

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina

Humana



FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

Tesis presentada por la Bachiller:
Villanueva Conde, Lucero Nathia
para optar el Título Profesional de
Médico Cirujana

Asesor:
Dr. Alvarado Dueñas, Ervis Felipe

Arequipa - Perú

2019



49

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 187 - FMH-2018

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MEDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

LUCERO NATHIA VILLANUEVA CONDE

Nuestro dictamen es:

Favorable.

OBSERVACIONES:

Amplio en ciencias.

Arequipa, 21 de Mayo del 2019.


.....
Dr. Julio Aguilar Flores
GINECÓLOGO - OBSTETRA
C.M.P. 20969 - R.N.E. 8780
DR. JULIO AGUILAR FLORES


.....
DRA. AGUEDA MUÑOZ DEL CARPIO TOIA


.....
DR. JOSÉ ALVARADO ACO

.....
José E. Alvarado A.
MEDICO PSIQUIATRA
C.M. 14081 R.E. 6466

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por darnos la sabiduría y fortaleza para culminar esta etapa académica,
por estar siempre a mi lado y permitirme ser sus manos para poder servir a otros.



DEDICATORIA

A mi mamita, por ser la mujer más importante en mi vida, mi mejor amiga, mi mejor confidente, por tener fe en mí y estar a mi lado en este camino.

A mi papa, por su motivación y apoyo

A mi hermana karina, por su ayuda, su confianza y por ser un ejemplo para mí de perseverancia.

A mi hermana Jessika, por ser mi mama jeka , su amor y su esfuerzo.

A mi hermano Mauricio, por su apoyo y motivación.

A mi hermana Cecilia, por darme fortaleza y ser un apoyo para mí, por su ejemplo.

A mi familia en general, porque de cierta manera siempre me apoyaron, con una palabra, con su ejemplo y me inspiraron a culminar mi carrera.

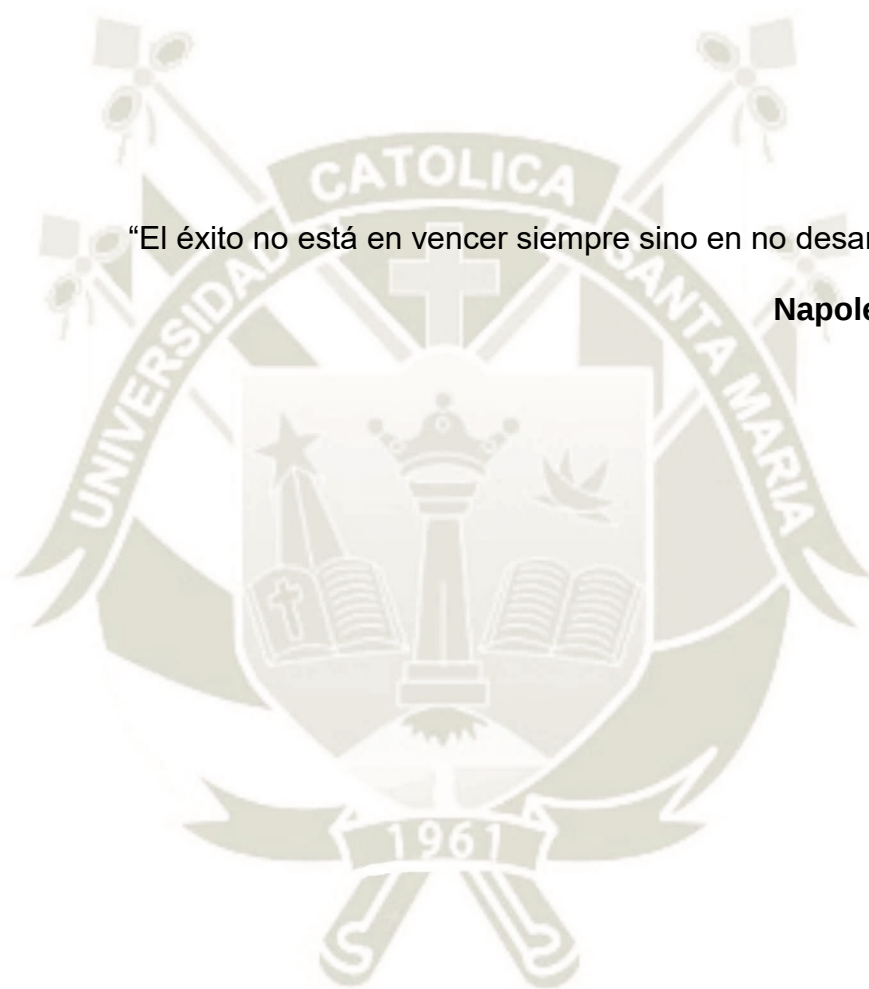
A mis sobrinos que alegran mi vida.

A mis amigas, por estar conmigo en las buenas y en las malas.

Epígrafe

“El éxito no está en vencer siempre sino en no desanimarse nunca”

Napoleón Bonaparte



INTRODUCCIÓN

Como estudiante de medicina he podido observar que las circunstancias bajo las cuales se atienden a pacientes en el servicio de ginecología o en condiciones en las que existe un binomio madre-hijo, no son las más adecuadas; en los hospitales del Ministerio de Salud hay equipamiento deficiente y anticuado, en ambientes cada vez más insuficientes, y en condiciones precarias, aunado a las condiciones en las que llegan muchas pacientes, sin controles adecuados, o con referencias tardías, predisponen a las denuncias por responsabilidad profesional, favoreciendo la práctica de una medicina defensiva ante la posibilidad de denuncias médico-legales.

Todas estas situaciones pueden exponer a los trabajadores a situaciones estresantes que pueden afectar su salud mental, afectando a la vez su funcionamiento profesional y familiar (1). Es reconocido el desgaste profesional que enfrentan los trabajadores en estas áreas de atención, llegando a mostrar un desgaste profesional importante con síntomas de ansiedad e incluso de depresión (2).

Todos hemos experimentado sensaciones de ansiedad como un mecanismo adaptativo natural para reaccionar ante situaciones estresantes; las he sentido como estudiante y como interna y las he percibido en el personal asistencial; esta forma de adaptación puede verse desbordada y convertirse en una reacción desmesurada que deteriora la capacidad de funcionamiento, tanto laboral como social, llegando a casos extremos en el trastorno de ansiedad generalizada.

También puede excederse los límites de la ansiedad y convertirse en depresión, cuando nos damos cuenta que no se puede controlar las situaciones estresantes, y la persona afectada se siente indefensa, con sentimientos de tristeza, con falta de interés por las actividades habituales y desmedro de su autoestima.

Estos trastornos en personal médico pueden afectar su capacidad para la toma de decisiones en situaciones críticas como es en emergencias obstétricas y ginecológicas. Se convierte así en un círculo vicioso, en el que las situaciones estresantes aumentan el riesgo laboral de ansiedad y/o depresión, empeorando la calidad de la atención y con ello aumentando el riesgo de problemas en la atención.

En mi percepción los problemas de salud no son solo los problemas de salud físicos los que constituyen temas de investigación, sino que cobran gran importancia, sobre todo en los últimos tiempos, los problemas de salud mental, que pueden pasar desapercibidos en apariencia, pero generar serios problemas de salud, tanto en la esfera mental, como en su repercusión en la salud física, sobre todo en profesionales de la salud, que se ven enfrentados a situaciones problemáticas adicionales a las que puede tener cualquier otro profesional, pues tienen entre sus manos la vida de otra persona.

En los años de prácticas clínicas y durante el internado he experimentado en carne propia el estrés propio de la labor en un servicio con atención en Ginecología y en Obstetricia, llegando incluso a sentir un rechazo a continuar acudiendo al servicio y culminar la rotación debido a las dificultades en la atención de las pacientes y sus familiares, que se sienten inconformes con la atención o buscan achacar culpabilidades al personal, por lo que se convierten en blanco de reclamos y quejas.

Además, me intrigó el observar que el personal de salud en general y los médicos en particular tienen un carácter diferente en los servicios de gineco-obstetricia que, en otros servicios, quirúrgicos y no quirúrgicos, con mayor percepción de síntomas de alteraciones del estado de ánimo. Esto me motivó a buscar información sobre los trastornos del estado de ánimo en el personal asistencial de salud, por lo que surge el interés de conocer la frecuencia y severidad de dos importantes trastornos de la salud mental en personal de salud de uno de los servicios con mayor demanda y riesgo laboral para diseñar en el futuro estrategias destinadas a mejorar la calidad de vida de estos trabajadores.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019.

Métodos: Se encuestó a los médicos del servicio aplicando una ficha de datos sociodemográficos y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se realizó un estudio de investigación de campo de tipo estudio observacional, prospectivo, transversal. Las variables para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Población y muestra: Todo el personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio, en un número aproximado de 41 médicos que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Participaron 40 de los 42 médicos del servicio; el 42.50% tuvieron de 30 a 39 años y 25% de 40 a 49 años. El 72.50% de médicos fueron varones y 27.50% mujeres; 32.50% eran solteros y 52.50% casados. El 62.50% de participantes fueron médicos asistentes, y 37.50% residentes. El 40% de médicos tienen de 1 a 3 años de trabajo, 30% de 4 a 10 años y 22.50% de 11 a 20 años, con solo 7.50% con más de 20 años de trabajo. El 57.50% de casos eran nombrados y 42.50% contratados, y el 92.50% realiza guardias, 55% de médicos trabaja en clínicas, 32.50% realiza docencia. Se encontró que el 67.50% de médicos tienen algún grado de ansiedad, siendo de tipo menor en 42.50% y mayor en 25% de casos. El 42.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 presentan ansiedad menor, el 32.5% no tienen ansiedad, mientras que el 25.0% del personal tienen ansiedad mayor. En cuanto a la depresión el 52.5% del personal médico presentan depresión leve, el 25.0% no tienen depresión, seguido por el 17.5% con depresión moderada, mientras que solo el 5.0% del personal presentan depresión severa.

Conclusiones: Según el OR el personal contratado tiene más riesgo de presentar ansiedad que el personal nombrado, también se concluye que el personal médico que no tiene pareja presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, factores socio laborales.

ABSTRACT

Objective: To identify the factors associated with the presence of anxiety and depression in medical personnel of the Gynecology and Obstetrics Service of the Honorio Delgado Regional Hospital, 2019.

Methods: The service physicians were surveyed by applying a sociodemographic data sheet and the Hamilton anxiety and depression scale. A field research study of the observational, prospective, cross-sectional study type was conducted. The variables for its processing have required the Chi square with a level of significance of 5%.

Population and sample: All the medical staff of the Gynecology and Obstetrics Service of the Honorio Delgado Regional Hospital during the study period, in an approximate number of 41 physicians who meet the inclusion and exclusion criteria.

Results: 40 of the 42 physicians of the service participated; 42.50% had 30 to 39 years and 25% from 40 to 49 years. 72.50% of doctors were male and 27.50% female; 32.50% were single and 52.50% married. The 62.50% of participants were attending physicians, and 37.50% residents. 40% of doctors have 1 to 3 years of work, 30% of 4 to 10 years and 22.50% of 11 to 20 years, with only 7.50% with more than 20 years of work. 57.50% of cases were appointed and 42.50% were hired, and 92.50% performed guards, 55% of doctors worked in clinics, 32.50% performed teaching. It was found that 67.50% of doctors have some degree of anxiety, being of a minor type in 42.50% and greater in 25% of cases. 42.5% of the medical staff of the Gynecology and Obstetrics Service of Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 have lower anxiety, 32.5% have no anxiety, while 25.0% of staff have greater anxiety. In terms of depression, 52.5% of medical personnel have mild depression, 25.0% do not have depression, followed by 17.5% with moderate depression, while only 5.0% of personnel have severe depression.

Conclusions: According to the OR, the personnel hired have a greater risk of presenting anxiety than the appointed personnel, and the medical personnel who do not have a partner have an increased risk of anxiety.

KEY WORDS: Anxiety, depression, socio-labor factors.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	1
1.1. Técnicas	1
1.2. Instrumentos.....	1
1.3. Materiales.....	1
2. Campo de verificación	1
2.1. Ubicación espacial:	1
2.2. Ubicación temporal:.....	1
2.3. Unidades de estudio:	1
2.4. Población:	2
2.5. Muestra:	2
2.6. Criterios de selección:.....	2
3. Tipo de investigación	2
4. Diseño de investigación	2
5. Estrategia de Recolección de datos	2
5.1. Organización.....	2
5.2. Validación de los instrumentos.....	3
5.2.1. Escala de ansiedad de Hamilton.....	3
5.2.2. Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton.....	5
5.3. Criterios para manejo de resultados.....	8
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	37
CONCLUSIONES.....	38
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS.....	43
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	44

Anexo 2. Escala de Ansiedad De Hamilton (14 Ítems).....	45
Anexo 3. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems).....	47
Anexo 4 Matriz de sistematización de información	50
Anexo 5 Proyecto de investigación	53
Anexo 6 Consentimiento Informado	98
Anexo 7 Dictámenes y Autorizaciones	101



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2. Instrumentos

El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la escala de ansiedad (Anexo 2) y de depresión de Hamilton (Anexo 3).

1.3. Materiales

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero 2019.

2.3. Unidades de estudio:

Personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.4. Población:

Todo el personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio, en un número aproximado de 41 médicos.

2.5. Muestra:

No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los integrantes de la población que cumplieron los criterios de selección.

2.6. Criterios de selección:

◆ Criterios de Inclusión

- Médico asistente o residente del servicio de Ginecología y Obstetricia
- Con tiempo de trabajo mínimo de 6 semanas
- Participación voluntaria en el estudio

◆ Criterios de Exclusión

- De licencia o vacaciones durante la realización del estudio
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Tipo de investigación

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación

Es un estudio observacional, prospectivo, transversal

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado y a la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia para la realización de la investigación.

Se contactó de manera individual y personal a cada médico del servicio para aplicar los instrumentos de investigación y garantizar un completo llenado de los datos. Las variables de interés se registraron en la ficha de recolección

de datos (Anexo 1), y la evaluación de síntomas de ansiedad y depresión se evaluarán con las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton (Anexo 2 y 3)

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

Para la evaluación de la ansiedad se empleará la escala de ansiedad de Hamilton versión de 14 ítems, y para la depresión la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems.

5.2.1. Escala de ansiedad de Hamilton

(*Hamilton Anxiety Scale, HAS*) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem "*síntomas somáticos generales*" en dos ("*somáticos musculares*" y "*somáticos sensoriales*") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

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

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados.

Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas (23).

Interpretación: Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. 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 la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido (Bech y cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No

ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 o más (Ansiedad mayor). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es 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 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). 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.

5.2.2. Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton

(*Hamilton Depression Rating Scale*, o HRSD) (23) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el use de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser cumplimentada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al

paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente; los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).
- Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).
- Índice de alteraciones del sueño formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

Interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en "cuantificar" la *sintomatología* depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte ≥ 13 o ≥ 18 , en dependencia de los objetivos del estudio.

En el presente estudio, utilizaremos la escala de Hamilton para depresión dada por el MINSA en las Guías de práctica clínica en Salud mental y Psiquiatría 2008. La cual establece los siguientes puntos de corte:

0-7	Normal.
8-13	Leve.
14-18	Moderado.
19-22	Severo.
23 o más	Muy Severo.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a Cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de sintomatología Depresiva y la Escala de melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v.22.0. además, se realizó una regresión para saber si los factores son de riesgo mediante OR.

CAPÍTULO II
RESULTADOS

TABLA N°. 1
FACTORES SOCIOLABORALES DEL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO
DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, 2019

Socio laborales	N°.	%
Edad		
<30 años	4	10,0
30-39 años	18	45,0
40-49 años	19	22,5
50-59 años	3	7,5
60-69 años	6	15,0
Sexo		
Masculino	29	72,5
Femenino	11	27,5
Estado Civil		
Soltera	13	32,5
Casada	21	52,5
Conviviente	3	7,5
Separada	2	5,0
Viuda	1	2,5
Ocupación		
Asistente	25	62,5
Residente 1ro	6	15,0
Residente 2do	5	12,5
Residente 3ro	4	10,0
Tiempo en el hospital		
1-3 años	16	40,0
4-10 años	12	30,0
11-20 años	9	22,5
>20 años	3	7,5
Régimen laboral		
Nombrado	20	50,0
Contratado	19	47,5
CAS	1	2,5
Realiza guardias		
Si	37	92,5
No	3	7,5
Trabaja en clínicas		
Si	22	55,0
No	18	45,0
Realizan docencia		
Si	13	32,5
No	27	67,5
TOTAL	40	100

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 1 muestra que el 45.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 tienen entre 30-39 años, el 72.5%

son de sexo masculino, el 62.5% son asistentes, el 50.0% son trabajadores nombrados, el 92.5% realizan guardias, mientras que el 67.5% no realizan labores de docencia.

