con indicadores de problemas presentaron habilidades sociales significativamente más bajas que los residentes sin indicadores de agotamiento, ansiedad o depresión.

Por lo tanto, se concluye que se necesitan más estudios, que incluyen otros tipos de instrumentos además de los auto informados y evalúan no solo las habilidades sociales, sino también la competencia social en la práctica profesional, estos deben adoptar diseños de intervención y longitudinales que permitan verificar la continuidad o superación de los problemas (15).

Mascarúa-Lara E. et al., también, en 2014, en México, desarrollaron un ensayo clínico de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo realizado en médicos residentes de Medicina Familiar de un hospital de Puebla, donde se evaluó la ansiedad usando el test de Hamilton y la depresión usando el test de Beck.

Resultó que fue 41.1% los casos de ansiedad leve en 39.1% residentes de primer año. Respecto a la depresión, se encontró 45.4% de residentes de segundo año que padecían dicho mal y que, además, 30% eran solteros, así como otros datos arrojados.

Se concluyó que predominaron los médicos residentes que no tuvieron alguna patología psiquiátrica de los que sí lo tuvieron. Además, se demostró que factores externos desencadenan poco a poco la patología en dichos profesionales y que esto afecta el buen *performance* ante los pacientes (16).

Jiménez-López et al., en 2014, realizaron un ensayo clínico de tipo transversal y longitudinal en el que 108 médicos residentes de segundo año contestaron al inventario de Beck, al inventario de ansiedad rasgos-estado y a la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del año académico, a los seis y doce meses posteriores.

Este interesante trabajo resultó que en la primera medida se reportó 3.7% de prevalencia para clínica depresiva, 38% para clínica ansiosa y 1.9% de riesgo factible de suicidio. A los seis meses, todos los valores aumentaron en 22.2%, 56.5% y 7.4%, respectivamente.

Por eso, se recomendó la detección de residentes con factores de riesgo para desarrollar dicha patología en el tiempo, eso se podría bajo una política de salud mental que albergue a los postulantes a las diferentes especialidades (17).

En 2013, Lebensohn et al. realizaron un ensayo clínico, en el que exponían la relación de los comportamientos de médicos con las medidas de bienestar al inicio de la residencia médica. Para eso, usaron cuestionarios en línea dirigidos a residentes de la especialidad de Medicina Familiar en relación a preguntas sobre estrés, depresión, ansiedad y factores socioeconómicos.

Veintitrés por ciento de los residentes puntuaron en un rango consistente con el riesgo de depresión. En términos de riesgo de agotamiento, 13.7% obtuvo un puntaje en el alto rango de agotamiento emocional y 23.8% en el alto rango de despersonalización.

Una mayor despersonalización y menos tiempo en las relaciones de nutrición se asociaron con una mayor probabilidad de uso de medicamentos para el sueño, el estado de ánimo y la ansiedad en las mujeres. Un mayor consumo de alcohol se asoció con mayores niveles de estrés percibido, agotamiento y depresión.

Por lo tanto, los investigadores concluyeron que los dos comportamientos de bienestar más asociados con un mayor bienestar fueron el sueño reparador y el ejercicio, datos que se debe tener en cuenta para la prevención de depresión y Burnout. (18)

Un estudio más reciente, en 2017, realizado por Eva Raquel Agreda – Carrillo et al., plantea un ensayo descriptivo, correlacional, de corte transversal el cual el objetivo era determinar el nivel de aptitudes teóricas y prácticas sobre la depresión mayor o episodio depresivo en residentes de un hospital en Lima, Perú. De 113 residentes (100%) el 5.31% había recibido cursos acerca de salud mental y psiquiatría. El 15.93% demostró conocimientos insuficientes; el 73.45%, conocimientos moderados y el 10.62%, conocimientos suficientes sobre depresión.

A pesar de que el 88.5% consideró la depresión como enfermedad, solo un 55.75% opinaron que todos los médicos tienen que diagnosticar y tratar casos de ansiedad y depresión con facilidad. Esto es alarmante, ya que, según los investigadores, no todos los médicos están en la facultad de detectar y prevenir casos de depresión

ante ellos mismos o colegas residentes. La necesidad de corregir esto es mandatorio (19).

Por último, una investigación realizada por Jesús Villavicencio Castro, en 2015, asoció la depresión con síntomas de *burnout* en médicos residentes e internos de medicina de un hospital en el Callao, Perú.

Este estudio observacional, descriptivo y analítico transversal tuvo en su población todos los médicos residentes e internos de medicina de dicho nosocomio, siendo una población general de 39 médicos residentes y 81 internos.

Se encontró asociación entre presencia de síndrome de Burnout (despersonalización, síntomas negativos, agotamiento físico y mental) y la depresión con un OR de 83.06, IC 95% y $p < 0.001$ medida por regresión logística.

Esto demostró que el síndrome de Burnout desarrolla 83 veces más depresión en esta población frágil en las que no padecen de dicho mal. Esto conlleva a que debería hacerse hincapié en la prevención de la depresión en nuestros profesionales residentes (20).

Saldaña O et al. publicaron, en 2014, un estudio observacional, descriptivo realizado en México, en el cual se analizaba la prevalencia a un mes de depresión en médicos que estén en proceso de formación de su especialidad. Se aplicaron cuestionarios SQR para corroborar presencia de depresión.

Se obtuvo una prevalencia de 7.56 por 100 facultativos en formación con probables casos de depresión grave, 64 de 100 casos de depresión moderada. La prevalencia, según especialidades, indicó, en primer lugar, Cirugía General, Urgencias, Medicina Interna y Medicina Familiar y en sexo, el femenino es el más afectado. Una vez más como en anteriores antecedentes, no existía plan de prevención de salud mental para médicos residentes (21).

2.2 Bases teóricas

Trastornos del estado de ánimo

Ansiedad

El término ansiedad no es más que algo común en nuestro quehacer diario. Cualquier persona que hayamos conocido nos ha comentado que se siente ansiosa o ansioso en determinados momentos de la vida. Sin embargo, es importante distinguirla la ansiedad que cualquiera puede tenerla de la experimentada patológicamente. Hoy, existen varios parámetros en los cuales nos basamos para definir ansiedad. La primera es una sensación de fastidio muy molesto que es concomitante a síntomas corporales.

