

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



**“RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ AÑO 2019”**

Tesis presentada por el Bachiller:

Ramos Allazo, Eduardo Dante

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel

Arequipa - Perú

2020



Universidad Católica
de Santa María

107

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038

http://www.ucsm.edu.pe

facebook.com/ucsm.edu.pe/

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 016 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ AÑO 2019"

Presentado por el (la) Sr(ta):

RAMOS ALLAZO, EDUARDO DANTE

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Se realicen las acciones indicadas -

Arequipa, *2020/mar/05*

Dra. Gloria Lidia Loayza
PSQUIATRA
Mag. En Salud Pública
Dra. Doctora en Medicina
C.M.P. 17540 R.N.E. 12409 LOAYZA

GRA - GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Hospital Regional Honorio Delgado
Departamento de Medicina
Servicio de Psiquiatría

Dr. Ervis Alvarado Dueñas
DR. ERVIS ALVARADO DUEÑAS
C.M.P. 21780 R.N.E. 92645

DR. JOSÉ ELISEO ALVARADO ACO

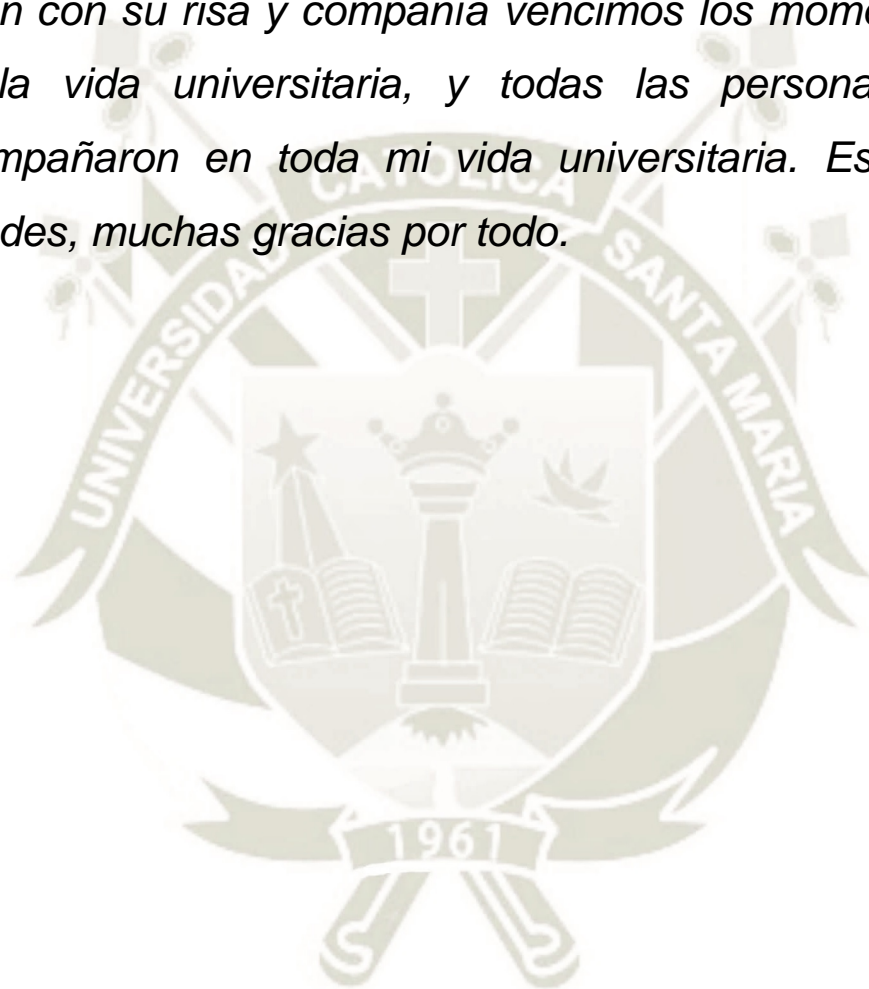
Dr. José Alvarado Aco
MÉDICO - PSQUIATRA
C.M.P.: 14051 - R.N.E.: 9805

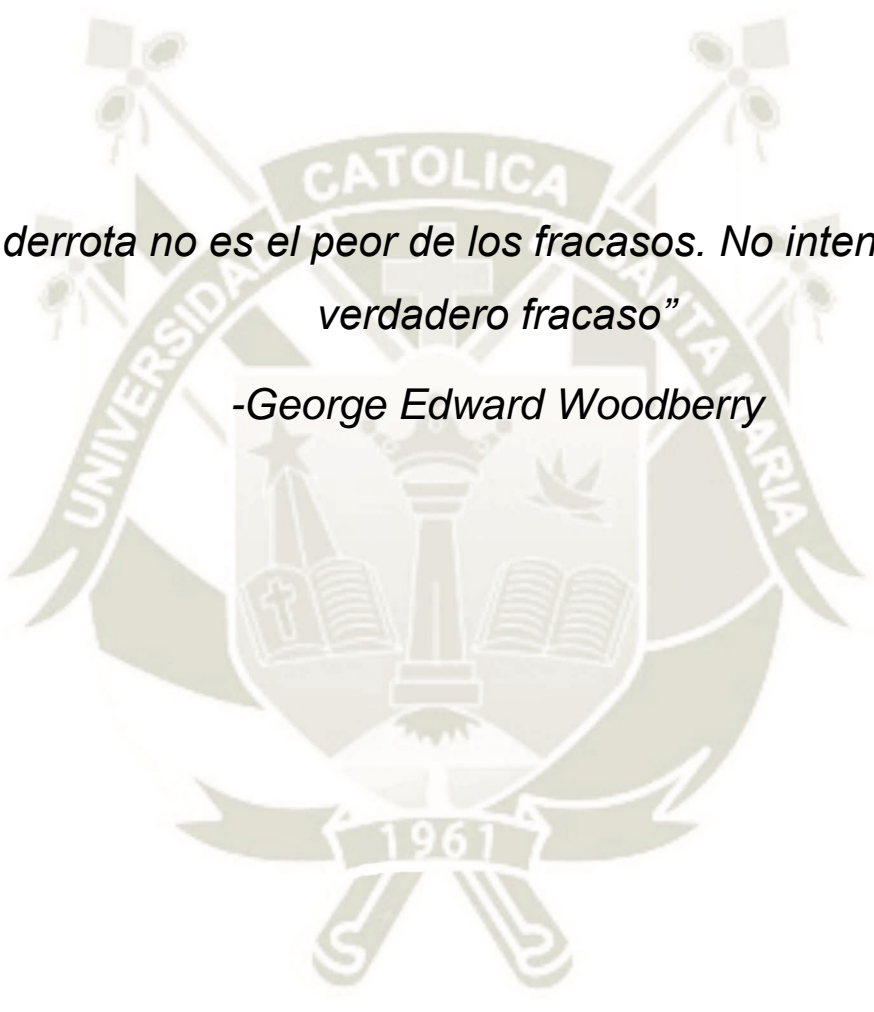
AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primero a Dios porque entendí en sus escrituras el don de la perseverancia para alcanzar mi meta anhelada y otorgarme una familia maravillosa que han creído en mí siempre, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio. A todos mis amigos que me acompañaron durante estos largos años de carrera universitaria, especialmente Franscine, Araccelly, Aelyn, Oscar, Jhordan, Dani y Lucero quienes me enseñaron que la amistad es única e incomparable y que solo uno mismo pone sus límites. A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, por forjar en mí un estilo único de aprender y hacer medicina. Al Hospital III Goyeneche-Arequipa, por abrirme las puertas en el mejor año de la carrera y por facilitarme la información para esta investigación. Por ultimo a todos los médicos asistentes y residentes de dicho hospital por sus enseñanzas en el día a día de nuestra labor hospitalaria.

DEDICATORIA

A mis padres Dante y Josefina por creer en mí y por estar a mi lado todos estos años, ahora puedo decirles: “misión cumplida, lo logramos”. A mi hermana Rocio, la alegría de mi familia quien con su risa y compañía vencimos los momentos duros de la vida universitaria, y todas las personas que me acompañaron en toda mi vida universitaria. Esto va para ustedes, muchas gracias por todo.





“La derrota no es el peor de los fracasos. No intentarlo es el verdadero fracaso”

-George Edward Woodberry

RESUMEN

El presente trabajo busca tratar de analizar la asociación entre los rasgos de personalidad, depresión y ansiedad en internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019. Para ello se realizó una encuesta a 80 internos de medicina que cumplieron criterios de selección. Se aplicó una ficha de datos, el test de ansiedad y de depresión de Hamilton y el inventario de personalidad de Millon. Se asocian variables mediante prueba de independencia chi cuadrado.

Encontrando que el 63.75% de casos fueron mujeres y 36.25% varones, con edades que en 48.75% de casos estuvieron entre los 25 y 27 años. Antes de iniciar el internado 41.25% de internos tuvieron ansiedad, y luego ascendió a 66.25%; el nivel fue severo en 5% de internos antes y en 3.25% después ($p < 0.05$). Al inicio del internado 32.50% de casos mostró síntomas de depresión, y al finalizar lo hicieron 47.50%; en ambos casos predominó el nivel ligero (21.25% antes, 26.25% después; $p > 0.05$). Con la evaluación de la personalidad según Millon, 12.50% de internos tienen rasgos de personalidad en el grupo A, 25% tiene rasgos de personalidad en el Grupo B (con predominio de los rasgos histriónicos en 17.50%), 25% tiene rasgos del grupo C (con predominio de la personalidad compulsiva en 21.25%); se encontraron síndromes clínicos en 18.75% de casos, y en 18.75% síndromes clínicos (15% personalidad delirante). Antes del internado en los grupos de personalidad los niveles de ansiedad eran similares, aunque con niveles moderados en mayor proporción en internos con rasgos de personalidad del grupo A (30%) o con trastornos graves (20%; $p > 0.05$). La ansiedad posterior al internado fue mayor en personas del grupo A, con 60% de ellos con ansiedad severa, en los demás grupos la ansiedad predominante fue ligera o ausente ($p > 0.05$). Antes del internado, se vio depresión en mayor proporción en forma ligera en internos con síndromes clínicos o trastornos graves (40%) o en los del grupo A (30%), con pocos casos de ansiedad severa o muy severa, y 20% de internos con personalidad del grupo A tuvieron depresión moderada ($p > 0.05$). Después del internado hubo más niveles severos en internos con personalidad grupo C (15%) o moderada en los que tenían síndromes clínicos (30%), y más ligera en internos con personalidad grupo A (60%; $p < 0.05$). Concluyendo que los niveles de ansiedad se incrementan significativamente en el internado, aunque no se relacionan con la personalidad, que sí puede influir en la depresión posterior al internado.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad en internos de medicina, depresión en internos de medicina, personalidad en internos de medicina.



ABSTRACT

The present work seeks to try to analyze the association between personality traits, depression and anxiety in medical interns of the Goyeneche Hospital of the year 2019.