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 2

**NIVEL DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, 2019**

	N°.	%
Ansiedad		
Sin ansiedad	13	32,5
Ansiedad menor	17	42,5
Ansiedad mayor	10	25,0
TOTAL	40	100

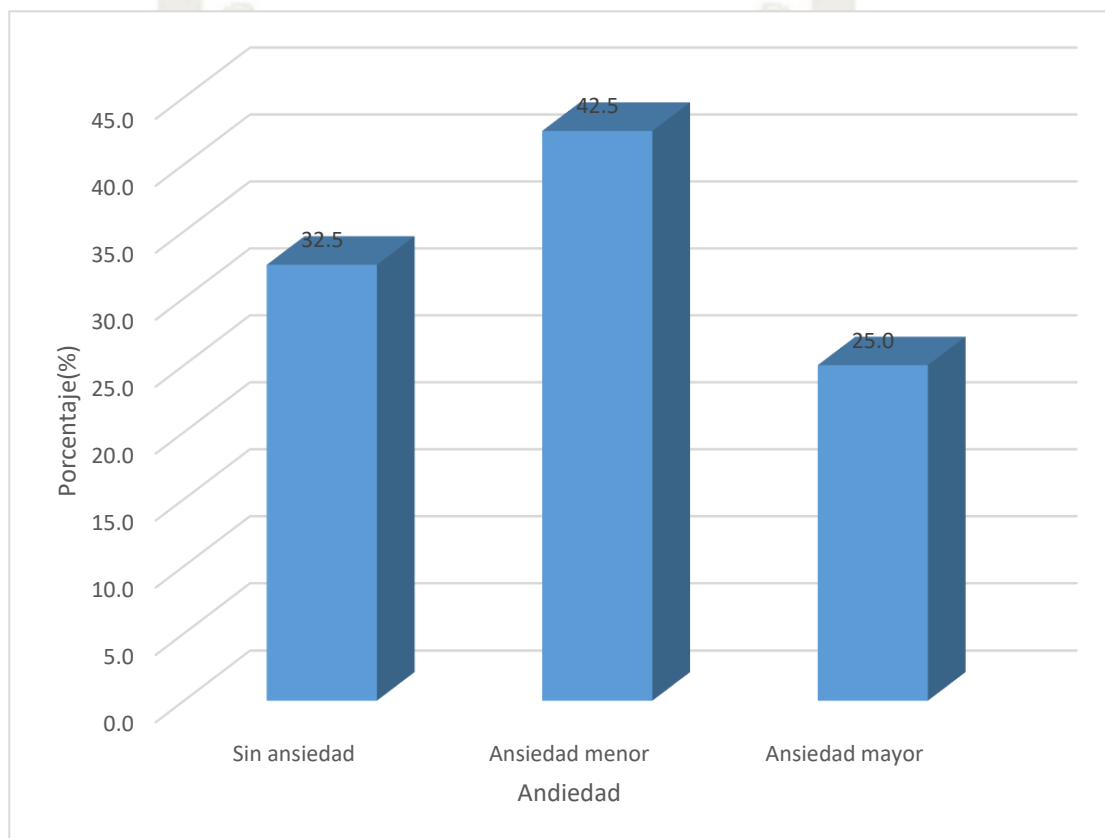
Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 2 muestra que el 42.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 presentan ansiedad menor, el 32.5% no tienen ansiedad, mientras que el 25.0% del personal tienen ansiedad mayor.

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

GRAFICO DE LA TABLA N°. 2

**NIVEL DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 3

**NIVEL DE DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, 2019**

Depresión	N°.	%
Normal	10	25,0
Depresión leve	21	52,5
Depresión moderada	7	17,5
Depresión muy severa	2	5,0
TOTAL	40	100

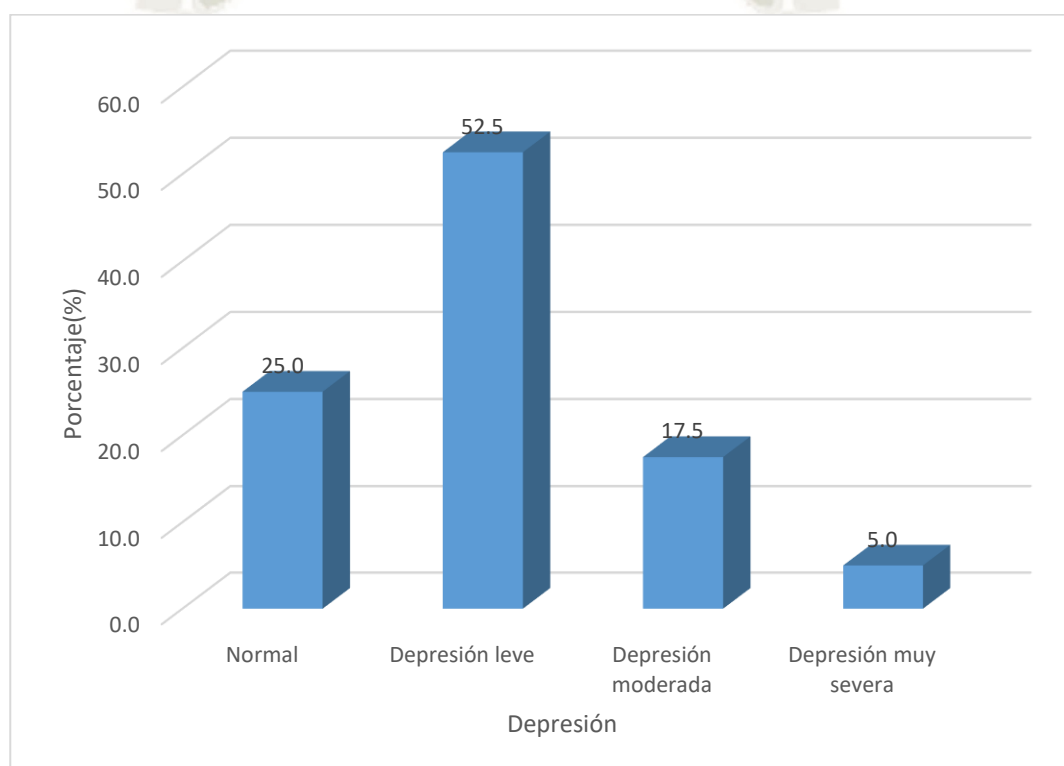
Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 3 muestra que el 52.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 presentan depresión leve, el 25.0% no tienen depresión, seguido por el 17.5% con depresión moderada, mientras que solo el 5.0% del personal presentan depresión severa.

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

GRAFICO DE LA TABLA N°. 3

**NIVEL DE DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
2019**



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

TABLA N^o. 4

RELACION ENTRE LA EDAD Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

Edad	Ansiedad						TOTAL	
	Sin ansiedad		Menor		Mayor		N ^o .	%
	N ^o .	%	N ^o .	%	N ^o .	%		
<30 años	0	0,0	1	2,5	3	7,5	4	10,0
30-39 años	7	17,5	10	25,0	1	2,5	18	45,0
40-49 años	2	5,0	2	5,0	5	12,5	9	22,5
50-59 años	1	2,5	2	5,0	0	0,0	3	7,5
60-39 años	3	7,5	2	5,0	1	2,5	6	15,0
TOTAL	13	32,5	17	42,5	10	25,0	40	100

$$X^2=15.79$$

$$P<0.05$$

$$P=0.04$$

Fuente: Elaboración propia

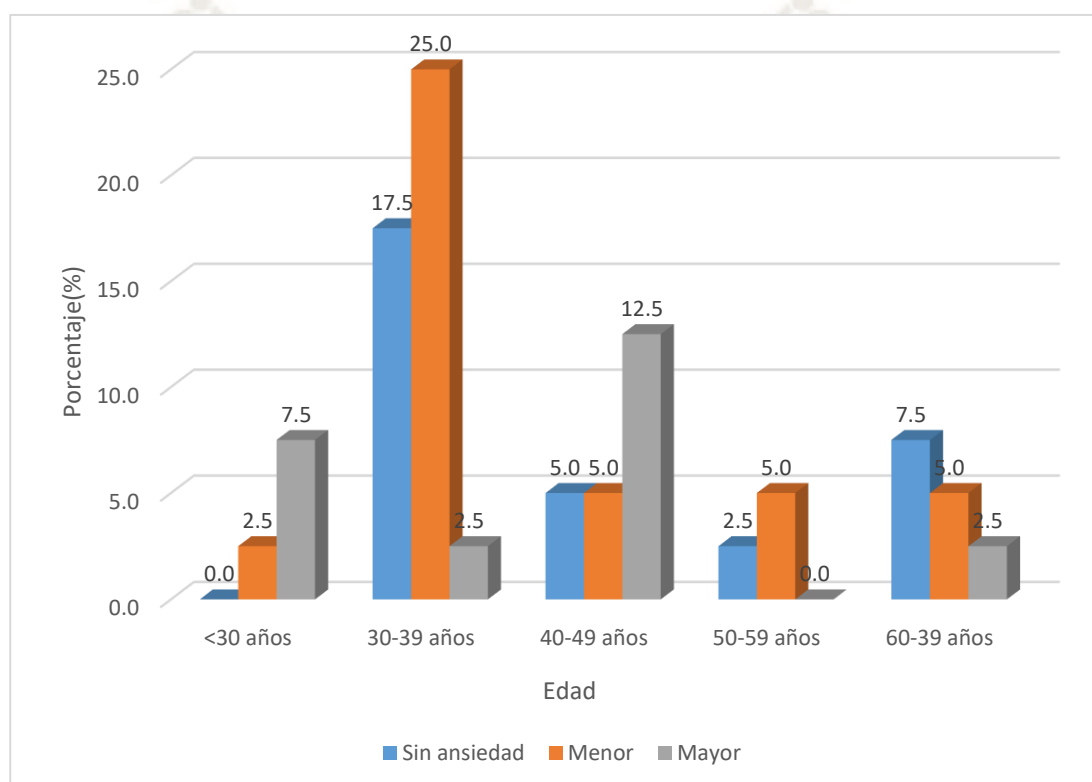
La Tabla N^o. 4 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=15.79$) muestra que la edad y la ansiedad presenta relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 25.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 con ansiedad menor tienen entre 30 – 39 años, mientras que el 12.5% del personal con ansiedad mayor tienen entre 40 – 49 años.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

GRAFICO DE LA TABLA N°. 4

RELACION ENTRE LA EDAD Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

TABLA N°. 5

RELACION ENTRE EL SEXO Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

Sexo	Ansiedad						TOTAL	
	Sin ansiedad		Menor		Mayor		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Masculino	11	27,5	12	30,0	6	15,0	29	72,5
Femenino	2	5,0	5	12,5	4	10,0	11	27,5
TOTAL	13	32,5	17	42,5	10	25,0	40	100

$X^2=1.77$

$P>0.05$

$P=0.41$

Fuente: Elaboración propia

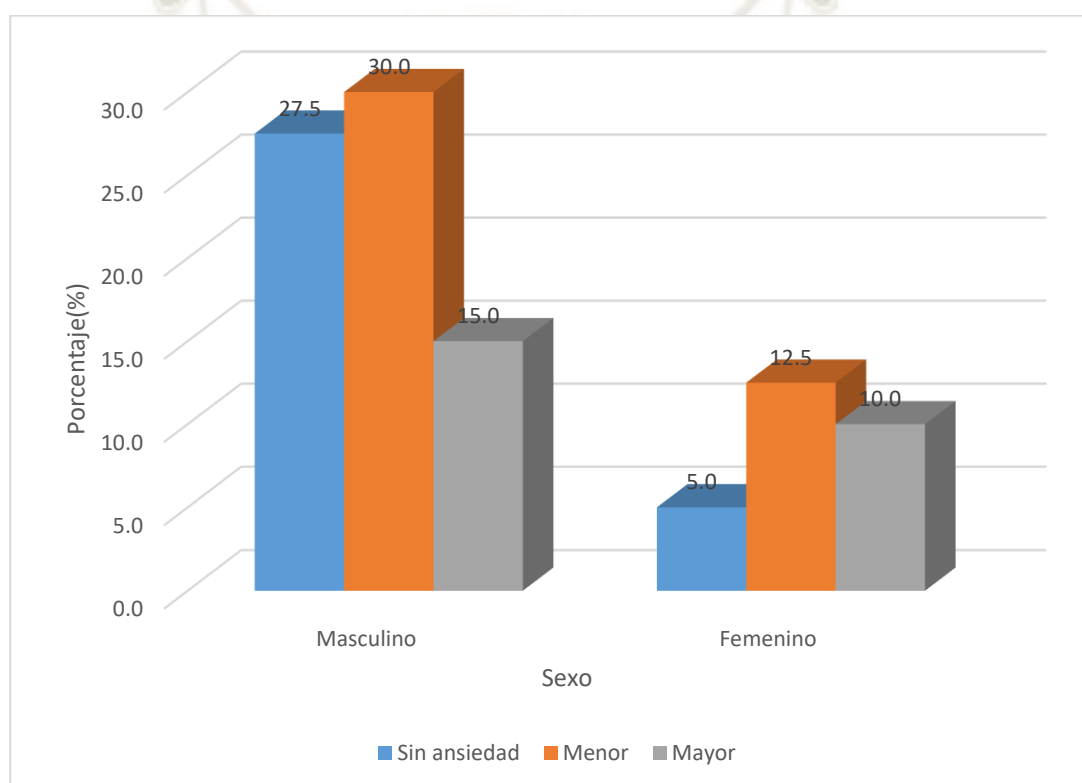
La Tabla N°. 5 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.77$) muestra que el sexo y la ansiedad no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 30.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 con ansiedad menor son de sexo masculino, mientras que el 10.0% del personal con ansiedad mayor son de sexo femenino.

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

GRAFICO DE LA TABLA N°. 5

**RELACION ENTRE EL SEXO Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL
MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 6

**RELACION ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

Estado Civil	Ansiedad						TOTAL	
	Sin ansiedad		Menor		Mayor			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltera	1	2,5	8	20,0	4	10,0	13	32,5
Casada	10	25,0	6	15,0	5	12,5	21	52,5
Conviviente	2	5,0	1	2,5	0	0,0	3	7,5
Separada	0	0,0	1	2,5	1	2,5	2	5,0
Viuda	0	0,0	1	2,5	0	0,0	1	2,5
TOTAL	13	32,5	17	42,5	10	25,0	40	100

 $X^2=10.61$
 $P<0.05$
 $P=0.05$

Fuente: Elaboración propia

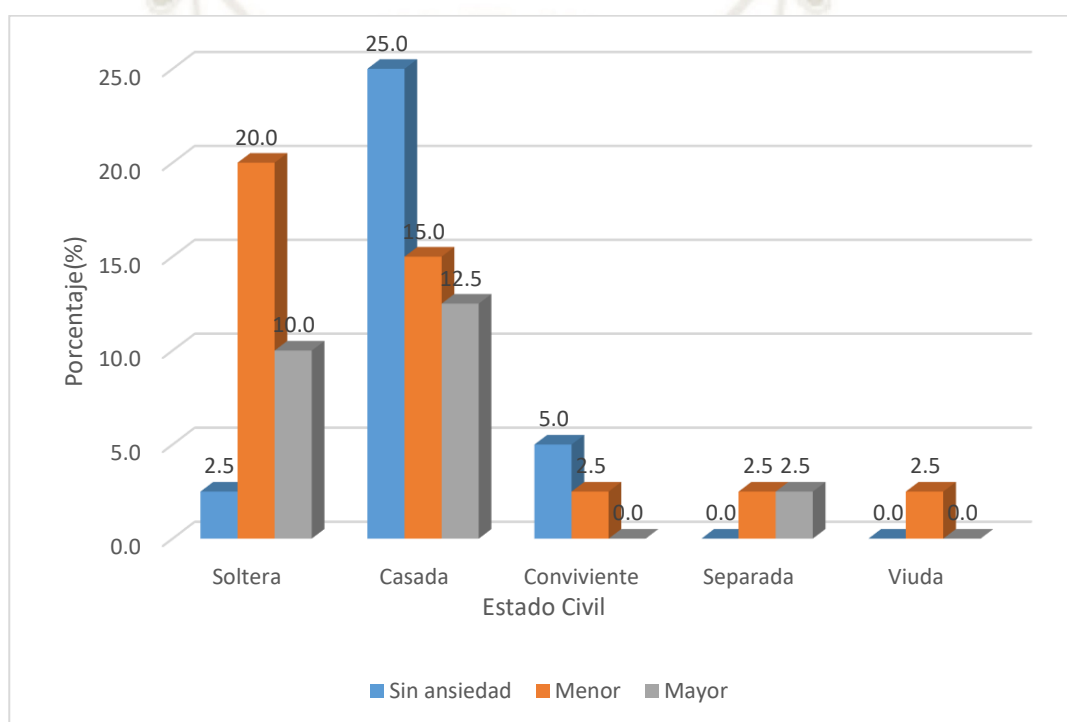
La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.61$) muestra que el estado civil y la ansiedad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 25.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 sin ansiedad son casados, mientras que el 20.0% del personal con ansiedad menor son solteros.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