Esta experimentación también se da en animales, y se ha dicho que es como un mecanismo de adaptación para enfrentar obstáculos o peligro. Por tal motivo, se ha distinguido el miedo de la ansiedad, en la cual el miedo tiene por sí un objeto real, una amenaza particular; en cambio, la ansiedad es una amenaza no tan bien definida y su origen es intracorpórea o dentro del alma. Además, el término ansiedad se ha asociado mucho con el estrés; por tal motivo, cada vez que la persona se enfrenta a un problema serio se podría decir que enfrenta una situación o una coyuntura estresante; en cambio, no todo estrés conlleva a sentir ansiedad, y mucho menos a un padecer de un trastorno de ansiedad.

Todo esto depende de que tan buena es su manera de llevar los problemas, que tan bueno es su soporte psicológico y biológico para enfrentar dichas situaciones. Por lo tanto, de lo dicho se puede concluir que existen personas que tienen mayor peligro a padecer trastornos de ansiedad (22).

Por lo tanto, a raíz que la medicina avanza a pasos agigantados cada día y se descubren gracias a estudios clínicos, las variables que nos permiten diferenciar mejor a pacientes que tienen este trastorno del que no lo padece, se ha logrado diferenciar en tipos y subtipos la amplia característica en trastorno por ansiedad. Por otro lado, a pesar de que estas enfermedades mentales se conglomeran bajo un

mismo grupo, muchas veces los síntomas específicos pueden cambiar considerablemente, así como la vía de tener un tratamiento óptimo (22).

Gracias a todo lo dicho, los trastornos de ansiedad se pueden diferenciar del miedo y/o de la ansiedad normal, por ser excesivo en cuanto a su dimensión cualitativa o durar más allá de lo que una ansiedad normal duraría (dimensión cuantitativa). Se pueden distinguir de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por factor estrés, por ser persistentes (por ejemplo, duración de seis meses o más). Sin embargo, este criterio citado es solo una guía, ya que permite flexibilidad y una duración más corta en los infantes (por ejemplo, en el trastorno de ansiedad por separación y en el mutismo selectivo).

Cabe resaltar la sobreestimación del peligro en estos pacientes y, por lo tanto, la temerosidad y la evitación en situaciones particulares; por ese motivo, el análisis clínico decisivo de que si esta ansiedad es patológica o no lo hace un personal entrenado en la materia (llámese un psiquiatra o psicólogo). La gran mayoría de los trastornos de ansiedad comienzan a desarrollarse en la niñez y, lamentablemente, persisten si no se les trata. La mayoría es más en mujeres que en los varones (proporción de 2 a 1). Es importante recalcar, además, que cada trastorno de ansiedad debe pasar un descarte de organicidad o si es debido a efectos fisiológicos de fármacos (23).

En el mundo psiquiátrico, existen dos sistemas de clasificación mundial de las enfermedades mentales: el de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y el de la Asociación Psiquiátrica Americana (DMS-5). Veremos la clasificación de los trastornos de ansiedad según la DSM-5, ya que es la más actualizada.

1. El mutismo selectivo se caracteriza por una falta de expresión en el lenguaje en ciertas situaciones específicas en la que tuviera que haber comunicación de parte de emisor e interlocutores (por ejemplo: colegio, universidades, reuniones sociales), y esto a pesar que el individuo si se comunica bien en otros ámbitos. Esta falta de comunicación verbal tiene consecuencias académicas, laborales y sociales (23).

2. Los pacientes que padecen de fobia específica presentan un miedo irracional, desproporcionado y persistente a un objeto en particular y por ende tratan de evitarlos (23).

3. En el trastorno de ansiedad social (o también llamado fobia social), la persona siente temor y ansiedad con las reuniones e interacciones sociales y además las situaciones que requieren ser evaluado, por eso evita aquello. Esto incluye reuniones con personas no conocidas, momentos en los que la persona puede ser vista comiendo, bebiendo o haciendo otras actividades frente a otros (24).

4. Cuando una persona tiene trastorno de pánico, esta experimenta miedos irracionales, persistentes que lo tienen intranquilo y/o preocupado que le pueda dar una crisis de novo en cualquier otra nueva situación (por ejemplo: evitar ejercicios al aire libre, situaciones no conocidas) (24).

5. Por lo tanto, se habla de crisis de pánico cuando aparecen súbitamente el miedo y un malestar irracional que alcanzan nivel tope en poco tiempo (minutos), acompañados de síntomas somáticos y/o cognitivos. Todo esto sin razón aparente. La crisis de pánico también puede ser un síntoma más de otro tipo de patología mental psiquiátrica (24).

6. Se habla de agorafobia cuando el paciente experimenta el temor o ansiedad ante más de dos de las siguientes circunstancias: uso del transporte público, estar en sitios abiertos haciendo cola o estar dentro de una multitud; además, también se da encontrándoseles solos fuera del sitio común y habitual para ellos en otras situaciones (24).

7. El trastorno de ansiedad generalizada es una forma de ansiedad persistente y excesiva además de una preocupación sobre varios aspectos de la vida, que la persona dice no poder controlar. Esto se da también en todo momento casi todos los días. Además, el paciente refiere somaticidad y síntomas cognitivos (ejemplo: inquietud, nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, dolores musculares debidos a tensión y alteraciones en el ejercicio del sueño) (24).

8. El trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos se refiere a la ansiedad por la intoxicación o mal uso de fármacos o sustancias (23).

9. En el trastorno de ansiedad, debido a una enfermedad médica, la ansiedad es debida en consecuencia a una enfermedad orgánica de fondo (23).

Por lo tanto, habiendo dado una pincelada a los distintos tipos de trastorno de ansiedad según la DSM-5, se concluye que las características clínicas, epidemiología, etiología dependen de cada tipo de patología, así como su pronóstico y tratamiento.

Depresión

La depresión constituye un problema social de primer orden: En la actualidad, es la quinta causa de discapacidad en todo el mundo. Según Murray y López, en 1996, afecta a una media de alrededor del 10% de la población y la previsión futura es de que, en el año 2020, ascenderá hasta ocupar el segundo lugar en la escala de discapacidad y la baja laboral. La depresión constituye, además, uno de los problemas de salud mental más incapacitantes y de mayor padecimiento para la gente que lo sufre, así como para la sociedad que rodea a ese paciente (25).