For this, a survey was conducted survey of a sample of 80 medical interns who met selection criteria. A data sheet, Hamilton's anxiety and depression test and Millon's personality inventory were applied. Variables are associated by chi-square independence test. Finding that 63.75% of cases were women and 36.25% were men, with ages that in 48.75% of cases were between 25 and 27 years. Before starting the internship 41.25% of inmates had anxiety, and then amounted to 66.25%; the level was severe in 5% of inmates before and in 3.25% after ($p < 0.05$). At the beginning of the internship 32.50% of cases showed symptoms of depression, and at the end they did 47.50%; in both cases the light level prevailed (21.25% before, 26.25% after; $p > 0.05$). With the personality assessment according to Millon, 12.50% of interns have personality traits in group A, 25% have personality traits in Group B (with a predominance of histrionic traits in 17.50%), 25% have group traits C (with a predominance of compulsive personality in 21.25%); clinical syndromes were found in 18.75% of cases, and in 18.75% features of serious disorder (15% delusional personality). Prior to internship in personality groups, anxiety levels were similar, although with moderate levels in greater proportion in inmates with personality traits of group A (30%) or with serious disorders (20%; $p > 0.05$). Post-boarding anxiety was higher in people in group A, with 60% of them with severe anxiety, in the other groups the predominant anxiety was slight or absent ($p > 0.05$). Before hospitalization, depression was seen in a slightly greater proportion in interns with clinical syndromes (40%) or in those in group A (30%), with few cases of severe or very severe anxiety, and 20% of interns with group A personality had moderate depression ($p > 0.05$). After the internship there were more severe levels in interns with group C personality (15%) or moderate in those with features of clinical syndromes (30%), and lighter in interns with group A personality (60%; $p < 0.05$).

Concluding that the Anxiety levels are significantly increased in boarding school, although they are not related to personality, which can influence depression after medical internship.

KEY WORDS: Anxiety in medical interns, depression in medical interns, personality in medical interns.



INTRODUCCIÓN

El internado médico es el último año de formación universitaria antes de ejercer como tal la medicina. Los internos de Medicina se enfrentarán a diferentes escenarios que abarcan situaciones de estrés, generando en algunos casos distintos grados de ansiedad que serán enfrentados de acuerdo al estilo de personalidad que uno desarrolla a lo largo de este tiempo, la cual será útil durante la labor médica en el hospital.

Hablar de personalidad incluye muchos conceptos que engloban diferentes puntos de vista ante la forma de actuar de cada persona, por ende permite observar la diferencia que existe en comparación a otros individuos. Los rasgos de personalidad son una tendencia en el ser humano al momento de actuar o pensar de una forma determinada, tanto como la formación de un estilo de personalidad es inherente al desarrollo evolutivo de todo ser humano e influye en la interacción de la persona con su entorno.

Por otro lado, la depresión es un trastorno emocional que dificulta la interacción de la persona con su entorno, manifestándose sentimientos de tristeza y pérdida de interés en realizar actividades que antes se solía realizar. Este trastorno afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas (8).

Del mismo modo, la ansiedad es una parte de la vida, sin embargo, las personas que padezcan trastornos de ansiedad con frecuencia tienen preocupaciones y miedos intensos, excesivos sobre situaciones diarias. Estos sentimientos de ansiedad interfieren con el desarrollo de actividades diarias, pueden llegar a ser difíciles de controlar, desproporcionados en comparación con el peligro y pueden durar un largo tiempo (8).

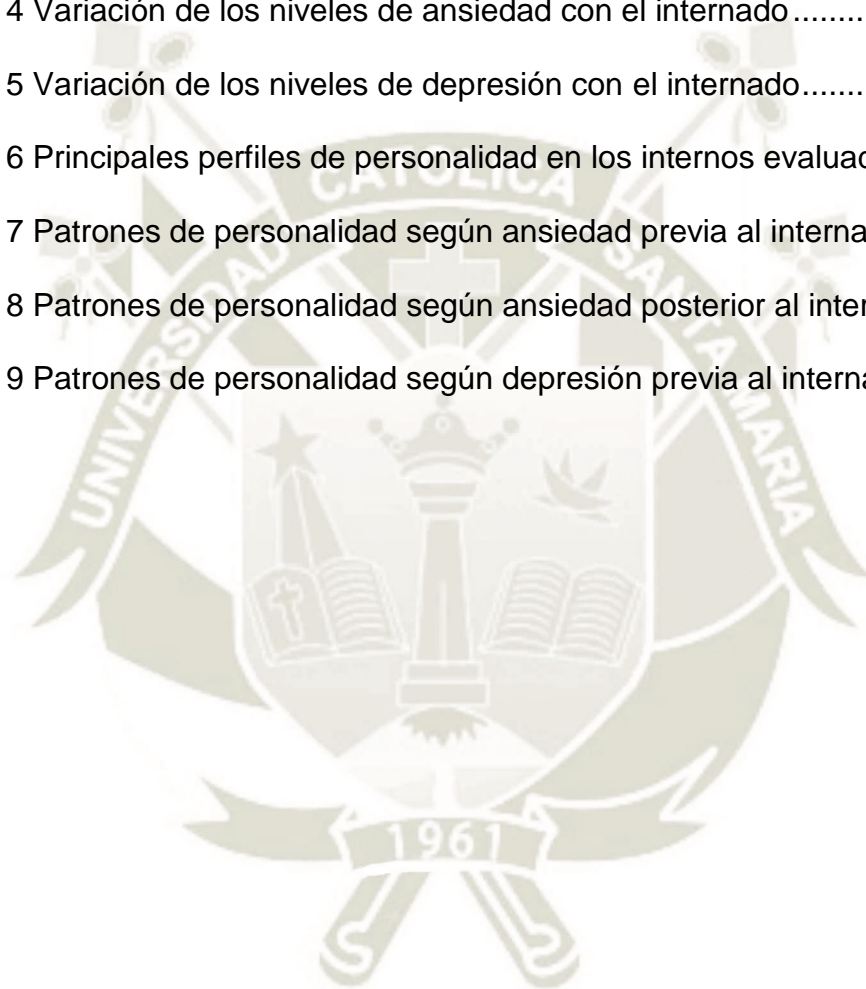
Por lo anteriormente expresado, la presente investigación permite identificar como los rasgos de personalidad del interno de medicina puede ser de gran ayuda o caso contrario un factor de riesgo para sobreponerse o padecer ansiedad o depresión durante el año de internado médico en el Hospital Goyeneche.

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|------|
| RESUMEN | vi |
| ABSTRACT | viii |
| INTRODUCCIÓN | x |
| CAPÍTULO I MATERIALES Y METODOS | 1 |
| 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación | 2 |
| 2. Campo de verificación..... | 2 |
| 3. Tipo de investigación:..... | 3 |
| 4. Diseño de investigación: | 3 |
| 5. Estrategia de Recolección de datos | 3 |
| 5.1. Organización | 3 |
| 5.2. Validación de los instrumentos..... | 3 |
| 5.3. Criterios para manejo de resultados..... | 3 |
| CAPÍTULO II RESULTADOS | 5 |
| CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS..... | 27 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 35 |
| CONCLUSIONES..... | 36 |
| RECOMENDACIONES | 37 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 38 |
| ANEXOS | 41 |
| Anexo 1 Matriz de sistematización de información..... | 42 |
| Anexo 2 Proyecto de investigación | 45 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1 Distribución de internos según edad y sexo | 6 |
| Tabla 2 Distribución de internos según universidad de procedencia..... | 8 |
| Tabla 3 Distribución de internos según estado civil..... | 10 |
| Tabla 4 Variación de los niveles de ansiedad con el internado | 12 |
| Tabla 5 Variación de los niveles de depresión con el internado..... | 14 |
| Tabla 6 Principales perfiles de personalidad en los internos evaluados | 16 |
| Tabla 7 Patrones de personalidad según ansiedad previa al internado | 19 |
| Tabla 8 Patrones de personalidad según ansiedad posterior al internado..... | 21 |
| Tabla 9 Patrones de personalidad según depresión previa al internado..... | 23 |



ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1 Distribución de internos según edad y sexo | 7 |
| Gráfico 2 Distribución de internos según universidad de procedencia | 9 |
| Gráfico 3 Distribución de internos según estado civil | 11 |
| Gráfico 4 Variación de los niveles de ansiedad con el internado | 13 |
| Gráfico 5 Variación de los niveles de depresión con el internado | 15 |
| Gráfico 6 A Principales perfiles de personalidad en los internos evaluados por grupo | 17 |
| Gráfico 6B Principales perfiles de personalidad en los internos evaluados | 18 |
| Gráfico 7 Patrones de personalidad según ansiedad previa al internado | 20 |
| Gráfico 8 Patrones de personalidad según ansiedad posterior al internado | 22 |
| Gráfico 9 Patrones de personalidad según depresión previa al internado | 24 |
| Gráfico 10 Patrones de personalidad según depresión después del internado .. | 26 |



1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

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

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos que contiene el Test de Hamilton para ansiedad, el Test de Hamilton para depresión y el Test de personalidad de Millon.

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 Hospital III Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural a inicios del año 2019 y durante el último trimestre del 2019.

2.3. **Unidades de estudio:** Internos de Medicina Humana del Hospital Goyeneche.

Población: 80 internos de Medicina Humana distribuidos en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría del hospital Goyeneche en el año 2019.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra porque se trabajó con el total del universo por tratarse de un universo accesible.

2.4. Criterios de selección:

◆ Criterios de Inclusión

- Interno de medicina
- Participación voluntaria en la investigación.

◆ Criterios de Exclusión

- Cuestionarios incompletos o mal llenados

3. Tipo de investigación:

Se trata de un estudio de campo.

4. Diseño de investigación:

Se trata de un estudio Observacional, prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se procedió a confeccionar tres test que midieron el grado de depresión, ansiedad y los rasgos de personalidad, los que fueron entregados a todos los internos de medicina del hospital Goyeneche previa autorización mediante un consentimiento informado.

5.2. Validación de los instrumentos

-Test de Hamilton para depresión: Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes sospechosos de presentar síntomas depresivos con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los mismos. Se valora de acuerdo con la información obtenida en el cuestionario con una escala nominal de cero a cincuenta y dos, categorizando de la siguiente manera; no deprimido: 0-7, depresión ligera: 8-13, depresión moderada: 14 -18 y depresión severa: 19-22.

-Test de Hamilton para ansiedad: Califica los niveles severos de ansiedad, Posee 14 ítems con un número de síntomas, los cuales están calificados en una escala de cero a cuatro, siendo cuatro la más severa. Al finalizar el test se suma todas las respuestas indicándonos el grado de severidad de la ansiedad del entrevistado.

-Test de personalidad de Millón: Es un cuestionario en el que se refleja las características más duraderas de la personalidad y desordenes clínicos, permite una comprensión de la personalidad del paciente por su estructura teórica, los resultados del test no otorgan diagnóstico definitivo.

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 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), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables se realizó con la prueba de independencia 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 para Windows.