GRAFICO DE LA TABLA N°. 6

RELACION ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 7

**RELACION ENTRE LA OCUPACION Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

Ocupación	Ansiedad						TOTAL	
	Sin ansiedad		Menor		Mayor			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Asistente	10	25,0	8	20,0	7	17,5	25	62,5
Residente1ro	1	2,5	3	7,5	2	5,0	6	15,0
Residente2do	0	0,0	4	10,0	1	2,5	5	12,5
Residente3ro	2	5,0	2	5,0	0	0,0	4	10,0
TOTAL	13	32,5	17	42,5	10	25,0	40	100

 $X^2=8.34$
 $P<0.05$
 $P=0.04$

Fuente: Elaboración propia

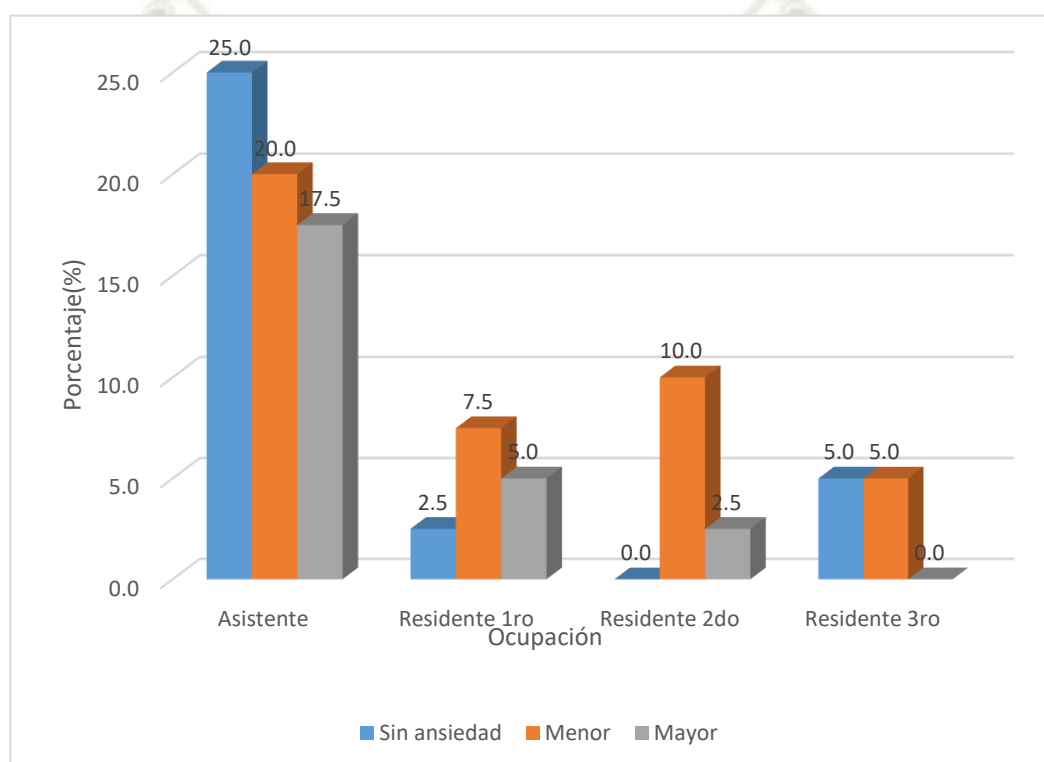
La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8.34$) muestra que la ocupación y la ansiedad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 25.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 sin ansiedad son asistentes, mientras que el 10.0% del personal con depresión menor son residentes de 2do.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

GRAFICO DE LA TABLA N°. 7

RELACION ENTRE LA OCUPACION Y EL GRADO DE ANSIEDAD EN EL PERSONAL
MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 8
RELACION ENTRE LOS FACTORES LABORALES Y EL GRADO DE
ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

Laborales	Ansiedad						X ²	P
	Sin ansiedad		Menor		Mayor			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Tiempo en hospital								
1-3 años	4	10,0	9	22,5	3	7,5	2.35	P>0.05
4-10 años	5	12,5	4	10,0	3	7,5		P=0.88
11-20 años	3	7,5	3	7,5	3	7,5		
>20 años	1	2,5	1	2,5	1	2,5		
Régimen laboral								
Nombrado	10	25,0	4	10,0	6	15,0	9.48	P<0.05
Contratado	3	7,5	12	30,0	4	10,0		P=0.05
CAS	0	0,0	1	2,5	0	0,0		
Realiza guardias								
Si	13	32,5	15	37,5	9	22,5	1.59	P>0.05
No	0	0,0	2	5,0	1	2,5		P=0.45
Trabaja en clínicas								
Si	7	17,5	8	20,0	7	17,5	1.35	P>0.05
No	6	15,0	9	22,5	3	7,5		P=0.41
Realiza docencia								
Si	5	12,5	5	12,5	3	7,5	0.31	P>0.05
No	8	20,0	12	30,0	7	17,5		P=0.41
TOTAL	13	32,5	17	42,5	10	25,0		

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.48$) muestra que el régimen laboral y la ansiedad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 25.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 sin ansiedad son nombrados, mientras que el 10.0% del personal con depresión mayor son contratados.

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 9
RELACION ENTRE LA EDAD Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

Edad	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
<30 años	0	0,0	3	7,5	1	2,5	0	0,0	4	10,0
30-39 años	6	15,0	8	20,0	4	10,0	0	0,0	18	45,0
40-49 años	0	0,0	5	12,5	2	5,0	2	5,0	9	22,5
50-59 años	2	5,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	3	7,5
60-69 años	2	5,0	4	10,0	0	0,0	0	0,0	6	15,0
TOTAL	10	25,0	21	52,5	7	17,5	2	5,0	40	100

 $X^2=16.00$
 $P>0.05$
 $P=0.19$

Fuente: Elaboración propia

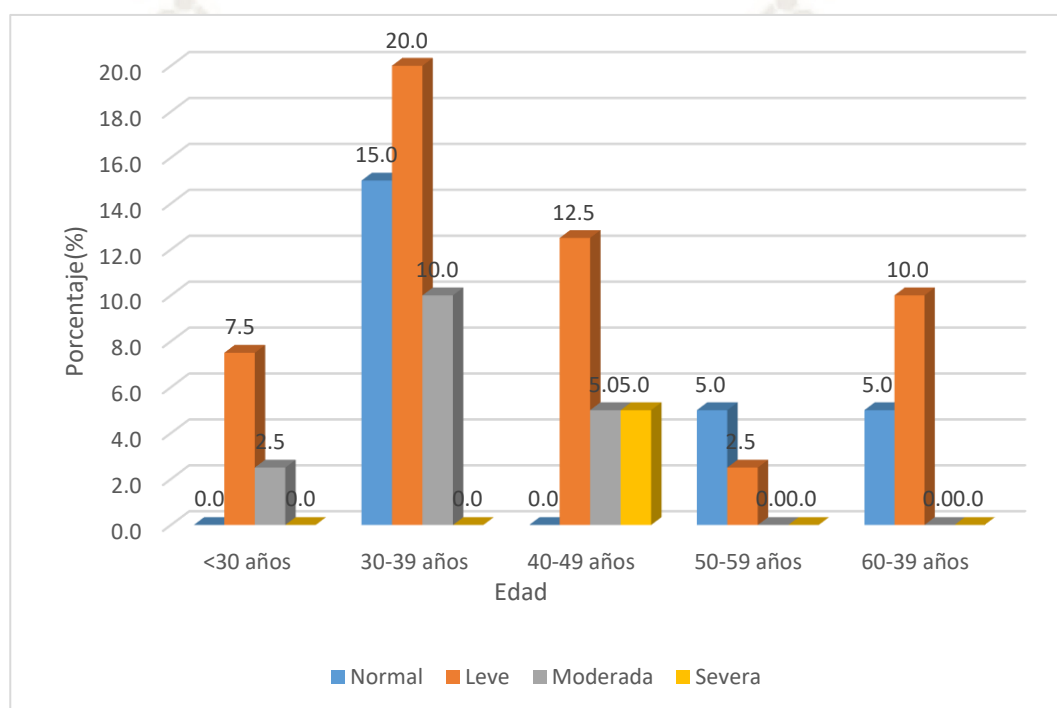
La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.00$) muestra que la edad y la depresión no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 15.0 % del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 sin depresión tienen entre 30-39 años, mientras que el 12.5% del personal con depresión leve tienen entre 40-49 años.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

GRAFICO DE LA TABLA N°. 9

RELACION ENTRE LA EDAD Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 10

**RELACION ENTRE EL SEXO Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

Sexo	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Masculino	8	20,0	15	37,5	4	10,0	2	5,0	29	72,5
Femenino	2	5,0	6	15,0	3	7,5	0	0,0	11	27,5
TOTAL	10	25,0	21	52,5	7	17,5	2	5,0	40	100

 $X^2=1.88$
 $P>0.05$
 $P=0.59$

Fuente: Elaboración propia

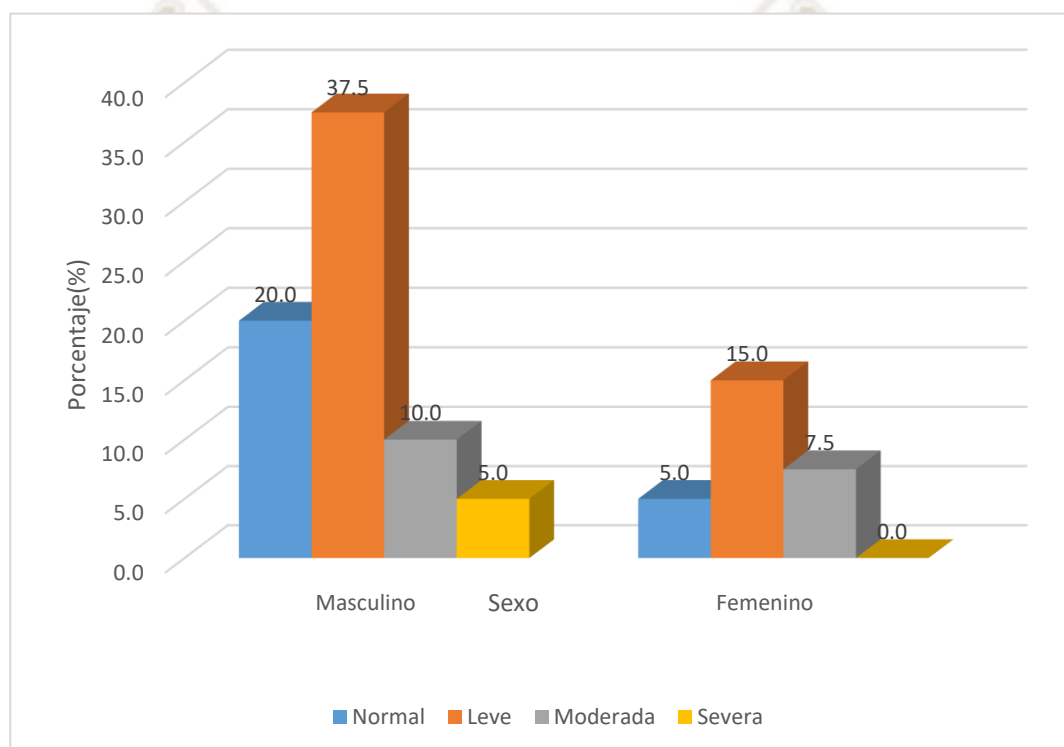
La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.88$) muestra que el sexo y la depresión no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 37.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 con depresión leve son de sexo masculino, mientras que el 7.5% del personal con depresión moderada son de sexo femenino.

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

GRAFICO DE LA TABLA N°. 10

**RELACION ENTRE EL SEXO Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, 2019**



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 11

**RELACION ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL
MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

Estado Civil	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Soltera	1	2,5	7	17,5	5	12,5	0	0,0	13	32,5
Casada	7	17,5	11	27,5	1	2,5	2	5,0	21	52,5
Conviviente	1	2,5	2	5,0	0	0,0	0	0,0	3	7,5
Separada	1	2,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	2	5,0
Viuda	0	0,0	1	2,5	0	0,0	0	0,0	1	2,5
TOTAL	10	25,0	21	52,5	7	17,5	2	5,0	40	100

 $X^2=13.50$
 $P>0.05$
 $P=0.33$

Fuente: Elaboración propia

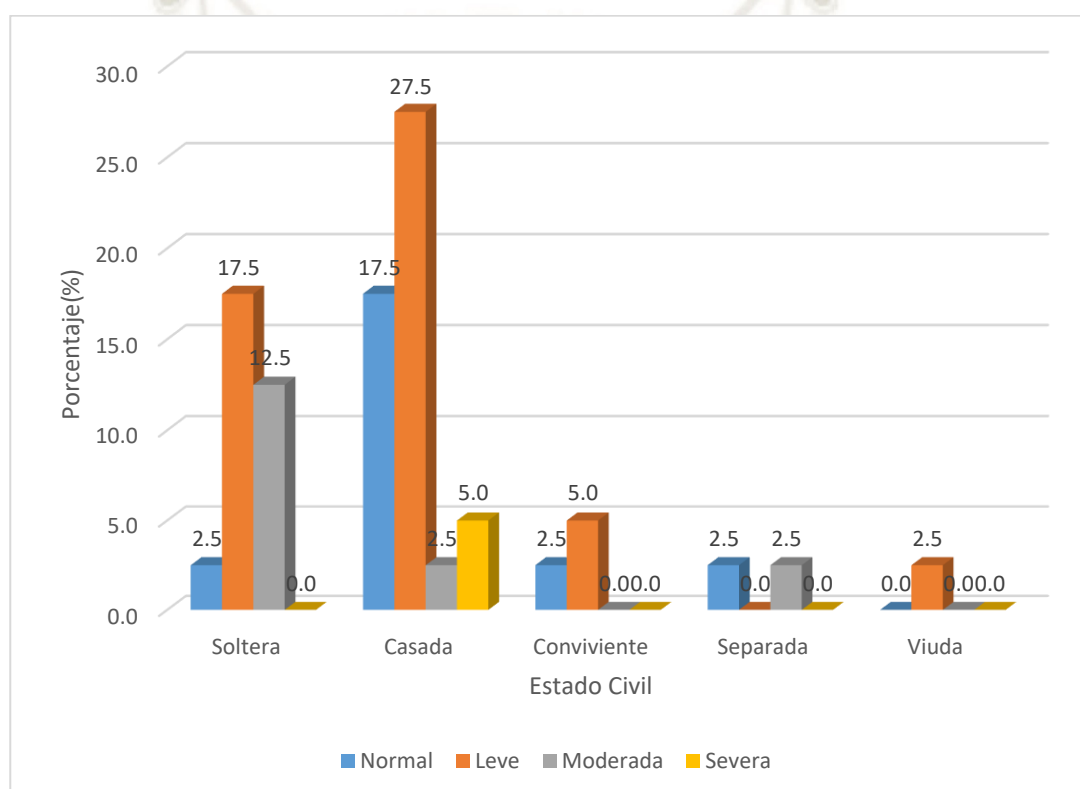
La Tabla N°. 11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=13.50$) muestra que el estado civil y la depresión no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 27.5 % del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 con depresión leve son casados, mientras que el 12.5% del personal con depresión moderada son solteros.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

GRAFICO DE LA TABLA N°. 11

RELACION ENTRE EL ESTADO CIVIL Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019



Fuente: Elaboración propia

**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

TABLA N°. 12
RELACION ENTRE LA OCUPACION Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL
MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

Ocupación	Depresión								TOTAL	
	Normal		Leve		Moderada		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Asistente	8	20,0	11	27,5	4	10,0	2	5,0	25	62,5
Residente 1ro	2	5,0	3	7,5	1	2,5	0	0,0	6	15,0
Residente 2do	0	0,0	5	12,5	0	0,0	0	0,0	5	12,5
Residente 3ro	0	0,0	2	5,0	2	5,0	0	0,0	4	10,0
TOTAL	10	25,0	21	52,5	7	17,5	2	5,0	40	100