El trastorno depresivo tiene, también, por circunstancia aun poco conocidas, las de afectar de modo pleno a las mujeres, en las que llega a proporciones del doble respecto de hombres, y constituye el principal componente denominado estrés o síndrome del ama de casa (25).

¿Qué factores son los causales para desarrollar la depresión? Los de etiología biológica (como la genética, neuroquímica, neuroendocrinología, etc.) se relacionan mucho con las llamadas depresiones endógenas, mientras que los de etiología psicosocial (como los trastornos de la personalidad, los acontecimientos negativos en la vida del paciente, poco apoyo psicosocial) se relacionan con las depresiones psicógenas no endógenas (23, 25).

En las depresiones melancólicas, el trastorno se alberga en las zonas subcorticales hipotálamo – hipofisiarias. Aún la ciencia no logra reconocer si existen diversos tipos

biológicos de depresión, o derrepente exista un único trastorno que provoca la reacción en cascada de todo el circuito neurológico de la depresión en el cerebro del paciente (25).

Entre las depresiones psicógenas, se han visto, también, de los factores mencionados, también la falta de apoyo parental en el individuo, además, de lo ya demostrado con la presencia de acontecimientos negativos en la vida de la persona meses antes del inicio de los síntomas. También, el pobre apoyo psicosocial de la familia y de pareja se considera como factor etiológico de suma importancia (25).

Clínicamente, la depresión es vista como un estado de bajo ánimo, con una gran tristeza y desinterés por las actividades que realiza el sujeto y marcada disminución de la actividad física y psíquica sin contar con la falta de motivación, apetito, libido y sueño que puede experimentar. Esto, a la larga, si no se trata, podría conllevar a una falta de pérdida de ganas de vivir y, por ende, al suicidio (25).

En cuanto a su clasificación, pueden seguirse los siguientes criterios: según la gravedad (mayor, menor), la edad de aparición (adulto y niñez), la clínica (típicas, atípicas), la presencia de trastornos de movimiento (agitadas o inhibidas) o relacionados a la ansiedad (ansiosos y los que no tienen este síntoma), la ausencia o presencia de momentos de éxtasis, euforia o estados maníacos (unipolares, bipolares), etc. (25).

La clasificación, que por mucho tiempo ha parecido útil y clara, es la que establece tipos según la causa:

1. Depresiones somatógenas u orgánicas, de etiología médica (hipotiroidismo, anemias, infecciones virales, cáncer de páncreas, enfermedad de Parkinson, patología cerebral vascular, etc.) o por medicamentos que causan depresión iatrogénica (por anticonceptivos, corticoides, antihipertensivos, barbitúricos, inmunomodulares, etc.). Estas depresiones, que son muy vistas en el consultorio de medicina general, se manifiestan más por síntomas físicos (estados de cansancio, somnolencia, laxitud y anorexia) que por depresivos (tristeza, llanto, sentimientos de

desesperanza, etc.), por lo tanto, el tratamiento tendría que ser a la causa principal que origina todo lo anteriormente dicho (26).

2. Depresiones endógenas o melancólicas, de naturaleza genética, rodea entre un 15 – 20% de todas las depresiones. Los síntomas hacen referencia a lo que se conoce como trastornos cronobiológicos, que se desarrollan de acuerdo a la estación del año y tiempos en el día, llámese inicio de cuadros en primavera y otoño con mejoría por las tardes y en el despertar precoz. Ante un individuo que empieza la depresión bajo estas características, lo que habría que hacer es mejorar su estado basal por las tardes noches y que su sueño sea continuo y no lo que usualmente sucede: duerme pero se despierta de madrugada. Si sucediese bajo estas características, estamos casi seguros de un caso de depresión endógena (26).

3. Depresión de causa psicosocial (psicógenas o neuróticas), cuya naturaleza es básicamente los problemas psicosociales personales (depresiones neuróticas o distimias) o respuestas emocionales enfermizas a desencadenantes conflictos externos (también llamadas depresiones reactivas o trastornos adaptativos depresivos). Esto tiene como característica procesos de ansiedad, sentimientos de autocompasión, falta de trastornos cronobiológicos, su curso fluctuante, ausencia de anomalías biológicas, reactividad a problemas externos, ausencia de trastornos del movimiento y ausencia también de ideas delusivas, menor riesgo de suicidio y mayor tendencia a la resistencia al tratamiento biológico que las depresiones endógenas (refractoriedad). (26).

Como habíamos dicho, la clínica es diversa en las distintas esferas mentales. Es así que tenemos la división en cinco grandes áreas: A) en el área del afecto el síntomas más típico y característico es la tristeza, la incapacidad para experimentar placer o anhedonia (en depresiones melancólicas), seguido de apatía, indiferencia, irritabilidad (en depresiones tardías y neuróticas), anestesia reactiva en un 15%.

B) En la esfera del pensamiento, podemos encontrar: enlentecimiento motor (en depresiones melancólicas), monotemático, negativo, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio, ideas de culpa, ruina e hipocondría (melancolía), déficit de atención-concentración. C) En la conducta, se aprecia: abandono personal,

hipotonía general, inhibición/agitación (depresiones melancólicas), aislamiento, llanto fácil, intentos de suicidio. D) En los ritmos biológicos, se evidencia que inicia en primavera – otoño, mejora vespertinamente y hay despertar precoz (depresiones melancólicas). E) Síntomas somáticos como: anorexia, pérdida de peso, insomnio/hipersomnia, trastornos digestivos, estreñimiento, algias, astenia, disfunciones sexuales (23, 26).

Si hablamos del curso y del pronóstico de esta enfermedad pues tenemos que recalcar del tipo de depresión. En las depresiones orgánicas, el pronóstico es excelente una vez que la organicidad sea resuelta, excepto en casos de demencia.

En los trastornos unipolares (solo polo depresivo) endógenos, el inicio es más tardío que en los bipolares (polo depresivo y polo maniaco), por los 35 - 40 años, y la duración de los episodios se estima alrededor de seis meses, si bien en los casos no típicos, con trastornos de personalidad u organicidad concomitante, la duración puede ser más extensa. Si hablamos de las depresiones reactivas, estas suelen tener un buen pronóstico, si no se añaden otros factores.