**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

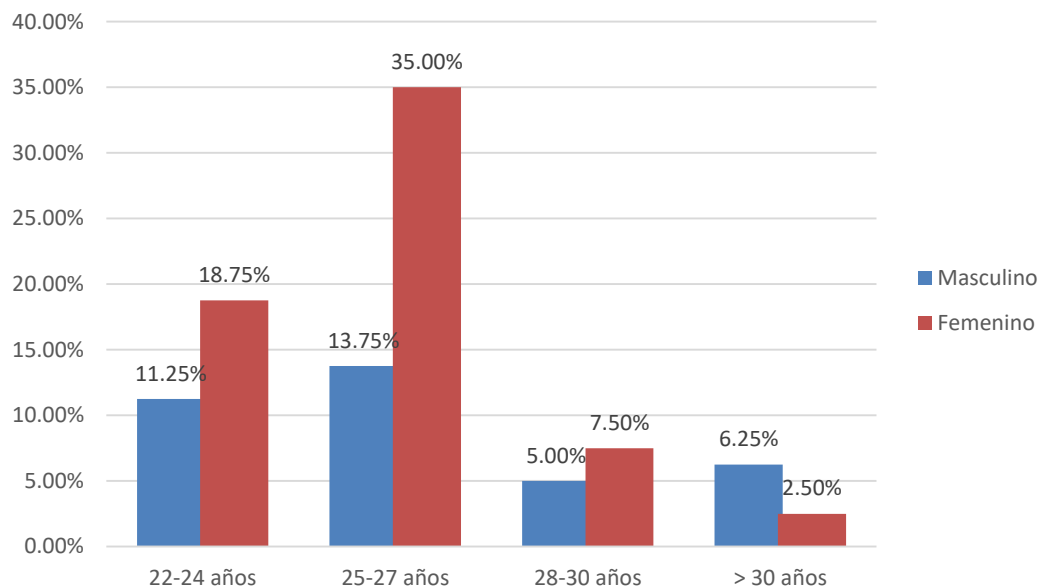
Tabla 1
Distribución de internos según edad y sexo

| Edad | Masculino | | Femenino | | Total | |
|------------|-----------|--------|----------|--------|-------|---------|
| | N° | % | N° | % | N° | % |
| 22-24 años | 9 | 11.25% | 15 | 18.75% | 24 | 30.00% |
| 25-27 años | 11 | 13.75% | 28 | 35.00% | 39 | 48.75% |
| 28-30 años | 4 | 5.00% | 6 | 7.50% | 10 | 12.50% |
| > 30 años | 5 | 6.25% | 2 | 2.50% | 7 | 8.75% |
| Total | 29 | 36.25% | 51 | 63.75% | 80 | 100.00% |

Fuente: Elaboración propia

RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019

Gráfico 1
Distribución de internos según edad y sexo



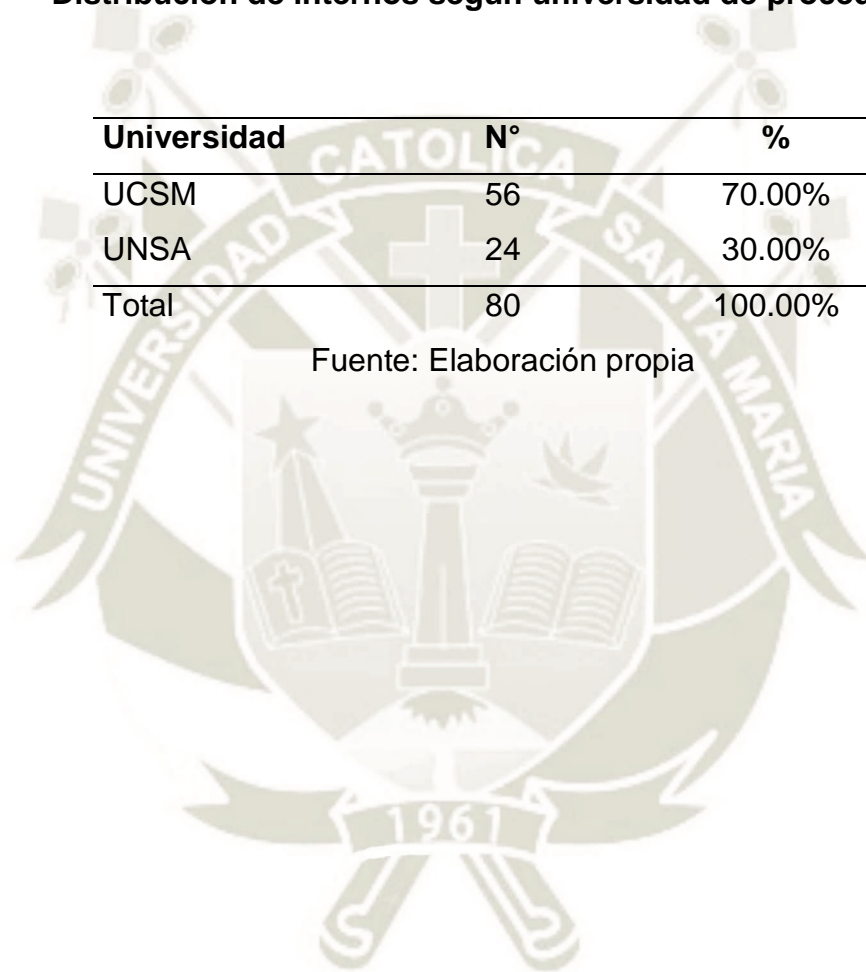
Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Tabla 2
Distribución de internos según universidad de procedencia

| Universidad | N° | % |
|--------------------|-----------|----------|
| UCSM | 56 | 70.00% |
| UNSA | 24 | 30.00% |
| Total | 80 | 100.00% |

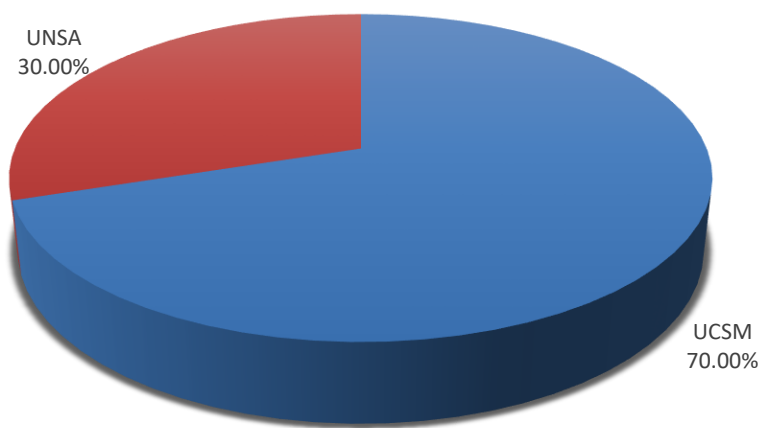
Fuente: Elaboración propia



**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 2

Distribución de internos según universidad de procedencia



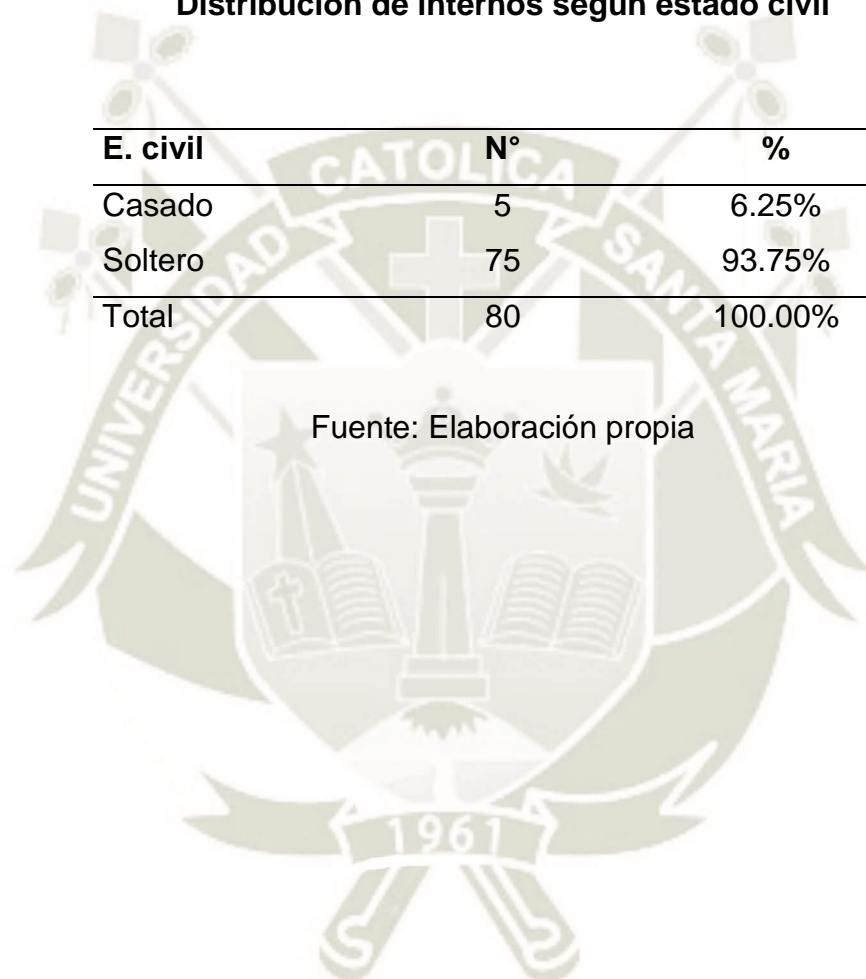
Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Tabla 3
Distribución de internos según estado civil

| E. civil | N° | % |
|-----------------|-----------|----------|
| Casado | 5 | 6.25% |
| Soltero | 75 | 93.75% |
| Total | 80 | 100.00% |

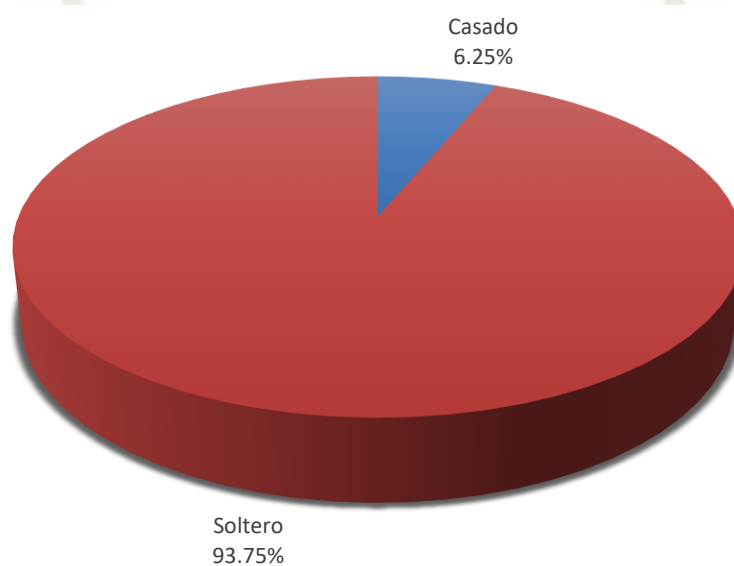
Fuente: Elaboración propia



**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 3

Distribución de internos según estado civil



Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Tabla 4
Variación de los niveles de ansiedad con el internado

| Ansiedad | Antes | | Después | |
|-------------|-------|---------|---------|---------|
| | N° | % | N° | % |
| No ansiedad | 47 | 58.75% | 27 | 33.75% |
| Ligera | 19 | 23.75% | 28 | 35.00% |
| Moderada | 10 | 12.50% | 0 | 0.00% |
| Severa | 4 | 5.00% | 25 | 31.25% |
| Total | 80 | 100.00% | 80 | 100.00% |