 $X^2=9.93$
 $P>0.05$
 $P=0.35$

Fuente: Elaboración propia

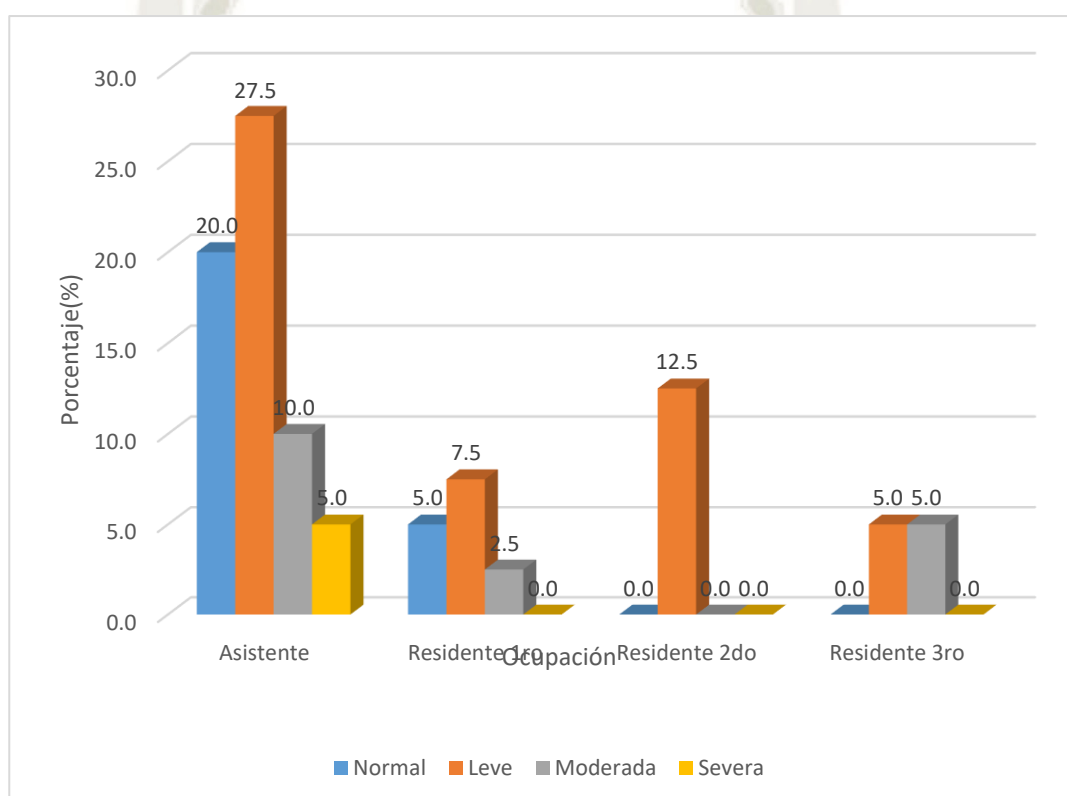
La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.93$) muestra que la ocupación y la depresión no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 27.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 con depresión leve son asistentes, mientras que el 5.0% del personal con depresión moderada son residentes de 3ro.

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

GRAFICO DE LA TABLA N°. 12

RELACION ENTRE LA OCUPACION Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, 2019



Fuente: Elaboración propia

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

TABLA N°. 13

RELACION ENTRE LOS FACTORES LABORALES Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019

Laboral	Depresión								X²	P
	Normal		Leve		Moderada		Severa			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Tiempo en hospital										
1-3 años	3	7,5	10	25,0	3	7,5	0	0,0	7.40	P>0.05
4-10 años	5	12,5	4	10,0	2	5,0	1	2,5		P=0.59
11-20 años	2	5,0	4	10,0	2	5,0	1	2,5		
>20 años	0	0,0	3	7,5	0	0,0	0	0,0		
Régimen laboral										
Nombrado	7	17,5	9	22,5	2	5,0	2	5,0	9.51	P<0.05
Contratado	3	7,5	12	30,0	4	10,0	0	0,0		P=0.04
CAS	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0		
Realiza guardias										
Si	10	25,0	19	47,5	6	15,0	2	5,0	1.56	P>0.05
No	0	0,0	2	5,0	1	2,5	0	0,0		P=0.66
Trabaja en clínicas										
Si	6	15,0	10	25,0	4	10,0	2	5,0	2.21	P>0.05
No	4	10,0	11	27,5	3	7,5	0	0,0		P=0.53
Realiza docencia										
Si	4	10,0	7	17,5	0	0,0	2	5,0	7.78	P<0.05
No	6	15,0	14	35,0	7	17,5	0	0,0		P=0.04
TOTAL	10	25,0	21	52,5	7	17,5	2	5,0		

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.51$) muestra que el régimen laboral y la depresión presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 30.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 con depresión leve son contratados, mientras que el 17.5% del personal con depresión normal son nombrados.

TABLA N°. 14

**REGRESION LOGISTICA PARA LA ASOCIACION ENTRE LOS FACTORES
SOCIOLABORALES Y LA ANSIEDAD EN EL PERSONAL MÉDICO DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, 2019**

Variables	Ansiedad					
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	OR
Edad (<40 años)	2,080	1,193	3,040	1	,081	0.125
Estado civil (Sin pareja)	2,217	1,370	2,617	1	,040	9.178
Ocupación (Residentes)	18,981	28,450	6,720	1	,000	5.700
Régimen laboral (contratado/CAS)	20,554	23,450	7,880	1	,010	84.501

La Tabla N°. 14 muestra que el personal contratado tiene más riesgo de presentar ansiedad que el personal nombrado, también podemos observar que el personal médico que no tiene pareja presentan mayor riesgo de ansiedad.

TABLA N°. 15

**REGRESION LOGISTICA PARA LA ASOCIACION ENTRE LOS FACTORES
SOCIOLABORALES Y LA DEPRESION EN EL PERSONAL MÉDICO DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO, 2019**

Variables	Depresión					OR
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	
Régimen laboral (Contratados/CAS)	1,691	0,966	3.06	1	0.006	5.424
Docencia (Si)	0,353	0,866	1.166	1	0.046	1.423

La Tabla N°. 15 muestra que el personal contratado tiene más riesgo de presentar depresión que el personal nombrado, también podemos observar que el personal médico que realiza actividad docente tienen más riesgo de presentar depresión.

DISCUSION

El presente estudio se realizó con el objeto de identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019. Se realizó la presente investigación debido a que como estudiante de medicina he podido observar que las circunstancias bajo las cuales se atienden a pacientes en el servicio de ginecología o en condiciones en las que existe un binomio madre-hijo, no son las más adecuadas; en los hospitales del Ministerio de Salud hay equipamiento deficiente y anticuado, en ambientes cada vez más insuficientes, y en condiciones precarias, aunado a las condiciones en las que llegan muchas pacientes, sin controles adecuados, o con referencias tardías, predisponen a las denuncias por responsabilidad profesional, favoreciendo la práctica de una medicina defensiva ante la posibilidad de denuncias médico-legales.

Todas estas situaciones pueden exponer a los trabajadores a situaciones estresantes que pueden afectar su salud mental, afectando a la vez su funcionamiento profesional y familiar.

Para tal fin se encuestó a los médicos del servicio aplicando una ficha de datos sociodemográficos y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian con prueba de independencia chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** el 45.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 tienen entre 30-39 años, el 72.5% son de sexo masculino, el 62.5% son asistentes, el 50.0% son trabajadores nombrados, el 92.5% realizan guardias, mientras que el 67.5% no realizan labores de docencia.

En la **Tabla y Gráfico 2** en cuanto al nivel de ansiedad se observa que el 42.5% del personal médico presentan ansiedad menor, el 32.5% no tienen ansiedad, mientras que el 25.0% del personal tienen ansiedad mayor. ESPINOZA KA (19) en su investigación “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014” concluyo que En el hospital Goyeneche 20% de trabajadores

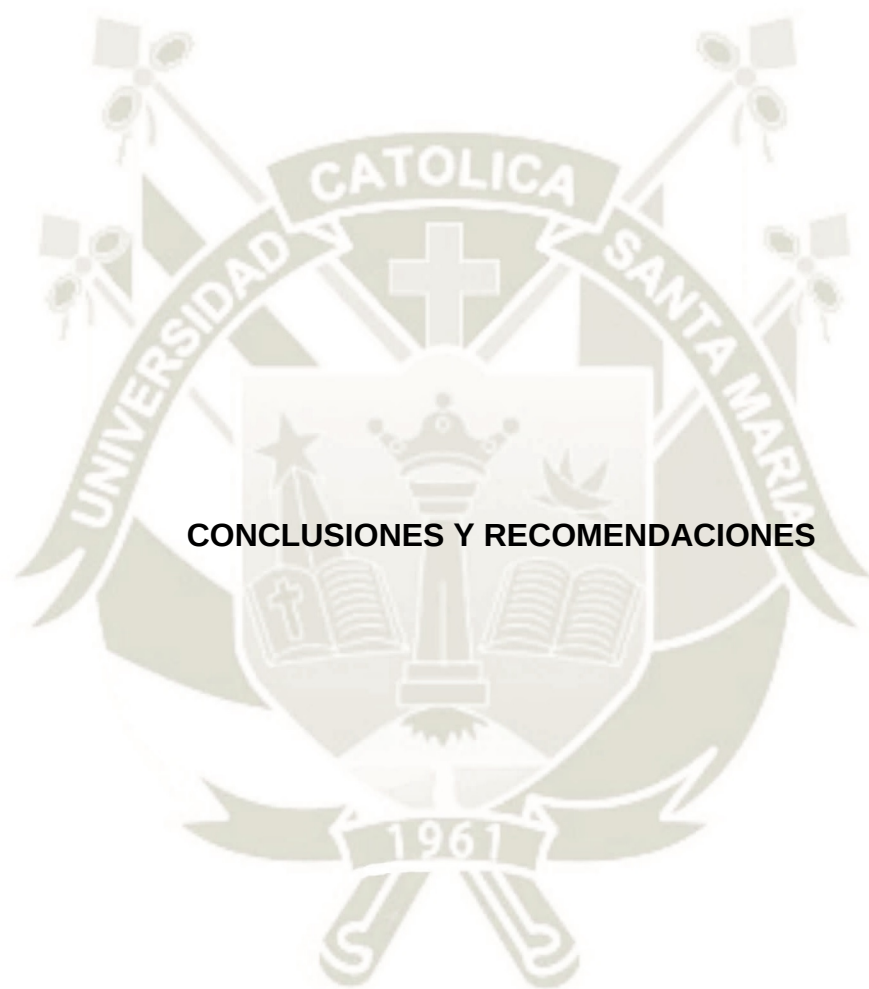
tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada; un resultado similar lo obtuvo PISCONTE CE (20) en su trabajo “Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú – 2018” que obtuvo como resultado una prevalencia de ansiedad del 70.0%

Tabla y Gráfico 3; en cuanto a la depresión, se encontró que el 52.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 presentan depresión leve, el 25.0% no tienen depresión, seguido por el 17.5% con depresión moderada, mientras que solo el 5.0% del personal presentan depresión severa. Según el estudio de JIMENEZ LOPEZ (22). Se encontró que en residentes existía un 4.6 % de trastorno depresivo y viendo nuestros resultados es claramente que es un porcentaje muy alto de estas patologías.

Las **Tablas y Gráficos 4 - 8** muestran la relación de los factores socio laborales de los médicos de servicio para el desarrollo de ansiedad; según la prueba de chi cuadrado se encontró una relación estadística significativa ($P < 0.05$) en cuanto la edad, estado civil, ocupación y régimen laboral; se observa que el 25.0% del personal médico con ansiedad menor tienen entre 30 – 39 años, mientras que el 12.5% del personal con ansiedad mayor tienen entre 40 – 49 años; que el 25.0% del personal médico sin ansiedad son casados, mientras que el 20.0% del personal con depresión menor son solteros; el 25.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 sin ansiedad son asistentes, mientras que el 10.0% del personal con depresión menor son residentes de 2do, y el 25.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia son nombrados, mientras que el 10.0% del personal con depresión mayor son contratados.

Según el estudio de Espinoza KA (19). Se encontraron rasgos más relacionados con ansiedad como la mayor edad y en nuestro estudio no se puede evidenciar en el trabajo realizado además el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo, pero esto no se contrasta con nuestro trabajo y la explicación podría ser por que el personal joven o sea los residentes son los más expuestos a grandes cargas de estrés y una reciente adaptación al medio de trabajo.

En las **Tablas y Gráficos 9 - 13** se muestra la influencia de las características laborales en la presencia de depresión; se encontró que solo el régimen laboral y el desempeño como docentes presenta una relación directa con la depresión ($P < 0.05$); el 30.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 con depresión leve son contratados, mientras que el 17.5% del personal con depresión normal son nombrados; el 17.5% del personal con depresión leve se desempeñan como docentes, mientras que el 15.0% del personal sin depresión no desempeñan labor docente. En cuanto al tiempo de trabajo, hubo depresión leve en 25% de trabajadores con 1 a 3 años. De esta manera se acepta la hipótesis alterna ya que se demostró que algunas de las características socio laborales del personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado se asocian al desarrollo de ansiedad y depresión. Espinoza KA (19) en su investigación “Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014” Al analizar los factores relacionados a ansiedad y depresión, resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayo a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25). Los factores relacionados a depresión resultaron el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05).



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. - Poco menos de la mitad del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 presentan ansiedad menor, el 32.5% no tienen ansiedad, mientras que el 25.0% del personal tienen ansiedad mayor, con respecto a la depresión más de 50.0% presentan depresión leve, el 25.0% no tienen depresión, seguido por el 17.5% con depresión moderada, mientras que solo el 5.0% del personal presentan depresión severa.

Segunda. - Con respecto a las características socio laborales el 45.0% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 tienen entre 30-39 años, el 72.5% son de sexo masculino, el 62.5% son asistentes, el 50.0% son trabajadores nombrados, el 92.5% realizan guardias, mientras que el 67.5% no realizan labores de docencia.

Tercera. - La relación de los factores socio laborales de los médicos y el desarrollo de ansiedad; según la prueba de chi cuadrado se encontró una relación estadística significativa ($P < 0.05$) en cuanto la edad, estado civil, ocupación y régimen laboral, y los factores relacionados a la depresión fueron el régimen laboral y el desarrollo de labores como docente ($P < 0.05$). Según el OR el personal médico contratado tiene más riesgo de presentar ansiedad y depresión.

.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda al jefe del servicio de ginecología y obstetricia del hospital Honorio delgado que desarrolle programas de salud mental dirigido a los médicos residentes y asistentes para que prevenir y controlar la ansiedad y depresión.
- 2) Se sugiere al área de Psiquiatría y Psicología del Hospital Honorio delgado Espinoza se debería realizar evaluaciones a los médicos que trabajan en el hospital para poder detectar la posibilidad de trastornos mentales y puedan recibir un tratamiento de forma oportuna según se requiera, y una posibilidad de seguimiento en los casos que se puedan identificar.
- 3) Se sugiere además la creación de programas que tengan como objetivo principal amortiguar el desgaste emocional en situaciones de gran presión tales como: talleres de control de estrés, de motivación, sobre autoestima.
- 4) Se recomienda que se amplíe el estudio de estas patologías en médicos de diferentes áreas y de diferentes especialidades para poder ampliar la realidad sobre este tema y se proponga medidas oportunas que permita mejorar la calidad de vida del médico, para que su desempeño sea adecuado al igual que su atención al paciente.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

- 1) López JF, Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente, 2011; 3(8):28-33
- 2) Quispe LS. Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
- 3) Gelenberg AJ, Reiman EM, Ebert MH. Focus on Generalized Anxiety Disorder. J Clin Psychiatry. 2001; 62 (suppl 11).
- 4) Oliver-Quetglas A, Torres E, March S, Socías I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. Actas Esp Psiquiatr. 2013;41(2):84-96.
- 5) Montiel-Jarquín Á, Torres-Castillo M, Herrera-Velasco M, Ahumada Sánchez Ó, Barragán-Hervella R, García-Villaseñor A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. Educ Médica. 1 de abril de 2015; 16(2):116-25.
- 6) Piñeiro M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. Enferm Glob. Julio de 2013; 12(31):125-50.
- 7) Portero S, Vaquero M. Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. Rev Lat-Am Enferm. 2015; 1-10.
- 8) Benita I. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2017; 20(1):239-251.
- 9) Torres V, Chávez A. Ansiedad. Rev Actual Clínica Investiga. Septiembre de 2013; 35:1788.
- 10) Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad CIE 10. Disponible en: http://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm

- 11) Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Rev Médica Chile*. 2015; 143(1):47-55.
- 12) Muñoz C, Rumie H, Torres G, Villarroel K. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Cienc Enferm*. Abril de 2015; 21(1):45-53.
- 13) Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B, Abizanda-Campos R. Anxiety, depression and emotional distress in the Intensive Care Units health professionals. *An Psicol Ann Psychol*. 25 de abril de 2015;31(2):743-50.
- 14) Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. *Rev Médica Paz*. 2014; 20(2):84-84.
- 15) APA: American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 16) Sequeira A, Fornaguera J. Neurobiología de la depresión. *Rev Mex Neurociencias* 2009; 10(6):462-478.
- 17) Lohoff FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2010 Dec. 12(6):539-46.
- 18) Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment* 2016; 39(1):47-58.
- 19) Espinoza KA. Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2014
- 20) Pisconte CE. Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú - 2018. Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Piura. 2018
- 21) García-Rivera B, Maldonado-Radillo S, Baron M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa psicol. UST*,2014; 11(1):65-72.