Finalmente, las depresiones neuróticas o distimias tienden a cronificarse (depresión por más de dos años), ya que en el sujeto habita una personalidad neurótica de base que dificulta un buen pronóstico y un buen tratamiento (26).

El tratamiento que requieren estas personas suele estar centrado, consecuentemente, en la recuperación o el reequilibrio del estado de ánimo, mediante los recursos farmacológicos y psicológicos apropiados, junto a la modificación de los patrones o modos inadecuados de pensamiento que típicamente caracterizan a estos pacientes, hasta que logren recuperar el deseo de vivir y normalizar su nivel de actividad, de bienestar y de satisfacción (23, 24, 26).

Síndrome de Burnout

El síndrome de desgaste profesional (por su traducción en inglés *occupational burnout*), es un estado que consiste en la presencia de una respuesta prolongada de estrés y síntomas físicos y cognitivos antes factores externos que generan un estrés no controlado. Esto, además, tiene que ver con factores en la emoción y relaciones

sociales que se aparecen en el centro de labores. Esto incluye debilidad crónica, despersonalización y una negativa en reconocer lo sucedido (27, 28).

Este síndrome no aparece como tal en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – 5), aunque sí, en parte, es mencionado de manera escueta en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) bajo el código Z73.0, pero dentro de la subclasificación asociada a problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida (29).

Es muy común encontrar población de riesgo en esta patología ocupacional tan de moda en el argot laboral y de la psicología, en general los más vulnerables a padecer el síndrome son aquellos profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador-cliente de carácter intenso o duradero. Estos profesionales se caracterizan por un desempeño bueno, incluso excelente, son comprometidos en todo y tienen altas expectativas respecto a las metas que se trazan (30).

Por lo tanto, el síndrome de Burnout es muy frecuente en el personal sanitario (nutricionistas, médicos, enfermeras/os, farmacéuticos, psicólogas/os, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicoterapeutas, así como personal administrativo) y docente no escapando por cierto otros profesionales como deportistas de élite, teleoperadores, ingenieros, personal de las fuerzas armadas y policiales, y en general, en muchas profesiones de las que actualmente, hay incremento en número y en interés de analizar. (31).

Respecto al género que predomina, todo apunta que las mujeres tienen mayor prevalencia en relación a los varones (28-30).

Los síntomas de este síndrome se han clasificado en cuatro grupos, los cuales aparecen de manera progresiva y son:

Síntomas orgánicos: dolor de cabeza, diarrea, estreñimiento, insomnio, entre otros.
Síntomas de conducta: problemas en las relaciones sociales, ausentismo en el trabajo, entre otros.

Síntomas afectivos: frialdad afectiva, angustia en *random* laboral.

Síntomas de defensa: aquí aplica la negación como mecanismo de defensa de los síntomas anteriormente descritos y desplazamiento de las emociones hacia otros ámbitos (30).

Lo que cabe resaltar de los síntomas anteriores es un fuerte sentimiento de impotencia, y esto empieza desde que el sujeto inicia su día, ya que se siente cansado y sin energía. Para él o ella, el trabajo es interminable. Hay anhedonia, ovsea falta de placer de lo que antes sí le causaba. A pesar que hay tiempo de sobra, hay estrés y ansiedad marcados. En contraposición de lo que pasaba al inicio, el trabajo produce desgaste profesional y personal (30).

Existen claras diferencias, según Goolsby y Rohoads, entre agotamiento profesional y estrés y son las siguientes (31):

Estrés	Agotamiento profesional
Sobre intervención de problemas	Intervención nula
Labilidad en las emociones	Aplanamiento afectivo
Puede haber síntomas somáticos	Existe daño emocional
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento que afecta la motivación
Depresión es como una reacción a preservar energía física.	Depresión es como perdida de metas, sueños. Hay melancolía. Impotencia.
Si la exposición es moderada podría haber efectos buenos, aparece perseverancia, lucha, coraje.	Solo causa efectos negativos.

Criterios diagnósticos según CIE-10 y/o DSM-5

1. Trastorno mixto de ansiedad y depresión (CIE-10) (29)

Es cuando están presentes síntomas de ansiedad y de depresión en el sujeto, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para

justificar un diagnóstico por separado. Lo que habitualmente se conoce como 50 – 50 en relación a los síntomas de ansiedad y depresión experimentados.

Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría.

2. Trastorno de depresión mayor – DSM-5 (32) (en CIE-10 es equivalente a episodio depresivo F32.X)

Cuando coexisten síntomas depresivos por más de dos semanas llámese estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día con sentimientos de vacío, sin esperanza, cuando haya disminución del interés por las cosas que usualmente si causaban placer, pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso (5% del peso corporal en un mes), insomnio casi todos los días, agitación o retraso psicomotor, fatiga o falta de energía casi diaria, sentimiento indescriptible de autculpa, dificultad para concentrarse, pensamiento recurrentes de muerte o autolesión, ideas suicidas recurrentes estructuradas y no estructuradas.

3. Trastorno de depresión persistente (distimia) según DSM-5 (32) (en CIE-10 es equivalente a trastorno depresivo recurrente F33.X)

A manera de resumen y para no recalcar lo anterior, pues se citan los mismos síntomas del trastorno de depresión mayor, pero por más de 2 años como mínimo, en niños un año como mínimo.

2.3. Definición de términos básicos

Angustia. Malestar, afeción, temor y alteración emocional producidos por una sensación interna de temor ante la perspectiva de un peligro, real o imaginario. Se considera patológica cuando es desproporcionada respecto a la gravedad del estímulo que lo genera. Es acompañada de síntomas fisiológicos (33).

Ansiedad. Es un estado emocional desagradable que consiste en manifestaciones psicofisiológicas como respuesta a un conflicto intrapsíquico. En contraste en lo que ocurre al miedo, la amenaza es irreal. Los cambios psicológicos consisten en

conciencia abrumadora de impotencia, sentimiento prolongado de tensión y disposición exhaustiva para el peligro esperado. En comparación a la angustia, la ansiedad es de menor grado que la anterior citada (34).

Ansiedad generalizada. Ansiedad difusa y persistente, que no está limitada ni predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular. Según el DSM-5 toma como referencia ansiedad y preocupaciones excesivas que se producen durante más días de los que han estado ausentes durante un mínimo de seis meses (35).