Chi² = 32.34

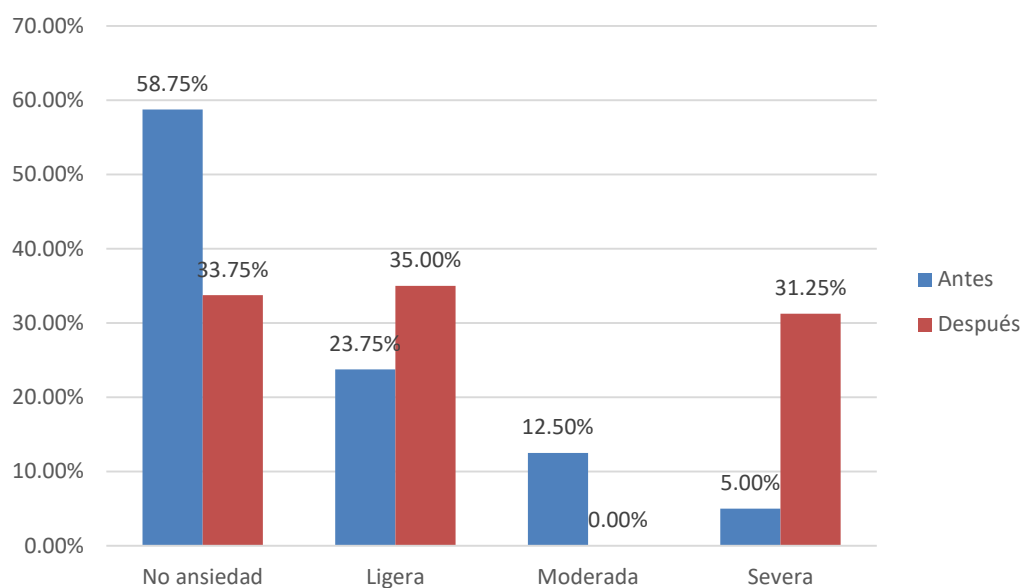
G. libertad = 3

p < 0.05

Fuente: Elaboración propia

RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019

Gráfico 4
Variación de los niveles de ansiedad con el internado



Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Tabla 5
Variación de los niveles de depresión con el internado

| Depresión | Antes | | Después | |
|--------------|-------|---------|---------|---------|
| | N° | % | N° | % |
| No deprimido | 54 | 67.50% | 42 | 52.50% |
| Ligera | 17 | 21.25% | 21 | 26.25% |
| Moderada | 5 | 6.25% | 9 | 11.25% |
| Severa | 2 | 2.50% | 5 | 6.25% |
| Muy severa | 2 | 2.50% | 3 | 3.75% |
| Total | 80 | 100.00% | 80 | 100.00% |

Chi² = 4.55

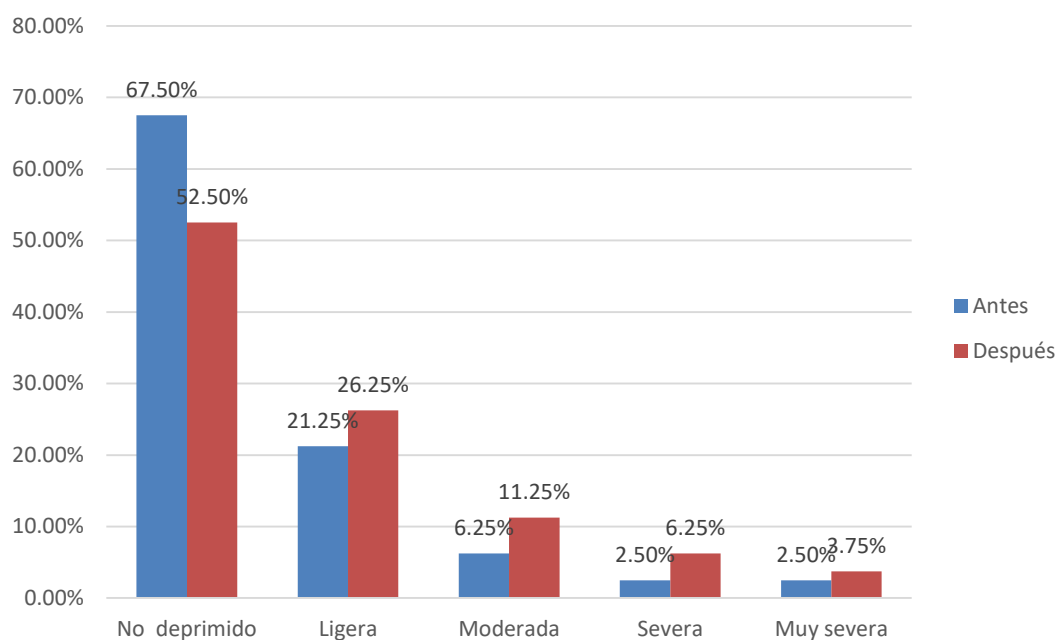
G. libertad = 4

p = 0.34

Fuente: Elaboración propia

RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019

Gráfico 5
Variación de los niveles de depresión con el internado



Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Tabla 6
Principales perfiles de personalidad en los internos evaluados

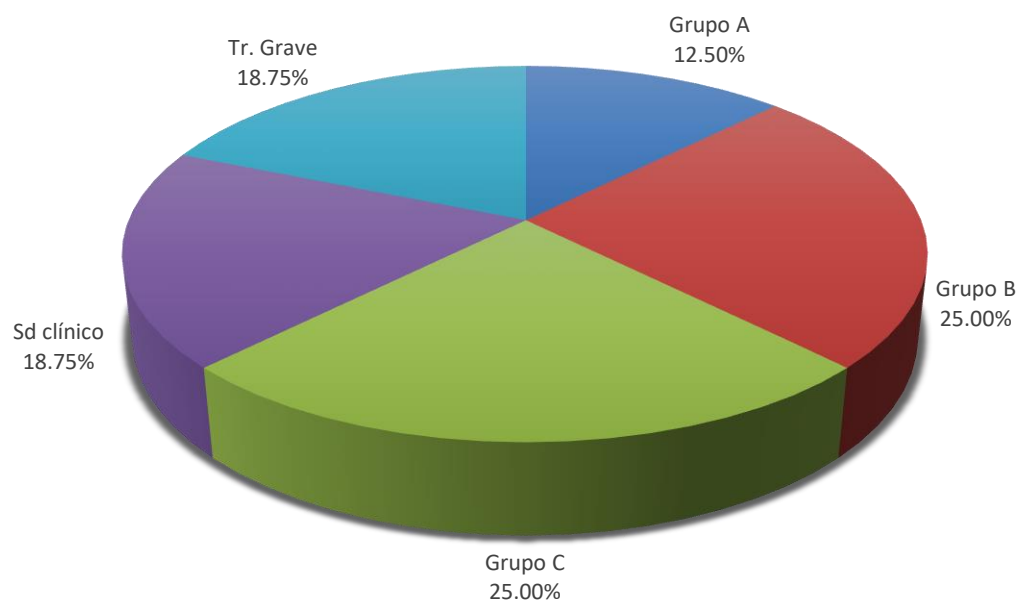
| | | N° | % |
|-----------------------------------|---------------|----|---------|
| Grupo A (n = 10; 12.50%) | Masoquista | 4 | 5.00% |
| | Esquizoide | 4 | 5.00% |
| | Esquizotípico | 1 | 1.25% |
| | Sadista | 1 | 1.25% |
| Grupo B (n = 20; 25.00%) | Histriónico | 14 | 17.50% |
| | Narcisista | 4 | 5.00% |
| | Bipolar | 2 | 2.50% |
| Grupo C (n = 20; 25.00%) | Compulsivo | 17 | 21.25% |
| | Evitativo | 2 | 2.50% |
| | Negativista | 1 | 1.25% |
| Sd clínico (n = 15; 18.75%) | Ansiedad | 8 | 10.00% |
| | Alcohol | 3 | 3.75% |
| | Drogas | 3 | 3.75% |
| | Antisocial | 1 | 1.25% |
| Tr. Grave (n = 15; 18.75%) | Delirante | 12 | 15.00% |
| | Depresivo | 2 | 2.50% |
| | Distimia | 1 | 1.25% |
| Total | | 80 | 100.00% |

Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 6 A

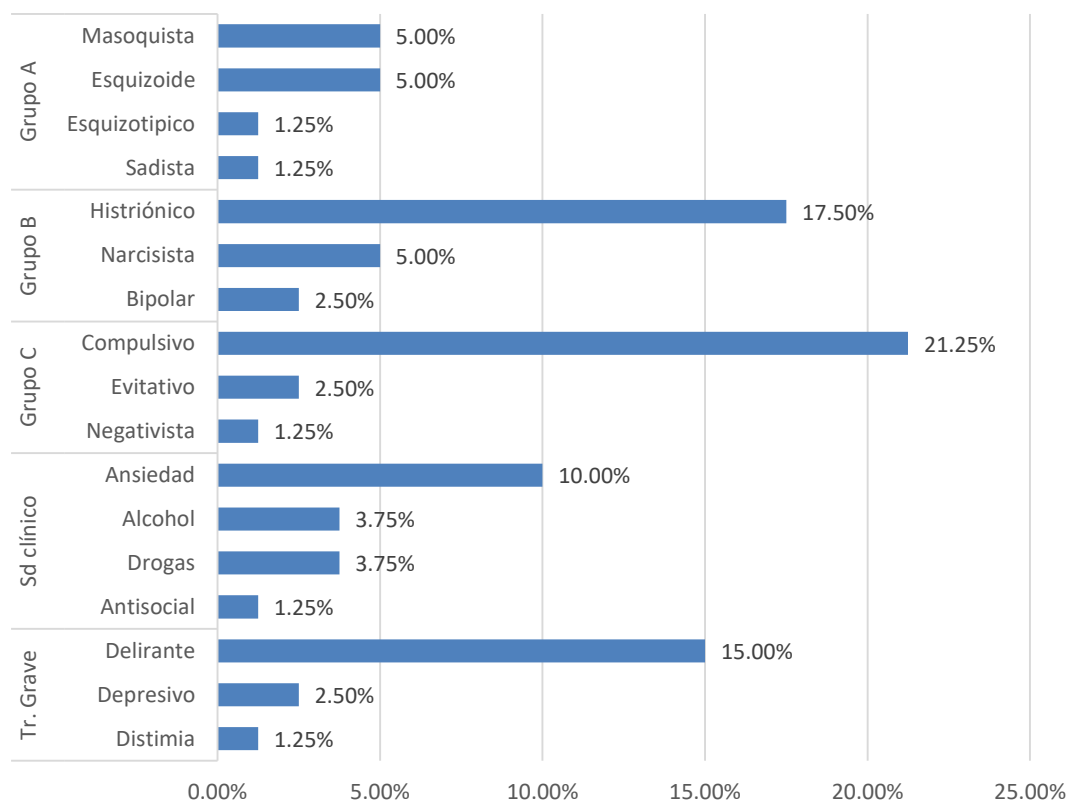
Principales perfiles de personalidad en los internos evaluados por grupo



Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 6B
Principales perfiles de personalidad en los internos evaluados



Fuente: Elaboración propia

RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019

Tabla 7
Patrones de personalidad según ansiedad previa al internado

| Grupo | Total | No ansiedad | | Ligera | | Moderada | | Severa | |
|------------|-------|-------------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|-------|
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Grupo A | 10 | 4 | 40.00% | 3 | 30.00% | 3 | 30.00% | 0 | 0.00% |
| Grupo B | 20 | 17 | 85.00% | 1 | 5.00% | 1 | 5.00% | 1 | 5.00% |
| Grupo C | 20 | 14 | 70.00% | 4 | 20.00% | 1 | 5.00% | 1 | 5.00% |
| Sd clínico | 15 | 6 | 40.00% | 6 | 40.00% | 2 | 13.33% | 1 | 6.67% |
| Tr. Grave | 15 | 6 | 40.00% | 5 | 33.33% | 3 | 20.00% | 1 | 6.67% |
| Total | 80 | 47 | 58.75% | 19 | 23.75% | 10 | 12.50% | 4 | 5.00% |