- 22) Jiménez-López JL, 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 2015; 53 (1): 20-8
- 23) Bobes García J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Medica. 2002.
- 24) Aguirre R, Lopez JF, Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente, 2011; 3 (8):28-33.
- 25) Plata GM, Flores CL, Curiel HO, Juárez OJR, Rosas BJV. Depresión y ansiedad en la residencia médica. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 2011; 16(3):157-162.
- 26) Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. Aten Fam. 2014;21(2):55-57.

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Edad: ____ años

Sexo: Masculino ☐

Femenino ☐

Estado civil:

Soltero ☐

Conviviente ☐

Casado ☐

Separado ☐

Viudo ☐

Ocupación

Médico asistencial ☐

Residente ☐ ____ año

Tiempo de trabajo en el Hospital: ____ Años

Tiempo de trabajo en el servicio: ____ Años

Régimen laboral: Nombrado ☐

contratado ☐

CAS ☐

Otras actividades laborales:

Realiza Guardias

Sí ☐

No ☐

Trabaja en clínicas

Sí ☐

No ☐

Realiza docencia

Sí ☐

No ☐

Anexo 2. Escala de Ansiedad De Hamilton (14 Ítems)

INSTRUCCIONES: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 14 ítem. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todos los ítem acorde a los siguientes criterios: **0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante)**.

	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8. Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias					
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					

14. Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.

--	--	--	--	--



Anexo 3. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems)

(El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro)

Ítem	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas o amenazas de suicidio. 4. Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).
6. Insomnio tardío	0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Problemas en el trabajo y actividades	0. Ausentes. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo.

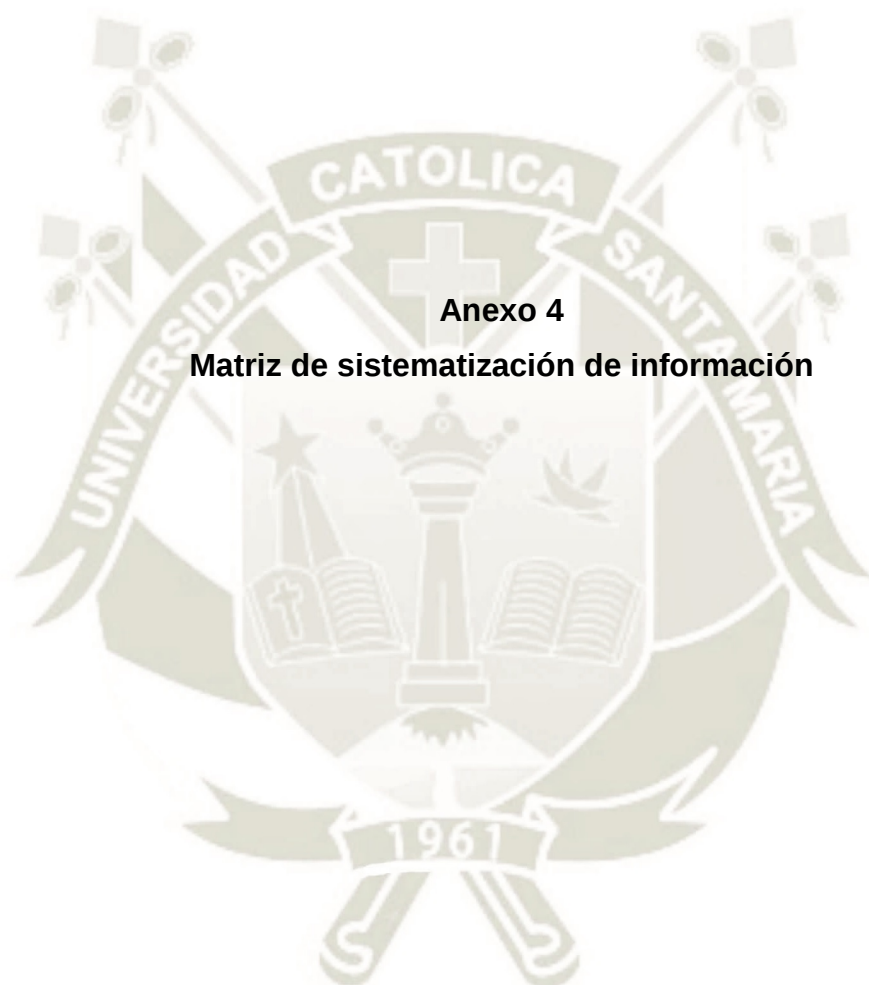
palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)	2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, labios, se tira de cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Terrores expresados sin preguntarle.
11. Ansiedad somática	Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. • Respiratorios: hiperventilación, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración. 0. Ausente. 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Grave. 4. Incapacitante.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía. 2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.
14. Síntomas genitales	Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales 0. Ausentes. 1. Débiles. 2. Graves. 3. Incapacitantes.
15. Hipocondría	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.
16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)	A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida según el enfermo. B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

	1. Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio). 2. Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega estar enfermo.



Anexo 4

Matriz de sistematización de información



F.	E.	S.	E.C	O.	T.T.H.	T.T.S.	R.L.	R.G.	T.C.	R.D.	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a	11a	12a	13a	14a	1D	2D	3D	4D	5D	6D	7D	8D	9D	10D	11D	12D	13D	14D	15D	16D	17D		
1	45	F	separada	medico asistente	12 años	12 años	nombrado	no	si	no	2	3	2	3	4	0	1	2	2	2	0	2	1	0	3	0	0	2	2	1	1	3	2	1	1	0	1	0	0	0	1		
2	56	F	sseparada	medico asistente	9 años	9 años	nombrado	si	si	no	2	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1			
3	48	F	casada	medico asistente	14 años	14 años	nombrado	si	si	no	3	1	0	2	1	1	3	0	0	2	1	2	1	2	1	2	0	2	2	1	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	2		
4	34	F	soltera	medico asistente	6años	6 años	CAS	si	si	no	2	1	0	3	1	2	0	2	0	0	0	0	2	1	3	1	0	1	2	2	1	1	0	2	0	0	1	0	0	1			
5	37	F	conviviente	medico asistente	6 años	6 años	nombrado	si	si	no	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0			
6	40	F	casada	medico asistente	10 años	7 años	nombrado	si	si	no	2	1	1	1	1	0	2	2	1	0	1	1	2	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	2	1	1	0	0	0	0		
7	30	F	soltera	residente 3 año	3 años	3 años	contratado	si	no	no	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	2	2	1	0	0	0	1	0	0		
8	29	F	soltera	residente 2 año	2 año	2 año	contratado	si	no	no	2	2	0	0	2	2	4	4	3	3	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	2	0	1	0	0	1			
9	31	F	casada	residente 2 año	2 año	2 año	contratado	si	no	no	2	1	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	2	2	1	1	1	0	0	2		
10	31	F	casada	residente 3 año	3 años	3 años	contratado	si	no	no	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	
11	25	F	soltera	residente 1 año	1 año	1 año	contratado	si	no	no	2	3	1	0	1	1	2	0	0	0	1	2	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	1	0	0	2	0		
12	45	M	casado	medico asistente	13 años	13 años	nombrado	si	si	si	3	2	1	2	2	2	1	1	1	0	1	1	2	1	3	0	1	2	2	1	3	2	1	2	0	0	2	0	1	2	1		
13	42	M	casado	medico asistente	7 años	7 años	nombrado	si	si	si	2	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	2	1	2	3	1	0	3	1	1	2	0	2	0	1		
14	69	M	casado	medico asistente	30 años	30 años	nombrado	si	no	si	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	
15	49	M	casado	medico asistente	17 años	17 años	nombrado	si	si	no	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
16	31	M	soltero	medico asistente	4 años	4 años	contratado	si	si	no	3	3	0	2	2	2	1	0	0	0	1	0	2	1	2	1	1	0	0	0	1	0	2	2	2	2	1	0	2	0	0		
17	38	M	casado	medico asistente	9 años	9 años	nombrado	si	si	si	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	
18	65	M	viudo	medico asistente	35 años	35 años	nombrado	no	no	si	0	1	0	2	0	3	4	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	2	2	2	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1		
19	45	M	casado	medico asistente	18 años	18 años	nombrado	si	si	si	1	1	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	
20	48	M	soltero	medico asistente	20 años	15 años	nombrado	no	si	si	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2	1	0	0	0	1	2	1	0	1	2	1	0	1	0	1	0	1	
21	62	M	casado	medico asistente	1 año	1 año	nombrado	si	no	no	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2		
22	52	M	casado	medico asistente	8 años	8 años	nombrado	si	si	si	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	2	1	0	0	1	0	2		
23	37	M	casado	medico asistente	10 años	10 años	nombrado	si	si	no	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
24	59	M	casado	medico asistente	4 años	4 años	nombrado	si	si	no	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	
25	39	M	conviviente	medico asistente	13 años	10 años	nombrado	si	si	no	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	
26	49	M	casado	medico asistente	10 años	10 años	nombrado	si	si	si	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	2	
27	34	M	casado	medico asistente	10 años	10 años	nombrado	si	si	si	1	0	0	0	1	0	2	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
28	67	M	casado	medico asistente	25 años	25 años	nombrado	si	si	si	2	2	0	3	2	0	1	0	0	0	2	3	0	1	0	0	0	2	1	0	0	2	0	1	0	0	1	0	1	0	2		
29	62	M	casado	medico asistente	15 años	15 años	nombrado	si	no	si	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
30	32	M	soltero	residente 1 año	1 año	1 año	contratado	si	no	no	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1		
31	29	M	soltero	residente 1 año	1año	1 año	contratado	si	no	no	3	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
32	38	M	soltero	residente 1 año	1 año	1 año	contratado	si	no	no	2	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0		
33	33	M	casado	residente 1 año	1 año	1 año	contratado	si	no	no	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
34	28	M	soltero	residente de 1 año	1 año	1 año	contratado	si	no	no	2	1	0	2	1	1	3	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	2	0	0	
35	45	M	casado	residente 2 año	2 años	2 años	contratado	si	no	no	1	0	0	1	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	2	
36	30	M	soltero	residente 2 año	2 años	2 años	contratado	si	si	no	2	2	0	1	1	2	1	0	0	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
37	30	M	conviviente	residente 2 año	2 años	2 años	contratado	si	no	no	1	1	0	0	2	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	2	2	0	0	0	2		
38	33	M	soltero	reesidente 3 año	3 años	3 años	contratado	si	no	no	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
39	32	M	soltero	residente 3 año	3 años	3 años	contratado	si	no	no	1	1	0	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	2	1	0	1	1	2	2	0	0	1	0	1	0	2	
40	62	M	casado	medico asistente	20 años	20 años	nombrado	si	si	si	2	1	2	0	1	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	2

LEYENDA

ITEM	SIGNIFICADO
F.	ficha
E.	edad
S.	sexo
E.C	estado civil
O.	ocupacion
T.T.H.	tiempo de trabajo en el hospital
T.T.S.	tiempo de trabajo en el servicio
R.L.	regimen laboral
R.G.	realiza guardias
T.C.	trabaja en clinicas
R.D.	realiza docencia
1a	1a
2a	2a
3a	3a
4a	4a
5a	5a
6a	6a
7a	7a
8a	8a
9a	9a
10a	10a
11a	11a
12a	12a
13a	13a
14a	14a
1D	1D
2D	2D
3D	3D
4D	4D
5D	5D
6D	6D
7D	7D
8D	8D
9D	9D
10D	10D
11D	11D
12D	12D
13D	13D
14D	14D
15D	15D
16D	16D
17D	17D



Anexo 5
Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina
Humana



**FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019**

Proyecto de Tesis Presentado por la Bachiller:
Villanueva Conde, Lucero Nathia
para optar el Título Profesional de
Médico Cirujana

Asesor:
Dr. Alvarado dueñas, Ervis Felipe

Arequipa - Perú
2019

PREÁMBULO

Como estudiante de medicina he podido observar que las circunstancias bajo las cuales se atienden a pacientes en el servicio de ginecología o en condiciones en las que existe un binomio madre-hijo, no son las más adecuadas; en los hospitales del Ministerio de Salud hay equipamiento deficiente y anticuado, en ambientes cada vez más insuficientes, y en condiciones precarias, aunado a las condiciones en las que llegan muchas pacientes, sin controles adecuados, o con referencias tardías, predisponen a las denuncias por responsabilidad profesional, favoreciendo la práctica de una medicina defensiva ante la posibilidad de denuncias médico-legales.

Todas estas situaciones pueden exponer a los trabajadores a situaciones estresantes que pueden afectar su salud mental, afectando a la vez su funcionamiento profesional y familiar (1). Es reconocido el desgaste profesional que enfrentan los trabajadores en estas áreas de atención, llegando a mostrar un desgaste profesional importante con síntomas de ansiedad e incluso de depresión (2).

Todos hemos experimentado sensaciones de ansiedad como un mecanismo adaptativo natural para reaccionar ante situaciones estresantes; las he sentido como estudiante y como interna y las he percibido en el personal asistencial; esta forma de adaptación puede verse desbordada y convertirse en una reacción desmesurada que deteriora la capacidad de funcionamiento, tanto laboral como social, llegando a casos extremos en el trastorno de ansiedad generalizada.

También puede excederse los límites de la ansiedad y convertirse en depresión, cuando nos damos cuenta que no se puede controlar las situaciones estresantes, y la persona afectada se siente indefensa, con sentimientos de tristeza, con falta de interés por las actividades habituales y desmedro de su autoestima.

Estos trastornos en personal médico pueden afectar su capacidad para la toma de decisiones en situaciones críticas como es en emergencias obstétricas y ginecológicas. Se convierte así en un círculo vicioso, en el que las situaciones estresantes aumentan el riesgo laboral de ansiedad y/o depresión, empeorando la calidad de la atención y con ello aumentando el riesgo de problemas en la atención.

En mi percepción los problemas de salud no son solo los problemas de salud físicos los que constituyen temas de investigación, sino que cobran gran importancia, sobre todo en los últimos tiempos, los problemas de salud mental, que pueden pasar desapercibidos en apariencia, pero generar serios problemas de salud, tanto en la esfera mental, como en su repercusión en la salud física, sobre todo en profesionales de la salud, que se ven enfrentados a situaciones problemáticas adicionales a las que puede tener cualquier otro profesional, pues tienen entre sus manos la vida de otra persona.

En los años de prácticas clínicas y durante el internado he experimentado en carne propia el estrés propio de la labor en un servicio con atención en Ginecología y en Obstetricia, llegando incluso a sentir un rechazo a continuar acudiendo al servicio y culminar la rotación debido a las dificultades en la atención de las pacientes y sus familiares, que se sienten inconformes con la atención o buscan achacar culpabilidades al personal, por lo que se convierten en blanco de reclamos y quejas.

Además, me intrigó el observar que el personal de salud en general y los médicos en particular tienen un carácter diferente en los servicios de gineco-obstetricia que, en otros servicios, quirúrgicos y no quirúrgicos, con mayor percepción de síntomas de alteraciones del estado de ánimo. Esto me motivó a buscar información sobre los trastornos del estado de ánimo en el personal asistencial de salud, por lo que surge el interés de conocer la frecuencia y severidad de dos importantes trastornos de la salud mental en personal de salud de uno de los servicios con mayor demanda y riesgo laboral para diseñar en el futuro estrategias destinadas a mejorar la calidad de vida de estos trabajadores.

I. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Variable dependiente			
Trastornos del estado de ánimo	Ansiedad	Puntaje en escala de ansiedad de Hamilton: Sin ansiedad (0-5), Ansiedad menor (6-14), Ansiedad mayor (15 ó más)	Nominal
	Depresión	Puntaje en escala de depresión de Hamilton: Normal (0-7), Depresión leve (8-13), Depresión moderada (14-18), Depresión severa	Nominal

		(19-22), Depresión muy severa (23 ó más)	
Variables independientes			
Factores socio laborales	Edad	Años	De razón
	Sexo	Varón / Mujer	Nominal
	Estado civil	Soltera, casada, conviviente, separada, viuda	Nominal
	Tiempo de trabajo	Años	De razón
	Régimen laboral	Nombrado, contratado, CAS	Nominal
	Grupo ocupacional	Médico asistente, médico residente	Nominal
	Actividad laboral	Guardias, trabajo en clínicas, docencia	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?
2. ¿Cuáles son las características socio laborales del personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado?
3. ¿Cuáles son las características socio laborales del personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Diseño de investigación:** Es un estudio observacional, prospectivo, transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, así como los factores socio laborales relacionados a su desarrollo; no hemos encontrado estudios previos similares en nuestro medio, lo que lo hace **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que se estudia el impacto de factores socio laborales en la salud mental del personal médico; tiene **relevancia práctica** porque permitirá identificar las características del personal de salud que pueden predecir el desarrollo de síntomas de ansiedad o de depresión en el personal de salud que pueden ser prevenidos. Tiene **relevancia social**, puesto que beneficiará a los trabajadores de salud que laboran en un servicio de alta demanda y con situaciones de estrés.

El estudio es **contemporáneo** ya que la sobrecarga emocional laboral es un motivo de preocupación para los servicios de salud.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un estudio prospectivo en un grupo accesible y con instrumentos validados.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la salud mental, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Ansiedad

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos comprometidos o situaciones peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantener la concentración y afrontar los retos de la vida cotidiana. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso,

a veces, se presenta en ausencia de peligro inminente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico (3).

Sin embargo, la ansiedad no es una enfermedad mental, pero se le considera como tal cuando se vuelve intensa y persistente que llega a interferir con el funcionamiento cotidiano y se le conoce como desorden de ansiedad generalizada. La crisis se caracteriza por aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control. Como se puede observar este trastorno incluye la experiencia afectiva de preocupación por la capacidad de logro y la calidad de ejecución, así como las expectativas recelosas (4).

En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno (3).

En nuestro contexto, la mayoría de los estudios sitúan la prevalencia de la enfermedad mental, en la población general, entre el 10% y el 20% (5-7).

2.1.1. Neurobiología de la ansiedad

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus cerúleos. Para una mejor comprensión sobre las bases neurobiológicas

de la ansiedad describiremos las estructuras anatómicas y mecanismos químicos involucrados en la ansiedad (8).

Estructuras neuroanatómicas de la ansiedad:

a. Amígdala

Es una estructura idealmente localizada en el lóbulo temporal para coordinar y regular las reacciones de alarma, involucradas en el miedo y la ansiedad. Envía proyecciones a estructuras cortico-subcorticales como la corteza prefrontal y sensorial, hipocampo, corteza olfatoria, estriatum, núcleo acumbens (implicado en el condicionamiento de recompensa), núcleos de la estría terminalis (vía importante del factor liberador de corticotropina asociado al condicionamiento), hipotálamo, tálamo; y además, a estructuras del tallo como los núcleos dorsales del vago (importante para el control regulatorio cardiovascular), los núcleos parabranciales (regulación de la respiración), el locus ceruleus, núcleos dopaminérgicos A8, A9 y A10 localizados en el área tegmental ventral (importante para el condicionamiento de recompensa). Como se puede deducir, las proyecciones se dirigen a los sistemas neurohumorales, autonómicos y musculo esqueléticos asociados con los mecanismos de respuesta a la ansiedad y el miedo. La amígdala sería también un centro regulador, evaluando los informes exteroceptivos e interoceptivos e iniciando respuestas viscerales y conductuales de alarma. Su función estaría mediada por receptores noradrénérgicos, benzodiacepínicos y 5HT-1A (8).

b. Locus ceruleus

Está localizado en el puente cerca del cuarto ventrículo, es el principal núcleo conteniendo norepinefrina en el cerebro y su acción está regulada por receptores GABA-benzodiacepínicos y serotoninérgicos con efecto inhibitorio y por el péptido intestinal vasoactivo (VIP), factor liberador de corticotropina, la sustancia P y acetilcolina, con efecto activador. Recibe información de los sistemas que monitorean el ambiente interno y externo. La

información interoceptiva es canalizada a través de varios núcleos del tallo cerebral, como el núcleo paragigantocelularis y el núcleo prepositus hipogloso. La información exteroceptiva ingresa por la corteza insular, orbital e infralímbica (proyecciones glutamatérgicas). El locus ceruleus envía eferencias a la amígdala, hipocampo, hipotálamo, corteza y médula espinal, todos implicados en el comportamiento del miedo y la ansiedad. Por todo esto se convierte en un centro importantísimo de respuesta ante cambios del medio interno y externo. Se activa por reducción de la presión sanguínea y del volumen sanguíneo, cambios de la termorregulación, hipercapnia, hipoglicemia, distensión de vejiga, estómago y colon, estímulos sensoriales nocivos y por amenaza, lo que lo convierte en un centro de alerta para la supervivencia de los individuos (8).

c. Tálamo

Se localiza en el centro del diencefalo y funciona como una estación de relevo que canaliza los estímulos ambientales a toda la corteza. En situaciones de peligro retransmite las señales sensoriales hacia la amígdala y cuando se lesiona no se presenta reacción de miedo esperada ante un estímulo acústico (8).

d. Hipotálamo

Es un complejo de núcleos y el segundo componente del diencefalo, localizado rostralmente desde la región óptica hasta los cuerpos mamilares. Está involucrado en la activación simpática (hipotálamo lateral) y de la liberación neuroendocrina y neuropéptica (los núcleos paraventriculares y supraópticos liberan al factor liberador de corticotropina, vasopresina y oxitocina) inducida por el estrés (8).

e. Substancia gris periacueductal

Parece estar ligada a la respuesta al miedo. Un peligro inminente (el ataque de un animal) es transmitida desde la amígdala, desarrollando un comportamiento defensivo a través de la

substancia gris periacueductal lateral; mientras que un peligro menor (el animal rondando) provoca un comportamiento de "congelamiento" por la vía de la substancia gris periacueductal ventrolateral (8).

f. Hipocampo

El sistema hipocampal tiene conexiones con estructuras límbicas y áreas sensoriales corticales. Tiene alta densidad de receptores 5HT-1A y se cree juega un papel importante en la ansiedad tomando en cuenta que los agonistas de estos receptores como la buspirona logran controlarla (8).

g. Corteza orbitofrontal

Esta estructura con la recepción de información sensorial y con sus ricas interacciones recíprocas con las estructuras límbicas juega un papel importante en la interpretación de los eventos emocionalmente significativos, seleccionando y planeando el comportamiento de respuesta ante una amenaza, así como también monitoreando la efectividad de esas respuestas. La presencia de altas concentraciones de receptores 5HT-2 en esta región plantea la posibilidad de su involucramiento en la interpretación del material emocional (8).

2.1.2. Clasificación

Los trastornos pueden dividirse según el CIE 10 en (3, 9, 10):

a. F40 Trastornos de ansiedad fóbica

Trastornos la ansiedad que se ponen en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos (externos al enfermo) que no son en sí mismos generalmente peligrosos. En consecuencia, éstos se evitan de un modo específico o si acaso son afrontados con temor. La preocupación del enfermo puede centrarse en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento y a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el

control o a volverse loco. Si el temor a enfermar es consecuencia de un miedo dominante y repetido al posible contagio de una infección o a una contaminación, o es simplemente el miedo a intervenciones (inyecciones, intervenciones quirúrgicas, etc.) o a lugares de asistencia (consulta del dentista, hospitales, etc.) médicas, debe escogerse una de las categorías de esta sección F40.- (por lo general F40.2, fobia específica). La mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones.

b. F40.0 Agorafobia

El término "agorafobia" incluye no sólo los temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro (por lo general el hogar). El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa. La mayor parte de afectados son mujeres y el trastorno comienza en general al principio de la vida adulta. Están presentes a menudo síntomas depresivos y obsesivos y fobias sociales, pero no predominan en el cuadro clínico.

Pautas para el diagnóstico

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de ansiedad y no secundarias a otros síntomas, como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en al menos dos de las siguientes situaciones: multitudes, lugares públicos, viajar lejos de casa o viajar solo.

- La evitación de la situación fóbica es, o ha sido, una característica destacada.

c. F40.1 Fobias sociales

Las fobias sociales suelen comenzar en la adolescencia y giran en torno al miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas. Puede manifestarse como preocupación a ruborizarse, a tener temblor de manos, náuseas o necesidad imperiosa de micción y a veces la persona está convencida de que el problema primario es alguna de estas manifestaciones secundarias de su ansiedad. Los síntomas pueden desembocar en crisis de pánico. La conducta de evitación suele ser intensa y en los casos extremos puede llevar a un aislamiento social casi absoluto.

Pautas para el diagnóstico

- Los síntomas psicológicos, comportamentales o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como por ejemplo ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita o predomina en situaciones sociales concretas y determinadas.
- La situación fóbica es evitada, cuando ello es posible.

d. F40.2 Fobias específicas (aisladas)

Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales. Las fobias

específicas suelen presentarse por primera vez en la infancia o al comienzo de la vida adulta y, si no son tratadas, pueden persistir durante décadas. El grado de incapacidad que producen depende de lo fácil que sea para el enfermo evitar la situación fóbica. El temor a la situación fóbica tiende a ser estable, al contrario de lo que sucede en la agorafobia. Son ejemplos de objetos fóbicos el temor a las radiaciones, a las infecciones venéreas y más recientemente al SIDA. Incluye: Zoofobias, claustrofobia, acrofobia, fobia a los exámenes, fobia simple.

Pautas para el diagnóstico

- Los síntomas, psicológicos o vegetativos, son manifestaciones primarias de la ansiedad y no secundarias a otros síntomas como, por ejemplo, ideas delirantes u obsesivas.
- Esta ansiedad se limita a la presencia de objetos o situaciones fóbicas específicos.
- Estas situaciones son evitadas, en la medida de lo posible.

Además, la ansiedad puede ocasionar síntomas fisiológicos, como trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.), trastornos digestivos (colon irritable, gastritis y úlcera), trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema), y otros trastornos psicosomáticos (cefaleas tensionales, dolor cervical crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.). La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide (3, 9, 10).

2.2. Depresión

La depresión es un desorden funcional más común de los adultos de todas las edades y se presenta en diferentes grados. La depresión reemplaza el estado original de ansiedad cuando el individuo se da cuenta que no puede controlar el trauma y se dice que está en inhibición de la conducta de manejo de situaciones, que lo coloca en una posición biológica vulnerable. Es también considerada trastorno de la afectividad con sentimientos

caracterizados por profunda tristeza monótona y sombría, que resiste a los requerimientos externos, a esto se le agrega una pérdida de interés por la vida, con reducción de autoestima y necesidad de auto-castigo (11).

Afecta principalmente a jóvenes entre los 25 a 40 años de edad. Esta perturbación puede ser la consecuencia de factores biológicos y ambientales lo que mina en el individuo su capacidad de adaptación. Los síntomas del cuadro depresivo son múltiples. Con frecuencia el paciente sufre en silencio los síntomas cognoscitivos (disminución de la capacidad de concentración, dificultad para tomar decisiones, olvidos frecuentes, pesimismo, sentimientos de desesperanza, minusvalía o culpa e ideas de suicidio) y solamente acude a consulta para manifestar sus síntomas somáticos y neurovegetativos (pérdida de peso, insomnio, cefalea tensional, lumbalgia, diaforesis, vómito, palpitaciones), o cuando la ansiedad y el miedo son tan intensos que no le permiten el sosiego y le alteran los ciclos de sueño y alimentación (4, 5).

Cuando la intensidad de los síntomas supera ciertos límites se vuelve competencia también de la psiquiatría, generalmente cuando se presenta un episodio depresivo mayor. Los síntomas empeoran y se mantienen la mayor parte del día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante (5).

2.2.1. Síntomas de depresión

Durante un episodio depresivo típico, el paciente sufre una bajada del estado de ánimo y una disminución de la energía y la actividad. La capacidad para disfrutar, el interés y la concentración también disminuyen. Tras realizar el mínimo esfuerzo, la persona se siente cansada, padece insomnio y pérdida de apetito. Las personas con depresión ven afectadas su autoestima y su autoconfianza y, generalmente, tienen sentimientos de culpabilidad.

Los episodios depresivos se clasifican como leves, moderados o graves, según el número de síntomas y su gravedad. En un episodio leve, en general, el paciente puede llevar a cabo la mayoría de sus actividades de la vida diaria. En un episodio moderado tiene grandes dificultades para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria. En un episodio grave, la mayoría de los síntomas están presentes de forma intensa y las ideas de suicidio y otros intentos de autolisis son frecuentes (11).

Los trastornos depresivos son los trastornos psíquicos más frecuentes, aunque las cifras de incidencia y prevalencia halladas en los diferentes estudios realizados varían en función de la metodología empleada.

Se estima que en torno a un 20% de los pacientes que consultan a médicos de atención primaria padecen trastornos de depresión (3).

Los estudios del trastorno depresivo mayor han indicado un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25 % para las mujeres y entre el 5 y el 12 % para los varones. La prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en adultos en muestras de población general ha variado entre el 5 y el 9 % para las mujeres y entre el 2 y el 3 % para los varones. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos eco-nómicos, ni con el estado civil (12).

Según el CIE 10, la persona depresiva sufre un humor aplanado, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo (13).

Según el DSM-5 (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona

se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad. Asimismo, se pueden observar otras alteraciones como ser la del apetito por la cual se puede observar una pérdida de peso importante, aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo (14).

También se pueden observar alteraciones en los ciclos del sueño, modificando negativamente el número y la latencia de movimientos oculares rápidos durante las fases 3 y 4 del sueño teniendo este fenómeno como resultado la dificultad para mantener el sueño, despertares bruscos e incapacidad para volver a conciliarlo. Es menos frecuente pero también se presenta la hipersomnia donde la persona muestra episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno (15).

Existen también cambios psicomotores como ser el enlentecimiento motriz, que están vinculados a la falta de energía que refiere la persona que hace que esta se muestre fatigada sin haber hecho ninguna actividad física y que señala requerir de un gran esfuerzo para realizar actividades comunes y corrientes. Esta falta de energía también se manifiesta en la capacidad de expresión de la persona deprimida ya que muestra cierta pobreza de ideas y una lentitud marcada de sus verbalizaciones (15).

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas.

También son manifestaciones de los episodios depresivos (15):

- a. La disminución de la atención y concentración.
- b. La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c. Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).

- d. Una perspectiva sombría del futuro.
- e. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f. Los trastornos del sueño.
- g. La pérdida del apetito.

La forma de presentarse puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. En la adolescencia suele presentarse de forma atípica. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como (13. 15):

- Irritabilidad,
- Consumo excesivo de alcohol
- Comportamiento histriónico (emocionalidad excesiva)
- Agravamiento de fobias
- Síntomas obsesivos que ya existían o
- preocupaciones hipocondríacas (preocupación constante y angustiosa por la salud)

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad (Leve, Moderado y Grave) habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

2.2.2. Mecanismos neurobiológicos de la depresión.

La etiopatogenia de los trastornos depresivos, como la de otros trastornos psiquiátricos es multifactorial, existiendo factores genéticos, biológicos y también psicosociales. Así podríamos hablar de unos factores predisponentes, otros precipitantes y otros más bien mantenedores del trastorno depresivo. Las últimas investigaciones han permitido observar alteraciones neurobiológicas en pacientes deprimidos, entre las que destacan: cambios estructurales, cambios neuroendocrinos, y también cambios celulares y moleculares (16).

Los estudios experimentales en pacientes cuya depresión esta en remisión pueden ayudar a clarificar la participación de la serotonina en

el Trastorno Depresivo Mayor (TDM). La depleción de serotonina o de su precursor, el triptófano, produce depresión. Pero la reducción de los valores de serotonina no induce depresión en cualquier persona, en algunas no produce cambio del ánimo.

Hasta ahora no existen genes que produzcan depresión, pero si variaciones o polimorfismos en los genes que pueden aumentar el riesgo o tendencia a la depresión. Por lo que pueden estos genes predisponer a las personas a un TDM de diversas formas a saber (17):

El más estudiado es el gen transportador de serotonina. Este gen es de interés porque contiene un polimorfismo que da lugar a dos diferentes alelos (largo y corto). Las personas generalmente tienen 2 copias de cada gen en sus ADN; pudiendo ser homocigotas para el alelo largo, para el corto o heterocigotos (ambos alelos). El alelo corto disminuye la síntesis del transportador de serotonina.

La persona sana con el alelo corto tiene una activación exagerada de la amígdala cuando es expuesta a la evocación de un estímulo estresante y su estado de ánimo puede empeorar con la depleción de triptófano. Esto no es una condición absoluta a tal punto que se considera pequeña la influencia de los genes en el riesgo de un TDM.