Cuestionario. Es una serie de preguntas que por lo general no están relacionados entre sí, las opciones de respuesta no están ordenadas, ni en grados, pueden ser puntuados individualmente, tampoco hay respuestas correctas e incorrectas (36).

Depresión. Es la alteración afectivo – conductual caracterizada por sentimientos de tristeza, inhibición de ideas y enlentecimiento psicomotor, melancolía, desánimo, vacío y desesperanza (35).

Distimia. Etimológicamente significa toda disfunción del humor. Alteración crónica del estado de ánimo deprimido como una pérdida del interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales, con síntomas acompañantes, pero no de una gravedad o duración suficientes para cumplir los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor (34).

Emoción. Sentimiento fuerte, estado mental, impulso o inquietud intensos dirigidos a un objeto definido, acompañado con descarga neurovegetativa. Es efímero (35).

Episodio depresivo. Presencia de síntomas depresivos durante un periodo de al menos dos semanas, que represente un cambio respecto al funcionamiento previo del sujeto y que le provoquen malestar y/o deterioro social, laboral, familiar (37).

Escala. Se suele utilizar en psicología para referirse al instrumento elaborado para medir variables emocionales y/o sentimentales, se caracteriza por que las personas que desarrollan esto lo hacen guiándose sobre escala de categorías graduada y

ordenada. Tampoco hay respuestas erróneas o valederas, y se asigna puntuaciones de acuerdo a las categorías (36).

Estado de ánimo. Estado emocional prolongado que influye sobre la totalidad de la personalidad y de las funciones vitales (35).

Estrés. Término acuñado en 1936 por el médico canadiense Hans Selye para designar toda respuesta no específica que se le haga al organismo ante cualquier estímulo físico o psíquico que provoca una necesidad de reajuste (33).

Inventario. Tiene relación al instrumento que se realizó para medir variables de personalidad (36).

Médico residente. Médico general que, debido al interés por ampliar su desarrollo profesional con conocimientos, destrezas y valores sobre una especialidad médica, postula a una plaza específica de un hospital que al profesional le parezca interesante de acuerdo con sus expectativas (38).

Miedo. Es una reacción en cadena ante una amenaza inminente o a un peligro, que se asocia con la huida o la lucha (35).

Labilidad emocional. Estado de reacciones emocionales excesivas y cambios frecuentes de humor (35).

Prevalencia. Es la expresión de la carga total de morbilidad (casos nuevos + casos antiguos) que existen en una población (39).

Prevención primaria. G. Kaplan la define como un concepto comunitario, lo que implica la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante un tiempo determinado, contrarrestando las complicaciones que ésta pueda generar (34).

Sentimiento. Estado de ánimo o disposición afectiva que acompaña y da su tono de intensidad a las emociones y pasiones, especialmente de agrado o desagrado. Los

sentimientos son la forma de vivir la afectividad. Son duraderos en relación a la emoción (33).

Síndrome de Burnout. En su traducción al inglés síndrome del quemado. Es un conjunto de signos y síntomas en profesionales sanitarios caracterizado por pérdida del interés, irritabilidad y agotamiento físico y mental (35).

Test. Herramientas que permiten evaluar o medir las características psicológicas de un sujeto. Las respuestas dadas por una persona son comparadas a través de métodos estadísticos o cualitativos con las respuestas de otros individuos que completaron el mismo test, lo que permite realizar una clasificación (36).

Trastorno depresivo. Presencia de un episodio de depresión mayor de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de éstos y con una duración mínima de dos años (37).

Tristeza. Trastorno de la afectividad en la que el paciente vive un estado de pena, amargura, pesimismo, desesperación, decaimiento y abatimiento en relación a lo que Kurt Schneider denomina los sentimientos vitales, que están en estrecha relación con la corporalidad (40).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Formulación de las hipótesis

Hipótesis general

La curva de la tasa de prevalencia de ansiedad y depresión encontrada en los médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren asciende de manera directamente proporcional mientras que estos se exponen más a los factores de riesgo encontrados.

Hipótesis específicas

La exposición permanente a los factores de riesgo encontrados provocaría frecuentemente más tasa de ansiedad que depresión en los médicos residentes.

Si la tasa de prevalencia de ansiedad y depresión es significativa en los médicos residentes; entonces, existiría un incumplimiento en la preservación de la salud mental del personal de salud del hospital Sabogal.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Escala de categorías	Medio de verificación
Edad	Tiempo de vida de una persona	Cuantitativo	Años cumplidos	Intervalo	<25 25-30 30-35 >35		Ficha de evaluación de Asistencia Social
Sexo	Condición orgánica de la persona	Cualitativo	Sexo biológico	Nominal	1. Hombre 2. Mujer		Ficha de evaluación de Asistencia Social
Estado civil	Condición civil de una persona con relación a si tiene o no pareja y su situación legal respecto a eso.	Cualitativo	Organización de registro civil	Nominal	1. Soltero 2. Conviviente 3. Casado 4. Divorciado		Ficha de evaluación de Asistencia Social
Hijos	Descendiente directo de una persona	Cualitativo	Hijos nacidos vivos	Nominal	1. Sí 2. No		Ficha de evaluación de Asistencia Social
Nivel económico	Nivel de ocupación y patrimonio de la familia	Cualitativo	Ingreso económico familiar por mes	Ordinal	1. A 2. B 3. C 4. D 5. E	1. >S/.10000 2. S/.10000-5001 3. S/.5000-2501 4. S/.2500-1501 5. ≤S/.1500	Ficha de evaluación de Asistencia Social
Jornada laboral	Tiempo en el que el trabajador dedica a la ejecución de su trabajo.	Cuantitativo	Número de horas al día	Intervalo	6 horas 8 horas 12 horas >12 horas		Ficha de registro de asistencia diaria.
Ansiedad	Alteración mental que consiste en respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos	Cualitativo	Criterios diagnósticos	Nominal	1. Ausente 2. Moderado 3. Severo		DSM 5 CIE-10 HAD ⁵⁷ Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, y disminución de las funciones psíquicas.	Cualitativo	Criterios diagnósticos	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No deprimido 2. Depresión ligera/ menor 3. Depresión moderada 4. Depresión severa 5. Depresión muy severa 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 0 – 7 2. 8 – 13 3. 14 – 18 4. 19 – 22 5. > 23 	DSM5 CIE-10 Escala de Hamilton para Depresión
------------------	--	-------------	------------------------	---------	--	---	---

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

Se elaborará un estudio de tipo cuantitativo, observacional, analítico, transversal y retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Todos los médicos residentes de primer, segundo y tercer año que estén rotando en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Población de estudio

Todos los médicos residentes de primero, segundo y tercer año que estén rotando en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el período 2018-2019.