Chi² = 16.26

G. libertad = 12

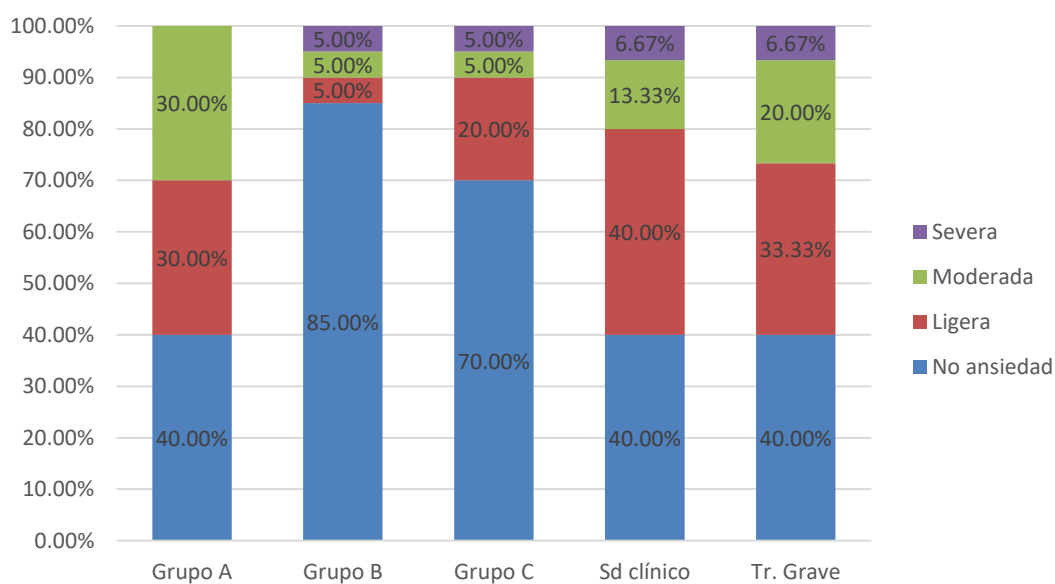
p = 0.18

Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 7

Patrones de personalidad según ansiedad previa al internado



Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Tabla 8
Patrones de personalidad según ansiedad posterior al internado

| Grupo | Total | No ansiedad | | Ligera | | Severa | |
|------------|-------|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | N° | % | N° | % | N° | % |
| Grupo A | 10 | 2 | 20.00% | 2 | 20.00% | 6 | 60.00% |
| Grupo B | 20 | 7 | 35.00% | 9 | 45.00% | 4 | 20.00% |
| Grupo C | 20 | 9 | 45.00% | 6 | 30.00% | 5 | 25.00% |
| Sd clínico | 15 | 2 | 13.33% | 8 | 53.33% | 5 | 33.33% |
| Tr. Grave | 15 | 7 | 46.67% | 3 | 20.00% | 5 | 33.33% |
| Total | 80 | 27 | 33.75% | 28 | 35.00% | 25 | 31.25% |

Chi² = 11.42

G. libertad = 8

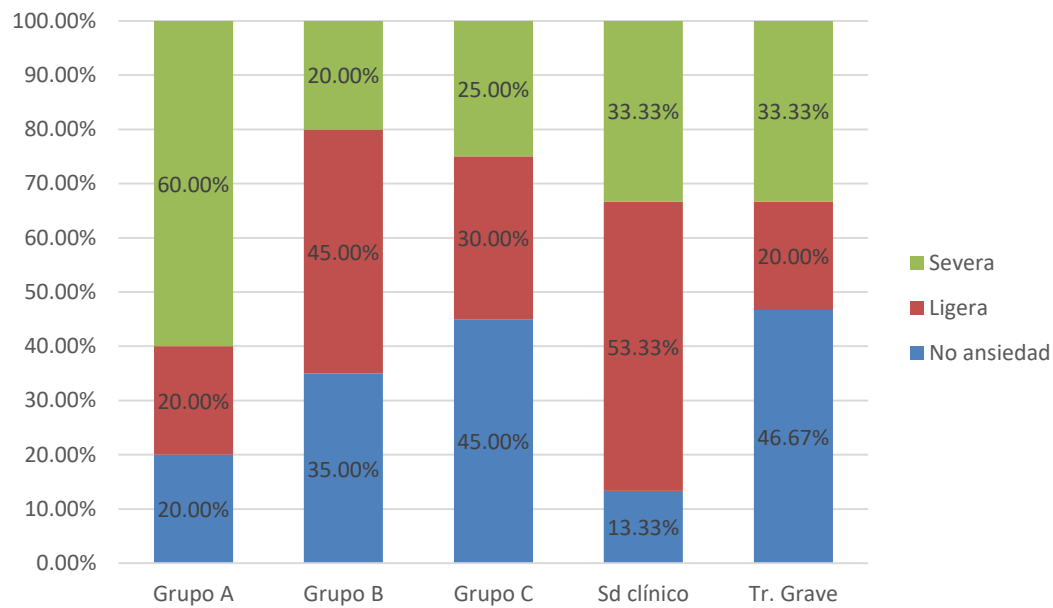
p = 0.18

Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 8

Patrones de personalidad según ansiedad posterior al internado



Fuente: Elaboración propia

RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019

Tabla 9
Patrones de personalidad según depresión previa al internado

| Grupo | Total | No deprimido | | Ligera | | Moderada | | Severa | | Muy severa | |
|------------|-------|--------------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|-------|------------|-------|
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Grupo A | 10 | 5 | 50.00% | 3 | 30.00% | 2 | 20.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% |
| Grupo B | 20 | 17 | 85.00% | 1 | 5.00% | 1 | 5.00% | 1 | 5.00% | 0 | 0.00% |
| Grupo C | 20 | 16 | 80.00% | 1 | 5.00% | 2 | 10.00% | 0 | 0.00% | 1 | 5.00% |
| Sd clínico | 15 | 8 | 53.33% | 6 | 40.00% | 0 | 0.00% | 1 | 6.67% | 0 | 0.00% |
| Tr. Grave | 15 | 8 | 53.33% | 6 | 40.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% | 1 | 6.67% |
| Total | 80 | 54 | 67.50% | 17 | 21.25% | 5 | 6.25% | 2 | 2.50% | 2 | 2.50% |

Chi² = 23.74

G. libertad = 16

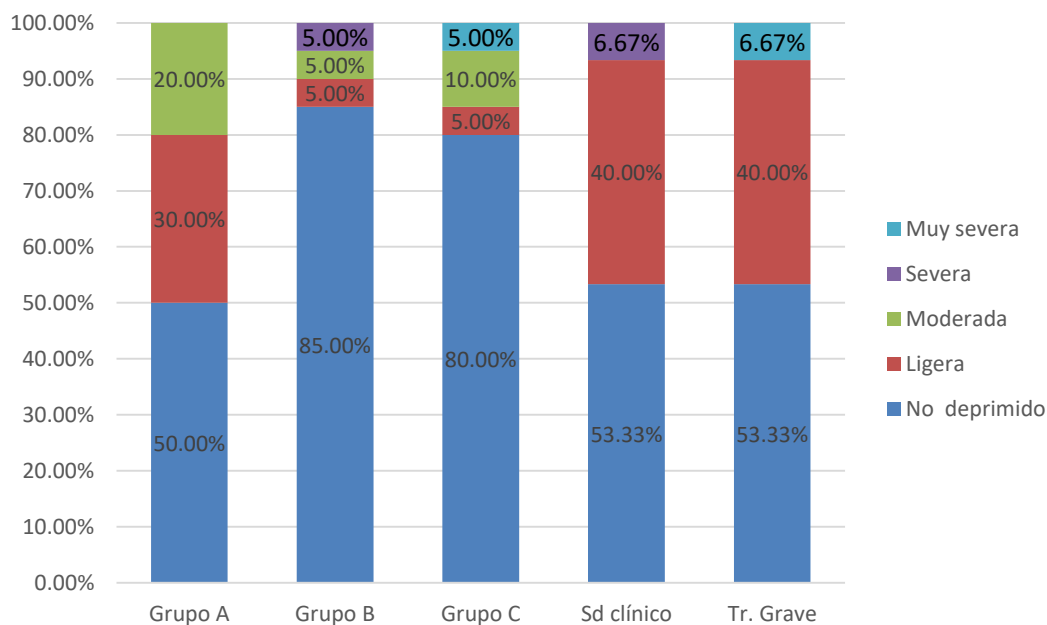
p = 0.10

Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 9

Patrones de personalidad según depresión previa al internado



Fuente: Elaboración propia

RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019

Tabla 10
Patrones de personalidad según depresión después del internado

| Grupo | Total | No deprimido | | Ligera | | Moderada | | Severa | | Muy severa | |
|------------|-------|--------------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|--------|------------|-------|
| | | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Grupo A | 10 | 3 | 30.00% | 6 | 60.00% | 1 | 10.00% | 0 | 0.00% | 0 | 0.00% |
| Grupo B | 20 | 13 | 65.00% | 4 | 20.00% | 1 | 5.00% | 1 | 5.00% | 1 | 5.00% |
| Grupo C | 20 | 14 | 70.00% | 2 | 10.00% | 0 | 0.00% | 3 | 15.00% | 1 | 5.00% |
| Sd clínico | 15 | 6 | 40.00% | 6 | 40.00% | 2 | 13.33% | 1 | 6.67% | 0 | 0.00% |
| Tr. Grave | 15 | 6 | 40.00% | 3 | 20.00% | 5 | 33.33% | 0 | 0.00% | 1 | 6.67% |
| Total | 80 | 42 | 52.50% | 21 | 26.25% | 9 | 11.25% | 5 | 6.25% | 3 | 3.75% |

Chi² = 26.60

G. libertad = 16

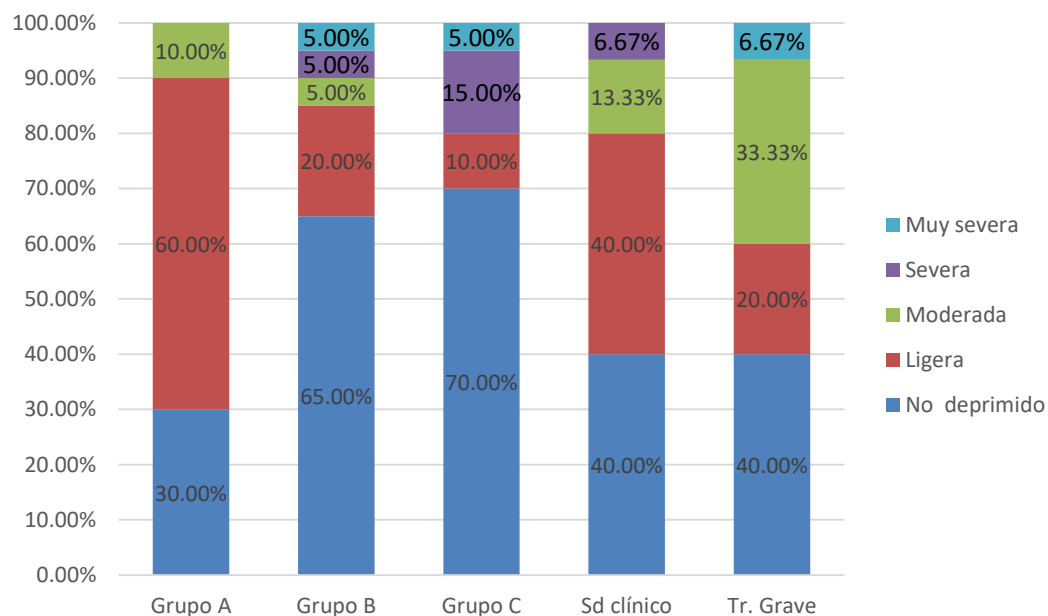
p = 0.046

Fuente: Elaboración propia

**RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 2019**

Gráfico 10

Patrones de personalidad según depresión después del internado



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó con el objeto de analizar la asociación entre los rasgos de personalidad, depresión y ansiedad en internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019. Se realizó la presente investigación debido a que los internos de medicina cuando están a puertas de comenzar la última etapa de formación académica, que es el internado médico, desarrollaran un nuevo estilo de vida, aprenderán a sobre llevar distintas emociones frente a situaciones que demandan estrés y/o ansiedad. Muchas veces se puede observar que el hecho de tomar decisiones frente a un determinado caso o paciente conlleva elevar el nivel de ansiedad y a veces los errores que se pueda cometer ocasionaría enfrentar sentimientos de tristeza, frustración que al no sentirnos preparados afectaría el desenvolvimiento laboral en el hospital.

Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra de 80 internos de medicina que cumplieron criterios de selección. Se aplicó una ficha de datos, el test de ansiedad y de depresión de Hamilton y el inventario de personalidad de Millon. Se muestran resultados con estadística descriptiva y se asocian variables mediante prueba de independencia chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se aprecia la distribución de internos de medicina evaluados según edad y sexo; el 63.75% de casos fueron mujeres y 36.25% varones, con edades que en 48.75% de casos estuvieron entre los 25 y 27 años; 30% tuvieron de 22 a 24 años, y 12.50% tuvieron de 28 a 30 años, con 8.75% mayores de 30 años.

En el estudio realizado por Miguel Gonzalo Sánchez Atahualpa en el año 2016 muestra que 58.6 % eran internos de medicina de sexo femenino en el Hospital Sergio Bernales-Lima, sumándose 41.1% internas de sexo femenino en el Hospital Honorio Delgado-Arequipa. Indica también que 57% eran internos de medicina de sexo masculino que cursaban también el internado médico en el Hospital Sergio Bernales-Lima incluyendo un 43% de internos de medicina del mismo sexo cursando el internado médico en el Hospital Honorio Delgado-Arequipa (12). De acuerdo con la distribución por sexo en la presente investigación se aprecia que hay mayor predominancia del sexo femenino, esto puede deberse a distintos factores externos que estarían al margen de los objetivos planteados en dicha

investigación. Según la distribución del grupo etario por edad el autor da a conocer la presencia de internos de medicina menores de 24 años en un 67.3% en el Hospital Sergio Bernales-Lima, a su vez un 32.7% de internos de medicina ubicados en el mismo grupo en el Hospital Honorio Delgado-Arequipa, el cual se asemeja a la población de la presente investigación. Se encontró también un 51.4% de internos de medicina entre los 25 y 26 pertenecientes al Hospital Sergio Bernales-Lima, un 48.6% de internos de medicina en el Hospital Honorio Delgado-Arequipa, el cual también se asemeja a los resultados de la presente investigación. El autor revela además un 61.4% de internos de medicina mayores a 26 años pertenecientes al Hospital Sergio Bernales-Lima, un 42.1% de internos de medicina de las mismas características etarias ubicados en el Hospital Honorio Delgado-Arequipa. Los resultados de la investigación realizada son distintos en este grupo etario.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra que 70% de internos eran de la Universidad Católica de Santa María y 30% de la Universidad Nacional de San Agustín. El 6.25% eran casados y 93.75% solteros (**Tabla y Gráfico 3**).

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra la variación de los niveles de ansiedad en los internos, antes de iniciar el internado y después del mismo; antes de iniciar el internado 41.25% de ellos tuvieron ansiedad, y luego del internado ascendió a 66.25%; el nivel fue severo en 5% de internos antes y en 3.25% después, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

Según la investigación de Carlos Reyes et al. en el año 2016 realizada en México Toma en cuenta a 479 alumnos a puertas de iniciar el internado médico. Carlos Reyes toma en consideración el promedio de calificaciones de dichos alumnos basados en un sistema de 0 a 100 en el cual se puede apreciar que 105 (21.82%) alumnos de medicina presentaban ansiedad de rasgo con un promedio de calificación de 84.1. Con ansiedad de estado se encontró 132 (27.55%) alumnos con promedio de calificaciones en 84.0. Sin ansiedad de rasgo se encontró 374 (78.07%) y sin ansiedad de estado 132 (72.44%) ambos grupos no se encuentran ubicados la escala de notas utilizada por el autor (19). Comparando los resultados de la presente investigación con los datos publicados por Carlos Reyes podemos apreciar que existe similitud con los niveles de ansiedad antes de comenzar el internado medico siendo una minoría los alumnos que presentaron un nivel severo

de ansiedad. Las razones de presentar niveles de ansiedad moderados a severos en estudiantes de medicina que están por comenzar el internado médico puede postularse según la investigación de Carlos Reyes por el estrés en el desempeño de las actividades, exceso de trabajo en la práctica médica, y tensión por los procesos académicos. La ansiedad según el DSM V es el estado de alerta frente a una situación de que se considera amenaza (6). Carlos Reyes afirma que la ansiedad se da frente a una situación en la que tenemos que ganar o perder algo. Para Carlos Reyes en su investigación describe dos tipos de ansiedad patológica, ansiedad como rasgo y ansiedad como estado (19). La ansiedad como rasgo es una característica de personalidad relativamente estable a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, es considerada por el autor como la tendencia del individuo a percibir situaciones de peligro o amenazantes sobrevalorando los riesgos y minimizando los recursos que el individuo posea frente a ellas. La ansiedad como estado Carlos Reyes lo postula como un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo (19). En la muestra estudiada del presente trabajo de investigación se toma como niveles de ansiedad leve, moderado y severo, los cuales comparten ciertos rasgos con el estudio de Carlos Reyes, sin embargo el medio donde se desempeña el internado médico de la población estudiada es distinto al del estudio de Carlos Reyes, por ende parte de presentar niveles de ansiedad al inicio del internado se debe al sistema de salud y las carencias que presenta en cuanto a recursos que podrían acelerar la recuperación de los pacientes. Otro factor que se debe tener en cuenta al cursar el internado médico es la preparación de cada interno de medicina que enfrentara el campo clínico durante un año. Carlos Reyes en su estudio utiliza como variable el rango de calificaciones obtenidas durante los años anteriores a dicha etapa, menciona que los niveles de ansiedad pueden tener tendencia a incrementarse en relación al promedio de calificaciones (19).

Sin embargo en el estudio realizado por dicho autor no se corrobora que exista relación directa con los niveles de ansiedad. En la investigación realizada se nota un incremento marcado de ansiedad al finalizar el internado pero también una disminución en el porcentaje de internos de medicina con ansiedad severa, esto se puede corroborar con lo postulado por Carlos Reyes en su estudio. Además cabe mencionar que en nuestro país el interno de medicina es evaluado mediante una prueba de conocimientos casi al finalizar dicha etapa en la que se necesita obtener

nota aprobatoria para poder ejercer la carrera médica. Esta situación sumada a lo mencionado en líneas superiores condiciona a presentar niveles elevados de ansiedad los cuales en su mayoría tienden a descender posterior a dicha eventualidad.

La **Tabla y Gráfico 5** muestran la variación de los niveles de depresión en los internos antes y después del inicio del proceso. Al inicio el 32.50% de casos mostró síntomas de depresión, y al finalizar lo hicieron 47.50%; en ambos casos predominó el nivel ligero (21.25% antes, 26.25% después), siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

De acuerdo con el estudio realizado por Yusvisaret Palmer-Morales et al. acerca de la frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado realizada en el instituto Mexicano del seguro social en Mexicali en el año 2016 podemos observar que la muestra coincidió con la investigación realizada (25). El promedio de edad registrado por Yusvisaret Palmer-Morales fue de 24 años, dato que también coincide con la investigación actual. Yusvisaret Palmer-Morales reporta que la depresión es más frecuente en internos de medicina de sexo femenino con un 20%, dato que coincide mientras se encontraban realizando la rotación de Gineco-Obstetricia. Reportan también que la depresión global fue de 28.6%, depresión minina fue de 18.6%, depresión moderada fue de 10% y depresión severa fue de 0% (25). Estos resultados son en cierta parte similares a los de la investigación actual.

Ambas investigaciones concuerdan en que los internos de medicina padecen de depresión ligera. En nuestra investigación resalta un aumento en la variable depresión al finalizar el internado predominando el nivel ligero. Esta variación puede deberse a distintos factores que pueden alterar el estado anímico de cada interno de medicina. Debemos recordar que la depresión es definida según la OMS como la presencia de tristeza, pérdida de interés y la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. Yusvisaret Palmer –Morales et al. en su estudio afirma que durante el año que se realiza el internado medico se ha podido apreciar muchas condiciones generales adversas como son: alimentación deficiente, horarios excesivos de trabajo, hostigamiento laboral, violencia, acoso sexual, maltrato y discriminación por parte del personal de salud, falta de seguimiento a la problemática de los

internos de medicina por parte de las autoridades educativas (25). Todas estas causas generan en el interno de medicina un conflicto en su estado de ánimo, presentando angustia, tristeza, depresión, sentimientos de culpa, dificultad para conciliar el sueño.

Lo postulado por el autor concuerda con la investigación realizada. Se puede resaltar la presencia de los mismos factores que condiciona la presencia de depresión en los internos de medicina estudiados. Coincidimos con el estudio utilizado como antecedente bibliográfico en lo siguiente: La presencia de depresión repercute en el desarrollo académico y profesional de los internos de medicina causando falta de empatía con el paciente y el deterioro de calidad de atención médica Yusvisaret Palmer-Morales et al. cita en su estudio que la depresión ha sido considerada por años, concomitantemente al entrenamiento médico y especialmente al internado médico (25).

Otro punto a tomar en cuenta y que también coincide con la investigación realizada es que muchos internos de medicina no acuden en busca de ayuda por temor a represalias, además se puede observar aun en médicos asistentes, residentes de ultimo año la famosa frase “el interno de medicina es un esclavo”, frase mal utilizada ya que el internado medico es la última etapa de aprendizaje, dicha etapa no debería ser calificada como grado de jerarquía.

El internado medico es una etapa de transición en el estudiante de medicina humana, dejar las aulas para acudir al hospital en el que se enfrentaran a distintos escenarios, uno de ellos es el temor a cometer errores y ser humillado públicamente, a eso se suma el estrés laboral como guardias nocturnas, rondas médicas, ausentismo familiar, etc. Es importante buscar más a fondo los factores etiológicos como nivel socio económico, estado civil, procedencia, ambiente familiar, si padece algún trastorno psiquiátrico en cada estudiante de medicina que está a puertas de comenzar el internado médico.

Otros estudios citados en la investigación de Yusvisaret Palmer-Morales et al. indica que Colombia posee una tasa de depresión de 70.6% en internos de medicina la cual es ligada al maltrato y acoso laboral, llama la atención que de todo ese porcentaje solo el 7.2 % es apoyado por la institución (25). Si hablamos de depresión en general se encuentra abundante información, pero tomando en consideración la población médica los estudios descritos son limitados.

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestran los resultados de la evaluación de la personalidad según el test de Millon; de acuerdo a su teoría, el 12.50% de internos tienen rasgos de personalidad en el grupo A (y de ellos 5% tienen perfil masoquista y 5% esquizoide); 25% tiene rasgos de personalidad en el Grupo B (con predominio de los rasgos histriónicos en 17.50%), 25% tiene rasgos del grupo C (con predominio de la personalidad compulsiva en 21.25%). Se encontraron síndromes clínicos en 18.75% de casos, con personalidad ansiosa en 10%, y 3.75% con tendencia a la adicción a drogas o a alcohol, y en 18.75% rasgos de trastorno grave, con 15% de personalidad delirante.

De acuerdo con la investigación realizada por Fiorella Orihuela Carpio en el año 2016 donde evalúa inteligencia emocional y rasgos de personalidad en internos de medicina pertenecientes al Hospital Regional Honorio Delgado (4). La investigación actual coincide en características etarias evaluadas por la autora. Fiorella Orihuela Carpio evalúa los rasgos de personalidad con el test de cribado de Salamanca, el cual tipifica la personalidad en clúster A, B y C similar al test de personalidad de Millon utilizado en el presente estudio.