La prevalencia e incidencia de los trastornos del ánimo en parientes de primer grado es mayor que en la población en general. Los hijos adoptivos de padres biológicos con trastorno del estado de ánimo presentan un riesgo del 38%, frente al 7% de los controles sanos (18).

Factor neurotrópico derivado del cerebro, un polimorfismo que puede moderar el efecto interactivo del polimorfismo del transportador de serotonina está localizado en un gen que codifica al factor neurotrópico derivado del cerebro. Este factor de crecimiento participa en forma importante en el nacimiento, la supervivencia y la maduración de las neuronas durante su desarrollo y es importante para la formación de las sinapsis a lo largo de la vida. El factor neurotrópico derivado del cerebro contribuye a estos procesos activando los factores que se unen al ADN y estimulan la transcripción de genes, entre ellos al

transportador de serotonina y la enzima que la sintetiza que es el triptófano hidrolasa. Por lo tanto, contribuye a la supervivencia y sinapsis de las neuronas que utilizan la serotonina. La capacidad del sistema de serotonina para adaptarse y cambiar en respuesta a los estímulos está influenciada por el factor neurotrópico derivado del cerebro a todo lo largo de la vida.

Un polimorfismo del gen que codifica al factor neurotrópico derivado del cerebro produce los alelos "Val" y "Met." Las personas con el alelo Met desarrollan poca actividad en el hipocampo y junto con el alelo corto del transportador de serotonina generan una mayor vulnerabilidad a la depresión que si solo tuvieran el alelo corto (16).

En las personas sanas, los valores séricos del factor neurotrópico derivado del cerebro se correlacionan negativamente con la sensibilidad al estrés.

Adversidad psicosocial en la infancia y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal: Los episodios estresantes no ocurren al azar y esto es particularmente cierto en los niños. En los estudios del impacto de la adversidad psicosocial durante la infancia sobre el riesgo de la depresión en el adulto, a menudo es difícil separar los efectos de los genes de los efectos del medio ambiente (18).

Se ha observado que las respuestas al estrés están asociadas con alteraciones en la actividad de la serotonina y del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Los cambios en la expresión del receptor de glucocorticoide en el hipocampo aumentan la reactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Los pacientes con TDM a menudo muestran alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal

El estrés puede activar al hipotálamo y a través de la estimulación del factor liberador de corticotrofina puede activar al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Este eje también puede ser activado por el estrés en forma indirecta mediante la liberación del factor liberador de corticotrofina por neuronas de otras regiones del cerebro, incluyendo la amígdala. Estas neuronas contribuyen a la activación de los sistemas

de serotonina y de norepinefrina. Se supone que la activación de este sistema aumenta la vigilancia y el miedo (16).

Los pacientes con TDM a menudo tienen valores aumentados del factor liberador de corticotrofina y de niveles de norepinefrina en el plasma y en el líquido cefalorraquídeo (18).

Los cambios persistentes ante la respuesta del estrés durante la infancia aumentarían las respuestas a lo largo de la vida ante episodios negativos aun de los de baja intensidad. La dopamina tendría una importante participación en la fisiopatología del TDM. Las amenazas ambientales percibidas por la amígdala aumentan los valores de dopamina en la corteza pre frontal y el estriado ventral. Mecanismos autorreguladores de inhibición aseguran el retorno al homeostasis. Sin embargo, un estrés muy intenso puede alterar estos mecanismos de autorregulación. Las exploraciones que se han realizado sobre el sistema dopaminérgico han concluido que los pacientes deprimidos con conducta suicida, la administración de apomorfina produce una respuesta aplanada de la hormona de crecimiento. En conclusión, estos datos aportan evidencias sobre un déficit de DA cerebral en pacientes que cometen suicidio. Recientemente se encontró que un polimorfismo del gen receptor tipo 2 de dopamina influencia sobre los efectos de episodios pasados estresantes sobre el estado de ánimo actual (16).

Cambios estructurales en el cerebro:

Si bien los episodios de TDM pueden ser seguidos por periodos de estado de ánimo eutímico, en el cerebro siguen persistiendo las alteraciones neurobiológicas que pueden empeorar con el tiempo y transformar el proceso en crónico (18).

Estudios por imágenes mostraron que los pacientes con episodios recurrentes de depresión tienen un hipocampo pequeño aun durante los periodos de remisión clínica. A este reducido tamaño del hipocampo contribuye la ausencia de tratamiento antidepresivo. También se

detectaron alteraciones volumétricas en la amígdala, el estriado ventral y en regiones corticales.

El TDM parece ser el resultado de la interrelación de estructuras complejas, de múltiples factores genéticos heredados y de la exposición a una amplia gama de variables del medio ambiente a lo largo de la vida (18).

2.2.3. Factores de riesgo para depresión

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos (13).

La presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la prevalencia reciente de depresión (en los últimos 6 meses) y en la prevalencia de toda la vida, de 5.8% a 9.4% y de 8.9% a 12.9%, respectivamente.

De acuerdo con los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana consignados en su cuarta versión del manual diagnóstico y estadístico DSM-5, un episodio depresivo mayor (DM) se diagnostica cuando el paciente presenta un cambio respecto a su nivel de funcionamiento previo, que dure, por lo menos, 2 semanas, en las cuales el paciente perciba bien sea un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar el placer; y por lo menos cinco síntomas de un grupo de nueve, que incluyen el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días; una marcada disminución o la pérdida del interés o el placer en la mayoría de las actividades la mayor parte del día; una pérdida o aumento importante del peso corporal sin hacer dieta, o pérdida o aumento del apetito casi cada día; insomnio o hipersomnia; fatiga o pérdida de energía casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores; Sentimientos de

inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión y pensamientos recurrentes de muerte incluyendo la ideación suicida (15).

La depresión no es igual para todo el mundo y pueden existir diferentes intensidades de cuadros depresivos. Se han desarrollado diferentes escalas para medir los síntomas depresivos, siendo la más conocidas las de Hamilton y Beck.

2.2.4. Diagnóstico de depresión

Los criterios que establece el DSM-5 para el trastorno depresivo mayor son (15):

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

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). •
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). .
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir) ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo (15).
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo ruina económica, perdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia clínica del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco (15).

2.3. Ansiedad y Depresión en personal médico

Se estima que entre el 10 y el 12% del personal sanitario tiene algún problema de salud durante su carrera profesional, especialmente de ansiedad, depresión o alcoholismo. En ocasiones esta situación termina con el suicidio, por una mayor sobrecarga en la atención a los pacientes, y por la responsabilidad y la complejidad del trabajo. Los elevados porcentajes de desgaste de las médicas son similares a los de otras profesiones sanitarias: enfermeras, biólogas y psicólogas (13, 14).

Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo, lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos (24).

En nuestras instituciones de salud en general se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso. Bajo este ambiente desfavorable el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional y como persona (25).

Se ha calculado que la prevalencia de depresión es mayor entre los médicos residentes que en la población en general (10%). Se han identificado como factores de riesgo: estado civil, no pertenencia a un culto religioso, y algunos factores relacionados con el estrés laboral, como las guardias nocturnas y estar realizando el primer año de residencia. Las principales conductas registradas han sido: actitudes negativas hacia sí mismo y deterioro en el

rendimiento académico. Aunque la depresión está incorporada a una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia de 12.8% se incrementa en los médicos residentes hasta 47.5% (26).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. A nivel local

Autor: Espinoza KA (19).

Título: Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2014

Resumen: Se aplicó una la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton, así como una ficha de datos a los trabajadores de los centros de estudio. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relaciona variables mediante cálculo de odds ratio y análisis de regresión logística. En el hospital Goyeneche 20% de trabajadores tienen ansiedad leve y en el IREN el 37.50% tiene ansiedad leve y 10% moderada ($p > 0.05$). En cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del H. Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa ($p > 0.05$). Se encontraron rasgos más relacionados con ansiedad como la mayor edad, el tener pareja, el mayor tiempo de trabajo, la ocupación de enfermera en ambos hospitales; para depresión, el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo entre los dos centros. Al analizar los factores relacionados a ansiedad y depresión, resultaron relevantes el trabajar en el IREN (OR = 3.62), la edad mayo a 40 años (OR = 1.85), el sexo masculino (OR = 1.39), el tener pareja estable (OR = 1.13), la ocupación de enfermera (OR = 2.33), el tiempo de trabajo de más de 4 años en el servicio (OR = 2.10) y el ser contratado por CAS (OR = 2.25). Los factores relacionados a depresión

resultaron el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05).

3.2. A nivel nacional

Autor: Pisconte CE (20).

Título: Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú - 2018.

Fuente: Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Piura. 2018

Resumen: La depresión y los trastornos de ansiedad generan discapacidad y afectan a más de 260 millones de personas a nivel mundial. Diversos estudios advierten de una mayor prevalencia de estos trastornos en estudiantes de medicina, los cuales enfrentan situaciones de estrés y dificultades, que suelen acentuarse durante su internado. Este estudio analítico transversal buscó determinar la prevalencia y factores asociados a depresión y trastornos de ansiedad presentes en internos de medicina que realizan sus prácticas clínicas en el Hospital de Apoyo II de Sullana y en el Hospital José Cayetano Heredia III en el año 2018-2019. Se aplicó una encuesta a cada interno de medicina empleándose una ficha de recolección de datos y el test de screening de ansiedad ASQ-15. De 84 internos de medicina, 70 participaron en este estudio. Se halló una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 60% y una prevalencia de 70% para trastornos de ansiedad. Los que eran de sexo femenino, realizaban su internado en un hospital de Essalud, los que procedían de universidades privadas y/o rotaban por los servicios de medicina y gineco-obstetricia, presentaron prevalencias más altas para estos trastornos. La variable convivencia ($p < 0.05$) se asoció a la presencia de trastornos de ansiedad. Este trabajo concluye que los internos de medicina de ambos hospitales del norte de Perú presentaron alta prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión. Solo se halló asociación significativa entre los trastornos de ansiedad y convivencia.

3.3. A nivel internacional

Autor: García-Rivera B, Maldonado-Radillo S, Baron M (21).

Título: Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México.

Fuente: Summa psicol. UST,2014; 11(1):65-72.

Resumen: Este trabajo es una investigación de tipo descriptivo-correlacional, transversal con diseño no experimental sobre el estado afectivo emocional de los trabajadores de la Salud. Su objetivo es identificar la existencia de diferencias significativas entre el género y estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) de los trabajadores de una institución del sector salud pública ubicada en la ciudad de Ensenada perteneciente al estado de Baja California situado al noroeste de México. Se trabajó con una muestra por conveniencia la cual integra a 130 empleados; en la recolección de los datos se utilizó la escala DASS-21. Los resultados identificaron los estados afectivos emocionales dentro de un rango normal y que no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto al género; además, se encontraron correlaciones fuertes, positivas y significativas entre las subescalas del DASS-21.

Autor: Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U (22).

Título: Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico.

Fuente: Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2015; 53 (1): 20-8

Resumen: El objetivo es describir la prevalencia y las características clínicas de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio y su correlación con trastorno mental en residentes de medicina a lo largo de un año académico. Se incluyeron 108 residentes de segundo año que respondieron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después. En la primera medición se reportó una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión, 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo

de suicidio. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ($p < 0.001$). La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6 %. Casi todos los residentes que desarrollaron trastorno depresivo tenían antecedente personal de depresión. El ambiente académico y laboral tuvo poca asociación con los trastornos.

4. Objetivos.

4.1. General

Identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019.

4.2. Específicos

- 1) Conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.
- 2) Describir las características socio laborales del personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.
- 3) Establecer las características socio laborales del personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión.

5. Hipótesis

Es probable que algunas de las características socio laborales del personal médico que labora en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado se asocien al desarrollo de ansiedad y depresión.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y la escala de ansiedad (Anexo 2) y de depresión de Hamilton (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

La presente investigación se realizará en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.1. Ubicación temporal:

El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de febrero 2019.

2.2. Unidades de estudio:

Personal de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

2.3. Población:

Todo el personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio, en un número aproximado de 41 médicos.

2.4. Muestra:

Se abarcará a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

2.5. Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Médico asistente o residente del servicio de Ginecología y Obstetricia
- Con tiempo de trabajo mínimo de 6 semanas
- Participación voluntaria en el estudio

- **Exclusión**

- De licencia o vacaciones durante la realización del estudio
- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado y a la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia para la realización de la investigación.

Se contactará de manera individual y personal a cada médico del servicio para aplicar los instrumentos de investigación y garantizar un completo llenado de los datos. Las variables de interés se registrarán en la ficha de recolección de datos (Anexo 1), y la evaluación de síntomas de ansiedad y depresión se evaluarán con las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton (Anexo 2 y 3)

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Para la evaluación de la ansiedad se empleará la escala de ansiedad de Hamilton versión de 14 ítems, y para la depresión la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems.

La **escala de ansiedad de Hamilton** (*Hamilton Anxiety Scale, HAS*) (23) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “*síntomas somáticos generales*” en dos (“*somáticos musculares*” y “*somáticos sensoriales*”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

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

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas.

Interpretación: Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. 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).

No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Se ha sugerido (Bech y cols) que el test no debería utilizarse en casos de ataques de pánico, pues no existen instrucciones para distinguir entre éstos y estados de ansiedad generalizada o persistente. Proponen que cuando se sospeche la presencia de ataques de pánico (puntuación ≥ 2 en el ítem 1 y ≥ 2 en al menos 3 de los ítems 2, 8, 9, 10 y 13) esta escala puede cuantificar la severidad de los mismos. El tiempo valorado en estos casos debe ser las 3 semanas anteriores la primera vez que se administra y solamente la última semana cuando se utiliza repetidamente.

Cuando no existen ataques de pánico o cuando no se han producido en los últimos 3 días la escala puede utilizarse para valorar ansiedad generalizada, preguntado por los síntomas entre los ataques. En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 ó más (Ansiedad mayor). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es 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 (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). 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.

La **Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton** (*Hamilton Depression Rating Scale*, o HRSD) (23) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser cumplimentada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente; los criterios de puntuación de los ítems

están poco especificados, contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad.

Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son:

- Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).
- Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).
- Índice de alteraciones del sueño formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

Interpretación: Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos.

En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en "cuantificar" la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte ≥ 13 o ≥ 18 , en dependencia de los objetivos del estudio.

En el presente estudio, utilizaremos la escala de Hamilton para depresión dada por el MINSA en las Guías de práctica clínica en Salud mental y Psiquiatría 2008. La cual establece los siguientes puntos de corte:

0-7 Normal.

- 8-13 Leve.
- 14-18 Moderado.
- 19-22 Severo.
- 23 ó más Muy Severo.

Propiedades psicométricas:

Fiabilidad: En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a Cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9.

Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de sintomatología Depresiva y I Escala de melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

Su validez no es la misma en todas las poblaciones, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará con la prueba chi cuadrado; la asociación bivariada se realizará con el cálculo del odds ratio, y la asociación multivariada se evaluará mediante regresión logística. Para el análisis de datos se empleará el paquete SPSSv.20.0 para Windows.

III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Enero 19				Febrero 19				Marzo 19			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 02 de enero 2019

Fecha probable de término: 05 de marzo 2019

IV. Bibliografía Básica

- 1) López JF, Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente, 2011; 3(8):28-33
- 2) Quispe LS. Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
- 3) Gelenberg AJ, Reiman EM, Ebert MH. Focus on Generalized Anxiety Disorder. J Clin Psychiatry. 2001; 62 (suppl 11).
- 4) Oliver-Quetglas A, Torres E, March S, Socías I, Esteva M. Factores de riesgo de síndrome depresivo en adultos jóvenes. Actas Esp Psiquiatr. 2013;41(2):84-96.
- 5) Montiel-Jarquín Á, Torres-Castillo M, Herrera-Velasco M, AhumadaSánchez Ó, Barragán-Hervella R, García-Villaseñor A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. Educ Médica. 1 de abril de 2015; 16(2):116-25.
- 6) Piñeiro M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. Enferm Glob. Julio de 2013; 12(31):125-50.
- 7) Portero S, Vaquero M. Desgaste profesional, estrés y satisfacción laboral del personal de enfermería en un hospital universitario. Rev Lat-Am Enferm. 2015; 1-10.
- 8) Benita I. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2017; 20(1):239-251.
- 9) Torres V, Chávez A. Ansiedad. Rev Actual Clínica Investiga. Septiembre de 2013; 35:1788.
- 10) Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad CIE 10. Disponible en: http://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/cie_10.htm

- 11)Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. Rev Médica Chile. 2015; 143(1):47-55.
- 12)Muñoz C, Rumie H, Torres G, Villarroel K. Impacto en la salud mental de la (del) enfermera(o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. Cienc Enferm. Abril de 2015; 21(1):45-53.
- 13)Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Juliá B, Abizanda-Campos R. Anxiety, depression and emotional distress in the Intensive Care Units health professionals. An Psicol Ann Psychol. 25 de abril de 2015;31(2):743-50.
- 14)Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina familiar. Rev Médica Paz. 2014; 20(2):84-84.
- 15)APA: American Psychiatric Association APA. 2015. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 16)Sequeira A, Fornaguera J. Neurobiología de la depresión. Rev Mex Neurociencias 2009; 10(6):462-478.
- 17)Lohoff FW. Overview of the genetics of major depressive disorder. Curr Psychiatry Rep. 2010 Dec. 12(6):539-46.
- 18)Cruzblanca H, Lupercio P, Collas J, Castro E. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. Salud Ment 2016; 39(1):47-58.
- 19)Espinoza KA. Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, en el Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María, 2014
- 20)Pisconte CE. Depresión y trastornos de ansiedad en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú - 2018. Tesis para optar el título de médico cirujano, Facultad de medicina de la Universidad Nacional de Piura. 2018
- 21)García-Rivera B, Maldonado-Radillo S, Baron M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. Summa psicol. UST,2014; 11(1):65-72.