Tamaño de la población

Son 120 médicos residentes de todos los años de especialidad que laboren en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo 2018-2019.

Selección de la muestra

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Médicos residentes que cursen el primer, segundo y tercer año de especialidad en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Médicos residentes que estén rotando en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el período 2018-2019.

Médicos residentes que estén dispuestos a colaborar con la resolución de los Cuestionarios brindados.

Criterios de exclusión

Médicos residentes de cuarto año de especialidades específicas que laboren en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el período 2018-2019.

Médicos residentes con sede Hospital Sabogal que estén rotando en otros hospitales de EsSalud o del Minsa.

Médicos residentes renuentes a la resolución del cuestionario.

Médicos asistentes, internos de medicina, nutrición u odontología además de externos de medicina que quieran colaborar con el estudio.

Capacidad intelectual que no permita la resolución de cuestionario.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la realización de este trabajo de investigación, se ha utilizado diversos instrumentos de recolección de datos. Los resultados de estas escalas ya han sido tomados con la debida anticipación, los cuales se encuentran en una base de datos en físico a la espera de su posterior análisis estadístico.

El primer instrumento validado utilizado es el HAD escala de ansiedad y depresión hospitalaria, el cual mediremos fehacientemente la variable ansiedad *per se*.

El segundo instrumento validado utilizado es la escala de depresión de Hamilton, la cual ayudará a medir la variable depresión *per se*.

La ficha de evaluación de asistencia social ayudó para recoger datos como edad, sexo, estado civil, número de hijos, ingresos mensuales, números de horas trabajadas diariamente, entre otros.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los resultados se analizan mediante porcentajes, se elaboraron gráficas y cuadros. Para validar hipótesis se utilizará prueba de Chi cuadrado. Además, se tendrá ayuda del programa SPSS V.22 para este proceso.

4.5 Aspectos éticos

Se usarán consentimientos informados escritos donde se especifica el objetivo de la investigación y la confidencialidad de la información proporcionada de esta forma.

El estudio ha sido evaluado por el Comité de Ética de la Universidad de San Martín de Porres, además del Comité de Ética del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

Se anexa el modelo del consentimiento informado.

CRONOGRAMA

Pasos	2020-2021											
	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May
Redacción final de Proyecto de Investigación	X											
Aprobación del proyecto de investigación		X										
Recolección de datos			X	X	X							
Procesamiento y análisis de datos						X						
Elaboración del informe							X	X				
Correcciones del trabajo de investigación									X	X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será de vital importancia la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Material de escritorio	300.00
Adquisición de software estadístico	700.00
Serigrafía	150.00
Impresiones	200.00
Logística	800.00
Traslados	700.00
TOTAL	2850.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Marzouk M, Ouanes-Besbes L, Ouanes I, Hammouda Z, Dachraoui F, Abroug F. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among medical residents in Tunisia: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2018 [Internet];8:e020655 [citado 20 Oct 2018]. Jul 24, 2018. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/>
2. Kousha M, Bagheri HA, Heydarzadeh A. Emotional intelligence and anxiety, stress, and depression in Iranian resident physicians. *J Family Med Prim Care* [Internet] 2018 [citado 20 Oct 2018]; 7:420-4. Disponible en: <http://www.jfmprc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2018;volume=7;issue=2;spage=420;epage=424;aulast=Kousha>
3. Dave S, Parikh M, Vankar G, Valipay SK. Depression, anxiety, and stress among resident doctors of a teaching hospital. *Indian J Soc Psychiatry* [Internet] 2018 [citado 29 Oct 2018]; 34:163-71. Disponible en: <http://www.indjsp.org/article.asp?issn=0971-9962;year=2018;volume=34;issue=2;spage=163;epage=171;aulast=Dave>
4. García Torres O, Álvarez Villaseñor A., Galván Sánchez A. Relación entre la flexibilidad familiar y la presencia de depresión en médicos becarios del Hospital General de zona más Unidad de Medicina Familiar nº 1. *Med Gen Fam* [Internet]. 2018 [citado 29 Oct 2018]; 7(2): 45-50. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10253890.2017.1325866>
5. Daglius Dias R., Scalabrini Neto A. Acute stress in residents during emergency care: a study of personal and situational factors. *Stress* [Internet], 20:3 [Citado 29 Oct 2018], 241-248. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10253890.2017.1325866>
6. Hayes B, Prihodova L, Walsh G, et al. What's up doc? A national cross-sectional study of psychological wellbeing of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open* 2017 [Internet];7:e018023. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e018023>

7. Martínez-Campaña R, Morales-Pérez A; Morales-Pérez D. Prevalencia de depresión en estudiantes de Postgrado. *Ciencia e investigación medico estudiantil latinoamericana*, v. 22, n. 2, p. Xxxx, oct. 2017. Issn 1992-4240. Disponible en: <http://www.cimel.felsocem.net/index.php/CIMEL/article/view/951>
8. Slavin S, Shoss M, Broom MA, A Program to Prevent Burnout, Depression, and Anxiety in First-Year Pediatric Residents, *Academic Pediatrics* [Internet] (2017), doi: 10.1016/j.acap.2016.12.016. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1876285916305575>
9. De Jong M.A, Sluiter N y J.K. Common mental disorders related to incidents and behaviour in physicians. *Occupational Medicine* [Internet] 2016 [citado 20 Oct 2018];66:506–513. Disponible en: <https://academic.oup.com/occmed/article/66/7/506/2222620>
10. Cabral, L. R., Duarte, J. C., Silva, D. M., Gonçalves, A. M., & Silva, E. B. A situação de crise em Portugal e a saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet] 2016 (citado 20 Oct 2018) (Spe. 3), 57-62. Disponible en: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
11. Moradi Y, Baradaran2 HR, Yazdandoost M, Atrak Sh, Kashanian M. Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran* [Internet] 2015 (6 July). Vol. 29:235. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4715422/>
12. Mata D.A, Ramos M.A, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. [Internet] 2015 (citado Set 2018);314(22):2373-2383. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4866499/>