Recordemos que la personalidad según Millon es definido un patrón duradero de comportamiento que se expresa a lo largo del tiempo y en distintas situaciones (7). Cuando varios de estos rasgos de personalidad aparecen en forma conjunta podemos decir que constituye un trastorno de la personalidad, lo cual es corroborado por el estudio realizado por Fiorella Orihuela Carpio el cual sirvió como antecedente bibliográfico de la presente investigación (25).

La mayoría de internos evaluados por el test de Millon presentan un rasgo de personalidad histriónico, compulsivo y esquizoide. En el caso de los histriónicos podría deberse al interés en querer destacar frente a sus demás compañeros por médicos asistentes o residentes los cuales ocupan un rango jerárquico mayor para el caso de la personalidad histriónica, en el caso de la personalidad compulsiva puede deberse al estricto cumplimiento de órdenes encomendadas por médicos asistentes o residentes que incluso pueden ser injustas o también al minucioso detalle en el llenado de historias clínicas, formatos de laboratorio, epicrisis pero siempre con el temor de aceptación de su trabajo por parte de su rango superior.

Los internos de medicina con rasgo de personalidad esquizoides se dan debido a que pasan tiempo trabajando solos y se les es difícil establecer relaciones

interpersonales con sus demás compañeros. Según lo reportado por Fiorella Orihuela Carpio en su investigación indica que un 75.3% de internos de medicina presentan al menos un rasgo de personalidad predominando el Clúster C con 43.2%, seguido del Clúster A con 37% y finalmente el Clúster B con 24%, se encuentra similitud con los resultados dados en la investigación actual.

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra la influencia de la personalidad en la ansiedad previa al internado; se aprecia que en los grupos de personalidad los niveles de ansiedad tienden a ser similares, aunque con niveles moderados en mayor proporción en internos con rasgos de personalidad del grupo A (30%) o con trastornos graves (20%). Las diferencias no obstante no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Los internos de medicina con rasgos de personalidad Clúster A tienen mayor predominio de personalidad esquizoide. Este rasgo es típico estar en solitario, no tener la facilidad de interactuar con personas. Al relacionar con la ansiedad podría ser la causa de dicho trastorno pero no es del todo cierto. El estudio descrito por Johan Paúl Valderrama Aguilar en el año 2019 (23). No concuerda con los resultados de la presente investigación. Johan Paúl Valderrama Aguilar encuentra que los estilos desadaptativos de la personalidad son frecuentes a desencadenar episodios de ansiedad.

La **Tabla y Gráfico 8** muestran la influencia de la personalidad en la ansiedad posterior al internado; la ansiedad fue mayor en personas del grupo A, con 60% de ellos con ansiedad severa, en los demás grupos la ansiedad predominante fue ligera o ausente; sin embargo, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Teniendo en cuenta los rasgos de personalidad que fueron evaluados antes de empezar el internado médico podemos apreciar que los niveles de ansiedad son similares en los tres grupos de personalidad estudiados pero con cierta tendencia a ser evidente en internos de medicina con rasgos de personalidad del grupo A. Al finalizar el internado médico el nivel de ansiedad varió marcadamente en internos de medicina con rasgos del grupo A mientras que en los demás grupos el nivel de ansiedad fue similar durante todo el año.

La ansiedad encontrada en internos de medicina con rasgos de personalidad incluidos en el grupo A es debido a que se encontró internos con personalidad

esquizoide en su mayoría. Podemos identificar que en este grupo de internos es común el trabajar solo, no lograr desarrollar una buena relación personal con sus demás compañeros, generaría desde antes de comenzar el internado un nivel de ansiedad el cual se incrementa durante todo el año de internado por la carga laboral hospitalaria, guardias nocturnas, dificultad para desarrollar trabajo en equipo. No se encuentra coincidencia en los resultados con los antecedentes bibliográficos.

La **Tabla y Gráfico 9** muestran la influencia de la personalidad en la presencia de depresión previa al internado; antes del internado, la depresión se vio en mayor proporción en forma ligera en internos con síndromes clínicos o trastornos graves (40%) o en los del grupo A (30%), con pocos casos de ansiedad severa o muy severa, y 20% de internos con personalidad del grupo A tuvieron depresión moderada; las diferencias no obstante no resultaron significativas ($p > 0.05$). En la **Tabla y Gráfico 10** se muestra a influencia de la personalidad en la presencia de depresión después del internado; hubo más niveles severos en internos con personalidad grupo C (15%) o moderada en los que tenían rasgos de trastorno grave (30%), y más ligera en internos con personalidad grupo A (60%); las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$).

En el estudio que realizó Johan Paúl Valderrama Aguilar concluye en que si existe una fuerte asociación positiva con los niveles de depresión y estilos de personalidad (23). Estos resultados no son similares a los encontrados en la investigación actual. Existe la posibilidad de que internos de medicina hayan alterado la información al momento de la entrevista. No obstante la búsqueda bibliográfica referente a la asociación de estas dos variables en la muestra en estudio es limitada.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.-** Los rasgos de personalidad predominante en internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019 fueron los de personalidad compulsiva e histriónica.
- Segunda.-** Hubo más depresión en internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019 al culminar el internado, sobre todo en nivel ligero (26.25%).
- Tercera.-** El nivel de ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019 se incrementó significativamente al culminar el internado, alcanzando niveles severos en 31.25%.
- Cuarta.-** Hubo una relación entre los rasgos de personalidad grupo A con los niveles ligeros de depresión y de los síntomas clínicos con niveles moderados en internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019; la personalidad no se relacionó con los niveles de ansiedad.

RECOMENDACIONES

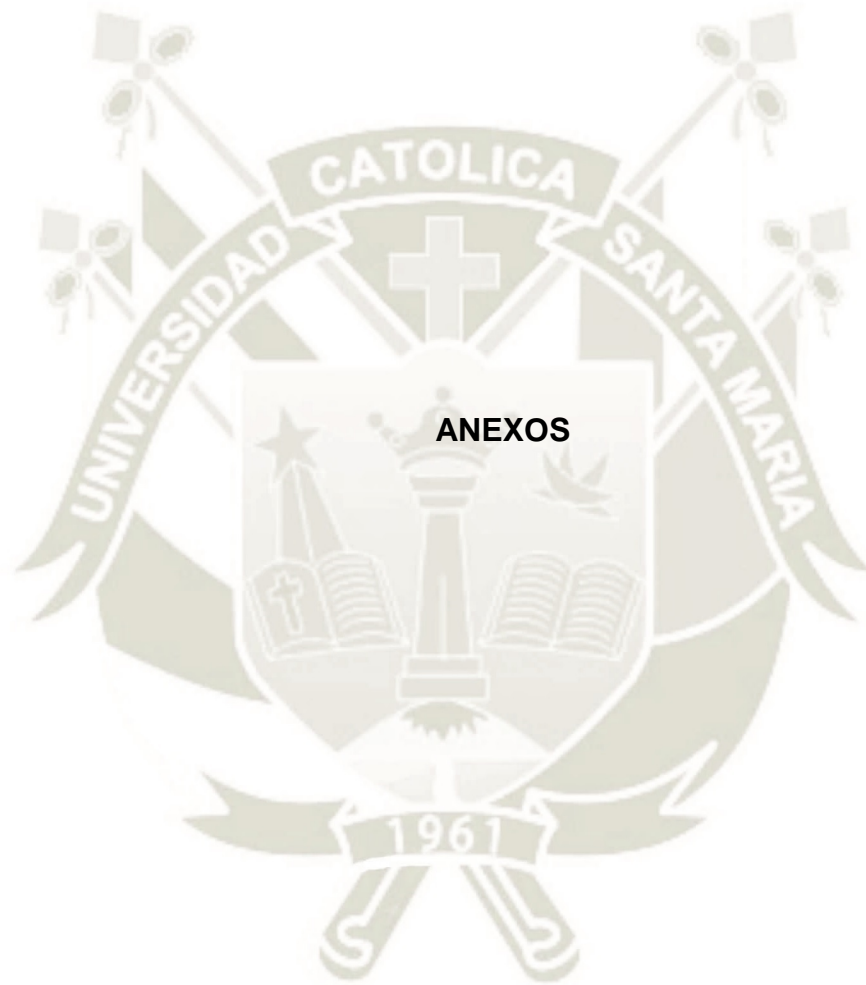
- 1) A las Facultades de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María y la Universidad Nacional de San Agustín realizar una evaluación psiquiátrica a todos los alumnos de último ciclo que comenzaran el internado.
- 2) A los tutores designados por cada Facultad de Medicina en las distintas sedes hospitalarias donde se realiza el internado médico, jefes de servicio de las diferentes rotaciones y al Departamento de Psiquiatría en apoyo de Psicología realizar un estricto seguimiento a internos de medicina que presenten factores de riesgo para depresión y/o ansiedad, o que presenten patrones de personalidad que puedan desarrollar trastornos psiquiátricos.
- 3) Al jefe de Recursos Humanos de cada sede hospitalaria donde se realiza el internado médico coordinar con los tutores designados por cada facultad de Medicina Humana y jefes de servicio de cada rotación evaluar el ambiente de trabajo en los distintos servicios de rotación de cada sede hospitalaria para poder detectar posibles factores de riesgo que desencadenarían en trastornos de depresión y/o ansiedad.
- 4) Al jefe de Recursos Humanos de cada sede hospitalaria donde se realiza el internado médico coordinar con los tutores designados por cada facultad de medicina, jefes de servicio de cada rotación y al departamento de Psiquiatría y Psicología realizar actividades deportivas, artísticas, taller de habilidades sociales, manejo de estrés, etc.