- 22) Jiménez-López JL, 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* 2015; 53 (1): 20-8
- 23) Bobes García J, Portilla MP, Bascarán Fernández MT (Eds). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2da Ed. Ars Medica. 2002.
- 24) Aguirre R, Lopez JF, Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*, 2011; 3 (8):28-33.
- 25) Plata GM, Flores CL, Curiel HO, Juárez OJR, Rosas BJV. Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2011; 16(3):157-162.
- 26) Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam*. 2014;21(2):55-57.

V. Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Edad: ____ años

Sexo: Masculino ☐

Femenino ☐

Estado civil:

Soltero ☐

Conviviente ☐

Casado ☐

Separado ☐

Viudo ☐

Ocupación

Médico asistencial ☐

Residente ☐ ____ año

Tiempo de trabajo en el Hospital: ____ Años

Tiempo de trabajo en el servicio: ____ Años

Régimen laboral: Nombrado ☐

contratado ☐

CAS ☐

Otras actividades laborales:

Realiza Guardias

Sí ☐

No ☐

Trabaja en clínicas

Sí ☐

No ☐

Realiza docencia

Sí ☐

No ☐

ANEXO 2. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (14 ITEMS)

INSTRUCCIONES: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 14 ítem. Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía. Deben puntuarse todos los ítem acorde a los siguientes criterios: **0: Ausente; 1: Intensidad ligera; 2: Intensidad media; 3: Intensidad elevada; 4: Intensidad máxima (invalidante).**

	0	1	2	3	4
1. Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.					
2. Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.					
3. Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.					
5. Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.					
6. Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.					
8. Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos).					
9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias					
10. Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).					
11. Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.					
12. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.					
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina).					

14. Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics.					
---	--	--	--	--	--

ANEXO 3. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems)

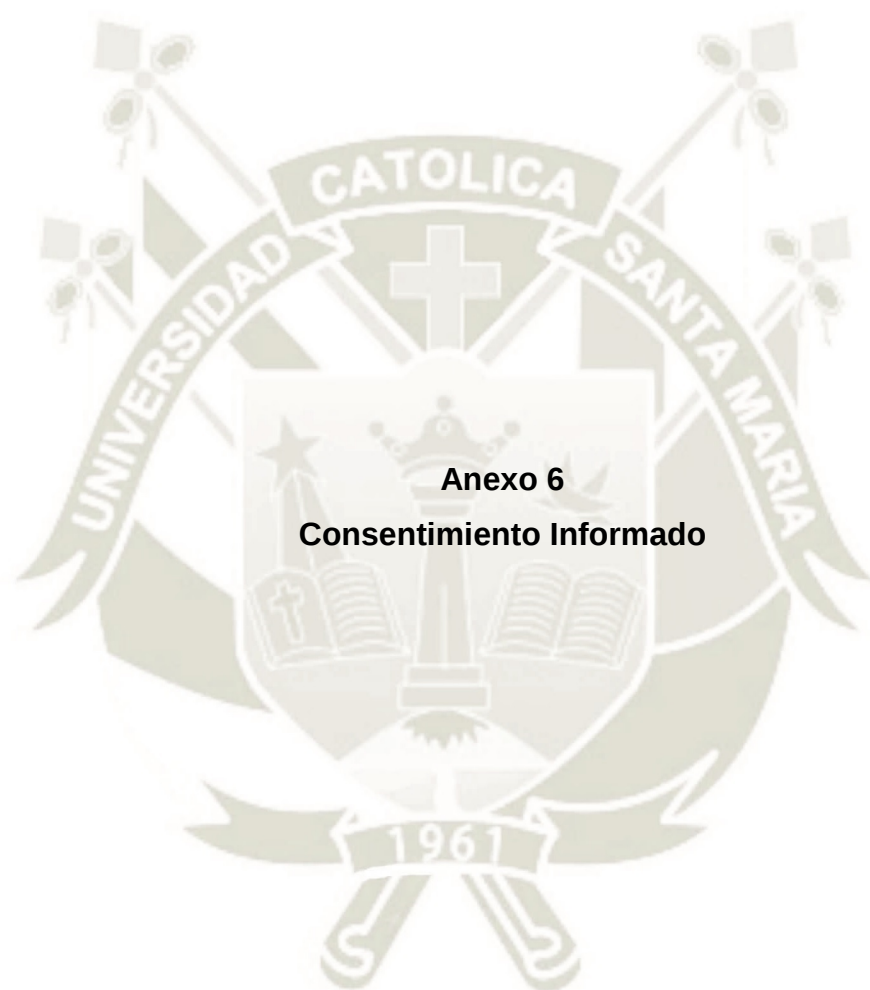
(El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro)

ítem	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas o amenazas de suicidio. 4. Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).
6. Insomnio tardío	0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Problemas en el trabajo y actividades	0. Ausentes. 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación. 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

	4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Terrores expresados sin preguntarle.
11. Ansiedad somática	Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como: • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. • Respiratorios: hiperventilación, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración. 0. Ausente. 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Grave. 4. Incapacitante.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía. 2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.
14. Síntomas genitales	Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales 0. Ausentes. 1. Débiles. 2. Graves. 3. Incapacitantes.
15. Hipocondría	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.
16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)	A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida según el enfermo. B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

	1. Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio). 2. Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega estar enfermo.





Anexo 6
Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer

“Factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019”

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos:

1. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre el tema explicado
2. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará aportando investigación médica en el ámbito de trabajo para posibles mejoras en el sistema.

Confidencialidad

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, * o cualquier procedimiento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

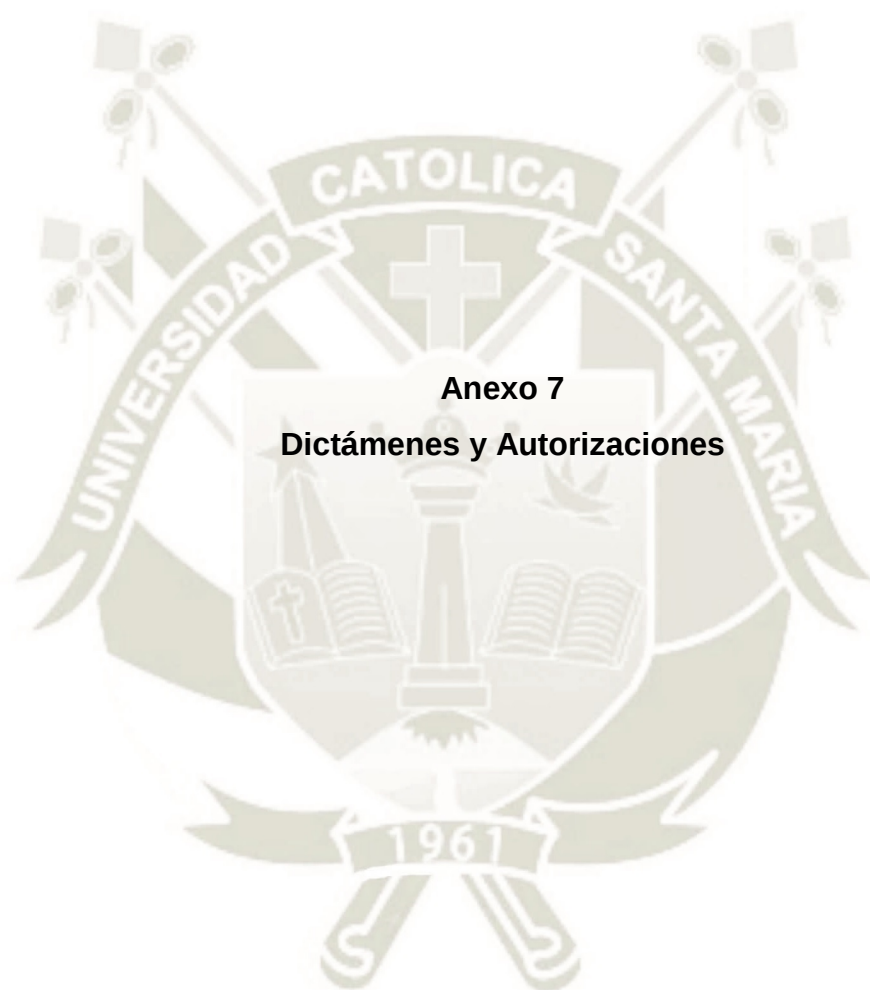
En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización DNI:	
--	--

Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	
---	--

Nombre del Investigador principal Documento de identidad	
---	--

Fecha:



Anexo 7
Dictámenes y Autorizaciones



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, TRABAJOS ACADÉMICOS Y/O TESIS

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación y/o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la universidad Católica de Santa María

Título

"Factores asociados a la presencia y severidad de ansiedad y depresión en personal de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2018"

Autor:

Código: 2012800132 D.N.I. 47592675

Apellidos y nombres: Villanueva Conde Lucero Nathia

Email: Lucero_vico@hotmail.com

Autor:

Código: D.N.I.

Apellidos y nombres:

Email:

Facultad

Medicina Humana

Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado

Medicina Humana

Datos del Asesor

Código: 1824

Apellidos y nombres: ALVARADO DUEÑAS ERIK FELPE D.N.I. 29294186

Firma



49

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR
PROYECTO DE TESIS

Exp. 201901071

RECURRENTE:

LUCERO NATHIA VILLANUEVA CONDE

TEMA:

"FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2018"

ASESOR: DR. ERVIS ALVARADO DUSIMS

EVALUADOR DE PROYECTO DE TESIS:

DR. JOSÉ ALVARADO ACO

1. JURADO:

2. JURADO:

3. JURADO:

OBSERVACIONES DEL EVALUADOR:

1. Mejorar el título del trabajo
2. Mejorar la hipótesis
3. Aclarar el consentimiento informado
4. Reducir los interrogantes

DR. JOSÉ ALVARADO ACO

Dr. José Alvarado Aco
MÉDICO - PSQUIATRA
CMP: 14051 - RNE: 9805



49

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

DECRETO N° 12-FMH-IR-2019

Arequipa, 28 DE ENERO DEL 2019

Visto el Expediente N° 201901071, presentado por el (la) Sr.(Srta.), **LUCERO NATHIA VILLANUEVA CONDE**, quien desea optar el Título Profesional de Médico Cirujano y para lo cual solicita se le nombre Jurado Dictaminador para el Plan de Tesis, que presenta en dos ejemplares. 0

Estando de acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana.0

RESUELVE:

PRIMERO

Designar como Jurado Dictaminador del Plan de Tesis Titulado:

"FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019"

- DR. JUAN ENRIQUE DELGADO RENDÓN
- DR. JULIO AGUILAR FLORES

SEGUNDO

LUEGO DE LA REVISIÓN DEL PROYECTO, EL JURADO DEBERÁ REUNIRSE PARA EMITIR SU DICTAMEN Y FIRMAR EN CONJUNTO.

TERCERO

El Decanato y Secretaría de la Facultad de Medicina Humana se encargarán del cumplimiento de la presente.

Regístrese y Comuníquese,



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dr. Miguel Fernando Farfán Delgado
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

NOTA: Sírvase considerar las observaciones realizadas por la Comisión Evaluadora de Proyecto y Borrador de Tesis.



49

Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME PRE- DICTAMEN PLAN DE TESIS

DECRETO N° 12 -FMH-IR-2018

Visto el Plan de Tesis:

"FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA Y SEVERIDAD DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL DE SALUD DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019"

Presentado por:

LUCERO NATHIA VILLANUEVA CONDE

De acuerdo a Decreto, nuestro dictamen es:

Fructible

Observaciones:

Arequipa, 21/02/19


Dr. Juan E. Delgado Rendón
GINECOLOGO - OBSTETRA
C.M.B. 19284 - P. N. 1449
DR. JUAN ENRIQUE DELGADO
RENDÓN


Dr. Julio Aguilar Flores
C.M.B. 19284 - P. N. 1449
DR. JULIO AGUILAR FLORES

Arequipa, 11 de marzo del 2019

Oficio N° 239 - 2019-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Señorita
LUCERO NATHIA VILLANUEVA CONDE
Ex – Interna de Medicina
DNI: 47592675
Presente.-

ASUNTO : Proyecto de Investigación
REFERENCIA :Solicitud 27/02/2019

Es grato dirigirme a usted para saludarle muy cordialmente y visto el documento de la referencia, hago de su conocimiento que el Departamento de Ginecología y Obstetricia, el Comité de Ética y la Dirección de nuestro Hospital, accede a su solicitud para la realización del Proyecto de Tesis **"FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO"**.

Al término de su proyecto deberán entregarse en la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación en medio magnético.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado

Dr. Octavio E. Chirinos Apaza
DIRECTOR GENERAL
C.M.P. 21706

OCHA/ESG/MDN
c.c. Archivo
EXP N°1289963
DOC. N°1976329
Rec. 117 S/50.00



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

Arequipa, 04 de marzo 2019
Lucero Nathia Villanueva Conde
Universidad Católica de Santa María
Presente.-

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación del proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

El proyecto de tesis denominado “Factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019” cuyo Investigador principal es la alumna Lucero Nathia Villanueva Conde.

A. DISEÑO:

- En cuanto al diseño, se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal en el que se utilizarán Encuestas al Personal de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado.

B. OBJETIVO:

- Identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019.

C. SUJETOS DE ESTUDIO:

- Según la técnica: Se encuestara al personal de salud del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado en el periodo de estudio, en un número aproximado de 41 médicos.





COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

D. TÉCNICAS DE ESTUDIO:

- ✓ Entrevista

E. PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO:

- ✓ La confidencialidad de los datos está asegurada.

F. PROCEDIMIENTOS:

- ✓ Los procedimientos no representan riesgos para los participantes.

G. RIESGO DEL ESTUDIO:

Ninguno





COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM

**DICTAMEN COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

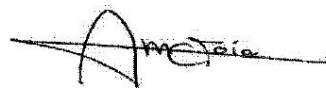
H. RECOMENDACIONES:

- ✓ El equipo debe asegurar la confidencialidad de los datos y deberá informar al Comité resultados finales del estudio y manuscrito a una publicación que devenga de este proyecto.
- ✓ Se tiene alguna variación o nuevos procedimientos, deberá someter al Comité las enmiendas para su evaluación y dictamen antes de cualquier ejecución de estos nuevos procedimientos.

I. DICTAMEN:

FAVORABLE.

DICTAMEN 72 - 2019



Comité Institucional de Ética de la
Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 22 de febrero del 2019

Of. N° 090-FMH-2019

Señor Doctor
MILTON JIMÉNEZ BENGOA
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA
Presente

Asunto: Autorización Trabajo de Investigación

Ref. : Expediente s/n de la interesada

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, solicitando su autorización a efecto de que la alumna Srta. **LUCERO NATHIA VILLANUEVA CONDE** con código de matrícula N° 2012800132, pueda llevar a cabo su Trabajo de Investigación titulado **"FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PERSONAL MEDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO, 2019"** consistente en la realización de encuestas en el Hospital bajo su dirección y en el horario que designe su representada, durante el mes de marzo del presente. Se adjunta la solicitud de requerimiento de la interesada.

Dicho trabajo ha sido aprobado por el Jurado Dictaminador respectivo, por lo cual, mucho le agradeceré, concederle las facilidades del caso, a nuestra estudiante, únicamente con fines académicos.

Agradeciendo anticipadamente por la atención dispensada al presente, quedo de usted.

Atentamente,



Miguel Fernando Farfán Delgado
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MFFD/Decano
Bif
Adj: Lo indicado