13. Vargas-Terrez B, Moheno-Klee V, Cortés-Sotres J, Heinze-Martin G. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med (Investigación en Educación Médica)* [Internet]. 2015 (citado 20 Oct 2018);4(16):229-235. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505715000356?via%3Dihub>
14. Joules, N., Williams, D.M., & Thompson, A.W. Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open Journal of Depression* [Internet] 2014 3, 89-100 Disponible en:
http://file.scirp.org/Html/1-2720043_48621.htm
15. K. Pereira-Lima & S.R. Loureiro (2014): Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents, *Psychology, Health & Medicine*, [Revista Virtual] DOI: 10.1080/13548506.2014.936889. Disponible en:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2014.936889>
16. Mascarúa-Lara E., Vásquez-Cruz E., Córdova-Soriano J., Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2014;21(2):55-57. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200014
17. Jiménez-López J., Arenas-Osuna J., Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2014;53(1):20-8. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55097>
18. Patricia Lebensohn, MD; Sally Dodds, PhD; Rita Benn, PhD; Audrey J. Brooks, PhD; Michele Birch, MD; Paula Cook; Craig Schneider, MD; Selma Sroka, MD; Dael Waxman, MD; Victoria Maizes, MD. Resident Wellness Behaviors: Relationship to Stress, Depression, and Burnout. *Fam Med* [Internet] 2013;45(8):541-9. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24129866>

19. Agreda-Carrillo E, Galindo-Morales M, Larios-Falcón K, Arévalo-Flores M, Cruzado L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú. Rev. Neuropsiquiatría [Internet] 2017. 80 (2):94-104. Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/624>
20. Villavicencio-Castro J. Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015. [Internet]. Cybertesis UNMSM; 2015. [actualizado 21 Abril 2016; citado 20 Oct 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4683?show=full>
21. Saldaña-Ibarra O, López-Ozuna V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evid Med Invest Salud [Internet] 2014; 7 (4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56587>
22. Humberto Nicolini Sánchez. Trastornos de ansiedad. En: Marco Antonio Dupont Villanueva. Segunda Edición. Manual de Psiquiatría. México. Ed. Alfil S.A. de C.V.,2005. p. 117 – 127.
23. Carlos Alberto Fillizola Donado. Trastornos de ansiedad y depresión. Clasificación. En: Gómez Restrepo et al. Cuarta Edición. Psiquiatría Clínica. Colombia. Ed. Medica Panamericana, 2018. p. 401 – 429.
24. Antonio Lobo Satúe. Trastornos de tipo “neurótico” y de adaptación. Generalidades. Trastornos de Ansiedad/Angustia. En: A. Lobo. Primera Edición. Manual de Psiquiatría General. España. Ed. Médica Panamericana, 2013. p. 387 – 460.
25. Benjamín James Sadock. Trastornos del estado de ánimo. Depresiones. En: Kaplan & Sadock. Cuarta Edición. Manual de Psiquiatría Clínica. Inglaterra. Wolters Kluwer Ed. 2017. p. 60 – 87.

26. Julio Vallejo Ruiloba. Trastornos afectivos. Depresiones. En: Vallejo-Ruiloba. Primera Edición. Introducción a la psiquiatría. España. Ed. Marbán. 2012. p. 81 – 92
27. Montero-Marín J., García-Campayo J. A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)" BMC Public Health [Internet] 2010. 10:302. Disponible en:
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-302>
28. Maslach C., Schaufeli W., Leiter M. Job Burnout. Annu. Rev. Psychol. [Internet] 2001. 52:397–422. Disponible en:
<https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
29. Churchill Livingstone. Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Primera edición. España. Ed. Medica Panamericana, 2004. P. 245 – 272.
30. Avendaño C et al. Burnout and social support staff of a public Hospital Psychiatry. CIENCIA Y ENFERMERIA XV, [Internet] Chile, 2009 (2): 55-68. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
31. Torres Gomez de Cadiz B., San Juan C., Rivero A., Herce C., Achucarro Y. "Burnout" profesional: ¿Un problema nuevo? Reflexiones sobre el concepto y su evaluación. [Internet] Volumen 13. Primera Edición. UniRioja. España. 1997. P. 23-50. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=109548>
32. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. Quinta Edición. Versión traducida al español. EEUU. Ed. Medica Panamericana, 2014. P. 155 – 200.
33. Ezequiel Ander-Egg. Diccionario de Psicología. En: Ander-Egg E. Segunda Edición. Argentina. Ed. Brujas. 2016. p. 13 – 129

34. Néstor Ricardo Stingo. Diccionario de psiquiatría y psicología forense. En: Ricardo Stingo N., Toro Martínez E., Espiño G., Zazzi MC. Primera Edición. Argentina. Ed. Polemos. P. 14 – 516.
35. Santiago López Galán. Diccionario de Psicología y Psiquiatría. Español – Inglés. Inglés – Español. En: Lopez-Galan S. Segunda Edición. España. Ed. Medica Panamericana. P . 50 – 229.
36. Barbero García M., García Cueto E. Psicometría. Teoría y formulario. En: Barbero-García M., García Cueto E., Holgado-Tello F., Vila Abad E. Primera edición. México. Ed. Sanz y Torres. 2015. P. 150 – 190.
37. José Antonio Carrobes. Trastorno Depresivo. En: Caballo VE., Salazar IC., Carrobes JA. Segunda Edición. España. Ed. Pirámide. 2014. P.339-369.
38. Rodríguez-Weber F., Ramírez-Arias J. ¿Tenemos claro lo que es la residencia médica?. Acta Médica Grupo Angeles. [Internet] México. 2016. Vol. 14. N°3. 183-184. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67802>
39. Diana Figueroa La Torre. Del Grado a la Residencia. Salud Publica. En: Figueroa-LaTorre D., Ruiz-Tovar A. Primera edición. Perú. Ed. Nueva Facultad. 2011. P. 61 – 63.
40. Ricardo Capponi M. Trastornos del afecto. En: Capponi R. Segunda edición. Psicopatología y Semiología Psiquiátrica. Ed. Universidad Católica de Chile. P. 90 - 110

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivo general	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Factores de riesgo relacionados a ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018-2019	¿Cómo influye los factores de riesgo relacionados con ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018 -2019?	Determinar los factores de riesgo asociados con ansiedad y depresión encontrada en médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018 – 2019.	La curva de la tasa de prevalencia de ansiedad y depresión encontrada en los médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren asciende de manera directamente proporcional mientras que estos se exponen más a los factores de riesgo encontrados.	Estudio de tipo cuantitativo, analítico y transversal.	Todos los residentes de primero, segundo y tercer año que estén rotando en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo 2018 - 2019. Datos procesados mediante SPSS v22 además de interpretación con porcentajes, graficas, cuadros.	Instrumento validado: HAD57 y escala de depresión de Hamilton. Ficha de evaluación de asistencia social.
	Pregunta de investigación	Objetivo específico	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
	¿Se cumple la normativa de seguridad en el trabajo el cual indica que también se debe preservar la salud mental de los trabajadores (residentes) del hospital Sabogal?	Analizar de qué manera influye los factores de riesgo asociados con ansiedad y depresión en la calidad del trabajo por parte de los médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018 – 2019.	Si la tasa de prevalencia de ansiedad y depresión es significativa en los médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, entonces existirá un incumplimiento en la preservación de la salud mental del personal de salud del Hospital Sabogal.	Estudio de tipo cuantitativo, analítico y transversal.	Todos los residentes de primero, segundo y tercer año que estén rotando en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo 2018 - 2019. Datos procesados mediante SPSS v22 además de interpretación con porcentajes, graficas, cuadros.	Instrumento validado: HAD57 y escala de depresión de Hamilton. Ficha de evaluación de asistencia social.

2. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE EVALUACIÓN DE ASISTENCIA SOCIAL

Iniciales		
Especialidad médica		
Edad	Menos de 25	
	25 – 30	
	31 – 35	
	Más de 35	
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Estado civil	Soltero	
	Conviviente	
	Casado	
	Divorciado	
¿Tiene hijos?	Si	
	No	
Año de residencia médica	Primero	
	Segundo	
	Tercero	
Antigüedad en el cargo actual	Menos de 1 año	
	2 años	
	3 años	
Número de personas a cargo en su vivienda	1 a 3	
	4 a 6	
	Más de 6	
	Ninguna	
Tenencia de vivienda	Propia	
	Arrendada	
	Familiar	
Fuma	Si	
	No	
	Promedio diario:	
Consume bebidas alcohólicas	No	
	Sí, semanal	
	Sí, mensual	
	Sí, quincenal	
	Sí, ocasional	
¿Cuáles son aproximadamente sus ganancias netas de manera mensual?	Mayor a S/. 10000	
	S/. 5001 a 10000	
	S/. 2501 a 5000	
	S/. 1501 a 2500	
	Menor o igual a S/.1500	
Jornada de trabajo	6 horas	
	8 horas	
	12 horas	
	Más de 12 horas	

INSTRUMENTO VALIDADO: HAD - ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA

HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 3. Casi todo el día | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gran parte del día | <input type="checkbox"/> |
| 1. De vez en cuando | <input type="checkbox"/> |
| 0. Nunca | <input type="checkbox"/> |

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| 0. Ciertamente, igual que antes | <input type="checkbox"/> |
| 1. No tanto como antes | <input type="checkbox"/> |
| 2. Solamente un poco | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ya no disfruto con nada | <input type="checkbox"/> |

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 3. Sí, y muy intenso | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sí, pero no muy intenso | <input type="checkbox"/> |
| 1. Sí, pero no me preocupa | <input type="checkbox"/> |
| 0. No siento nada de eso | <input type="checkbox"/> |

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 0. Igual que siempre | <input type="checkbox"/> |
| 1. Actualmente, algo menos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Actualmente, mucho menos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Actualmente, en absoluto | <input type="checkbox"/> |

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 3. Casi todo el día | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gran parte del día | <input type="checkbox"/> |
| 1. De vez en cuando | <input type="checkbox"/> |
| 0. Nunca | <input type="checkbox"/> |

D.3. Me siento alegre:

- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| 3. Nunca | <input type="checkbox"/> |
| 2. Muy pocas veces | <input type="checkbox"/> |
| 1. En algunas ocasiones | <input type="checkbox"/> |
| 0. Gran parte del día | <input type="checkbox"/> |

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

INSTRUMENTO VALIDADO: ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta Estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontanea	4
Sentimientos de culpa	
Ausente	0
se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o Tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en	2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
Hipocondría	
Ausente	0

Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, Solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2

Fuente: Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700.

3. Consentimiento informado

El propósito de este protocolo es brindar a los y a las participantes en esta investigación, una explicación clara de la naturaleza de ésta, así como del rol que tienen en ella.

La presente investigación es conducida por el Dr. Alex Alberto Rázuri Urtecho de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres. La meta de este estudio es realizar una investigación acerca de Factores de riesgo relacionados a ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018 - 2019.

Si acepta colaborar en el siguiente trabajo, lo único que hará es responder a unos cuestionarios y fichas de asistencia social lo que le tomará como máximo 30 minutos de su tiempo.

Su participación será voluntaria. La información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Además, no se solicitará en los cuestionarios ni fichas ni su nombre ni su apellido, ni mucho menos otros datos personales.

Si tuviera dudas con respecto al desarrollo del trabajo, usted está en toda la libertad de preguntar lo que considere importante. Finalmente, usted puede finalizar su participación en cualquier momento sin que esto lo perjudique.

Agradezco su colaboración.

Yo, _____ do
y mi consentimiento y acepto formar parte de este estudio. Mi participación es voluntaria, sin coacción de ningún tipo

Doy de manifiesto que he recibido toda la información de manera clara y precisa, tuve la chance de cuestionar algunas preguntas y se me aclaró el panorama oportunamente.

Es claro y a la vez entiendo que podría finalizar mi participación en cualquier momento del llenado de los cuestionarios y fichas si es que alguna pregunta no me parece adecuado de contestar.

Además, sé que, al firmar la participación en un proyecto como éste, podré recibir una copia del consentimiento que estoy firmando para luego solicitar información y conclusiones del resultado del estudio. Para tal fin, deberé comunicarme con el Dr. Alex Alberto Rázuri Urtecho, investigador del presente estudio.

Firma del participante al estudio

Fecha.

Firma del examinador