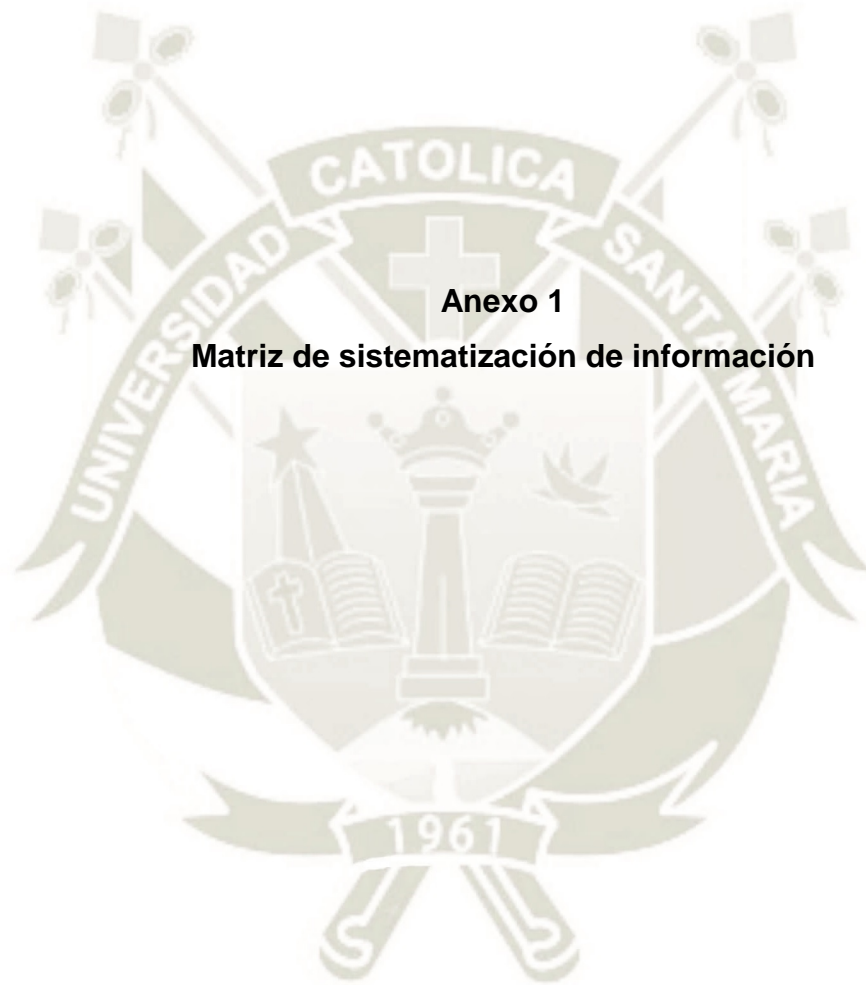
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Valenzuela et al.. Rasgos de personalidad en alumnos de reciente ingreso a la carrera de medicina, 14 ed. Durango, México: Investigación en Educación Medica; 2017.
2. Falco de Torres. Personalidad del médico. ¿Un factor de riesgo?, VOL. 21 Núm. ed. Montevideo-Uruguay: Revista Conamed; 3, julio - septiembre 2016.
3. Cardenal, M. Pilar Sánchez, Margarita Ortiz-Tallo. Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora, vol. 18 n.º 3 ed. España-Madrid: Clínica y Salud; 2007.
4. Stephani Orihuela Carpio. "Inteligencia Emocional y Rasgos de Personalidad en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa. 2015", Universidad Nacional de San Agustín. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Ed. Arequipa-Perú. 2016.
5. Vélez A, William Rojas M., Jaime Borrero R. Jorge Restrepo M.. Fundamentos de Psiquiatría, octava edición ed. Colombia: ; 2017.
6. American Psychiatric Association. Actualización del DSM-5. https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf (accessed Octubre 2018).
7. Millon, Grossman, Davis, Millon, Meagher. Trastorno de la Personalidad en la Vida Moderna, 2da edición ed. Madrid: Elsevier; 2006.
8. Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock. Kaplan y sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, 5ta ed. Philadelphia: waters Kluwer; 2015.
9. OMS- Depresion-nota descriptiva. Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> (accessed 30 de enero de 2020).
10. Varga et al.. Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. Revista Colombiana de Psiquiatria 17 de enero de 2017; 44(201).

11. Andrea R. Diulio et al.. Associations among Depressive Symptoms, Drinking Motives, and Risk for Alcohol-Related Problems in Veterinary Students. *Journal of Veterinary Medical Education* 2015; 42(11).
12. Sanchez Atahualpa. Nivel de Depresión y Características Demográficas en Internos de Medicina de Hospitales de Arequipa y Lima, 2016. Arequipa: Universidad Católica de Santa Maria-Arequipa; [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2017.
13. Hahn T, Marquand AF, Ehliis AC et al. Integrating Neurobiological Markers of Depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2010; 68 (4): 361–368.
14. Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007.
15. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2017; 13 (1): 89–100.
16. Dávila Hernández, González González, Ma Liangxiao, Niu Xin. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Revista Internacional de Acupuntura* 2016; 10(1).
17. Radu V. Saveanu, Charles B. Nemeroff. Etiology of Depression : Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America* 2012; 35(1): .
18. Subsecretaria de Salud Publica de Chile. Guía Clínica AUGE: Depresión en personas de 15 años a mas. . CHILE: ; 2013. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> (accessed).
19. Reyes Carmona et al.. Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en Educación Médica* 2016; 4(14): 42-46.
20. Jerez Pacheco. Ansiedad, Depresión, Burnout y Trastornos de la Personalidad en Estudiantes del área de la Salud. Pachuca de Soto, Hidalgo - Mexico: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2019.

21. Esther Pisiconte Ato. Depresión y Trastornos de Ansiedad en Internos de Medicina de Dos Hospitales del Norte del Perú. Piura-Perú, 2017: Universidad Nacional de Piura. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2018.
22. Simeon Sánchez Alcedo. Relación de la Musicoterapia y el Grado de Ansiedad en Pacientes Psiquiátricos del Hospital Víctor Larco Herrea. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso De la Vega; 2017.
23. Valderrama Aguilar. Asociación de los Estilos de Personalidad con los Niveles de Ansiedad y Depresión en Ingresantes a Estudios Generales de Medicina. Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2019.
24. Victor Gerónimo, Oviedo Aldave. Estilos de Personalidad de Estudiantes de Medicina Humana de una Universidad Pública. Lima-Perú, 2017: Universidad Cesar Vallejo; [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2018.
25. Yusvisaret Palmer-Morales et al.. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Medica* 2016; 6(22).
26. Guerrero López, Heinze Martin , Silvia Ortiz de León , Jacqueline Cortés Morelos, Virginia Barragán Pérez y Mónica Flores-Ramos. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México* 2013; (149).





Anexo 1

Matriz de sistematización de información

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|------------|------|---------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|------------|
| 5 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Ligera | Ligera | Tx_Alcohol | Sd clínico |
| 44 | M | 22 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | Ligera | Severa | Ligera | Tx_Alcohol | Sd clínico |
| 46 | M | 23 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | Ligera | Ligera | Ligera | Tx_Alcohol | Sd clínico |
| 13 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Moderada | Ligera | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 14 | F | 27 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Moderada | Ligera | Severa | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 15 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | No ansiedad | Ligera | Severa | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 16 | M | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | Severa | Severa | No deprimido | Severa | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 19 | M | 32 | > 30 años | UNSA | Soltero | Ligera | Moderada | Moderada | Severa | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 61 | M | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Ligera | Ligera | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 66 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Ligera | Ligera | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 71 | M | 23 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Ansiedad | Sd clínico |
| 59 | M | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Antisocia | Grupo B |
| 3 | M | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Bipolar | Grupo B |
| 74 | F | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Bipolar | Grupo B |
| 1 | M | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 21 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Severa | Severa | Tx_Compuls | Grupo C |
| 26 | F | 28 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 34 | M | 26 | 25-27 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 35 | F | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Compuls | Grupo C |
| 37 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | Ligera | Severa | Severa | Tx_Compuls | Grupo C |
| 47 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 49 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Casado | Ligera | Ligera | Ligera | Ligera | Tx_Compuls | Grupo C |
| 51 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Compuls | Grupo C |
| 56 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 60 | F | 59 | > 30 años | UNSA | Casado | No deprimido | Ligera | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 62 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Severa | Tx_Compuls | Grupo C |
| 64 | M | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 67 | F | 27 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Muy severa | Ligera | Ligera | Ligera | Tx_Compuls | Grupo C |
| 75 | M | 22 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 76 | F | 24 | 22-24 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Compuls | Grupo C |
| 78 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Compuls | Grupo C |
| 2 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 6 | M | 37 | > 30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 9 | F | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Moderada | Ligera | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 12 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Ligera | Severa | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 20 | M | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | Moderada | Ligera | Ligera | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 32 | M | 27 | 25-27 años | UNSA | Soltero | No deprimido | Ligera | Ligera | No ansiedad | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 41 | M | 31 | > 30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 52 | M | 31 | > 30 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Moderada | Ligera | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 53 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 65 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | Ligera | No deprimido | No ansiedad | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 68 | F | 24 | 22-24 años | UNSA | Soltero | Ligera | Moderada | No deprimido | No ansiedad | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 69 | M | 27 | 25-27 años | UNSA | Soltero | Ligera | No ansiedad | Moderada | Severa | Tx_Delirante | Tr. Grave |
| 39 | F | 23 | 22-24 años | UNSA | Soltero | Muy severa | Moderada | Moderada | Severa | Tx_Depresiv | Tr. Grave |
| 43 | M | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Moderada | Severa | Tx_Depresiv | Tr. Grave |
| 17 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Severa | Muy severa | Severa | Tx_Distimia | Tr. Grave |
| 10 | M | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | Ligera | No deprimido | Severa | Tx_Drogas | Sd clínico |
| 25 | F | 24 | 22-24 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Drogas | Sd clínico |
| 73 | F | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Drogas | Sd clínico |
| 31 | M | 29 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Esquizoic | Grupo A |
| 40 | M | 24 | 22-24 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Esquizoic | Grupo A |
| 48 | F | 25 | 25-27 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Ligera | Severa | Tx_Esquizoic | Grupo A |
| 70 | F | 28 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Ligera | Ligera | Tx_Esquizoic | Grupo A |
| 80 | F | 28 | 28-30 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Ligera | Severa | Tx_Esquizoti | Grupo A |
| 7 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Casado | Moderada | Severa | Muy severa | Severa | Tx_Evitativo | Grupo C |
| 22 | M | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Evitativo | Grupo C |
| 8 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 11 | F | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | Severa | Moderada | Severa | Severa | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 23 | F | 28 | 28-30 años | UNSA | Soltero | Moderada | Severa | Ligera | Severa | Tx_Histriónic | Grupo B |

| | | | | | | | | | | | |
|----|---|----|------------|------|---------|--------------|-------------|--------------|-------------|---------------|---------|
| 24 | F | 26 | 25-27 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 28 | F | 30 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Ligera | No ansiedad | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 33 | F | 29 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 36 | F | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 38 | M | 31 | > 30 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 45 | M | 28 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Severa | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 50 | F | 31 | > 30 años | UCSM | Casado | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 55 | M | 29 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 57 | F | 23 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Ligera | Ligera | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 77 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Casado | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 79 | F | 23 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | No ansiedad | Tx_Histriónic | Grupo B |
| 4 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Moderada | Moderada | Ligera | Ligera | Tx_Masoquic | Grupo A |
| 18 | F | 24 | 22-24 años | UCSM | Soltero | Moderada | Ligera | Ligera | Severa | Tx_Masoquic | Grupo A |
| 29 | F | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | No deprimido | Moderada | Ligera | Severa | Tx_Masoquic | Grupo A |
| 30 | F | 27 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Moderada | Severa | Tx_Masoquic | Grupo A |
| 27 | F | 23 | 22-24 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Muy severa | Severa | Tx_Narcisist | Grupo B |
| 42 | F | 23 | 22-24 años | UCSM | Soltero | No deprimido | No ansiedad | Ligera | Ligera | Tx_Narcisist | Grupo B |
| 58 | M | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Ligera | Moderada | Ligera | Tx_Narcisist | Grupo B |
| 63 | M | 30 | 28-30 años | UNSA | Soltero | No deprimido | No ansiedad | No deprimido | Ligera | Tx_Narcisist | Grupo B |
| 72 | M | 26 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Moderada | Moderada | Severa | Severa | Tx_Negativ | Grupo C |
| 54 | F | 25 | 25-27 años | UCSM | Soltero | Ligera | Moderada | No deprimido | Severa | Tx_Sadista | Grupo A |





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



**“RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ AÑO 2019”**

Proyecto de Tesis presentado por el
Bachiller:

Ramos Allazo, Eduardo Dante

para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesor:

Dr. Zevallos Rodríguez, Juan Manuel

Arequipa - Perú

2020

I. PREÁMBULO.

El internado médico es el último año de formación universitaria antes de ejercer como tal la medicina. Los internos de Medicina se enfrentarán a diferentes escenarios que abarcan situaciones de estrés, generando en algunos casos distintos grados de ansiedad que serán enfrentados de acuerdo al estilo de personalidad que uno desarrolla a lo largo de este tiempo, la cual será útil durante la labor médica en el hospital.

Hablar de personalidad incluye muchos conceptos que engloban diferentes puntos de vista ante la forma de actuar de cada persona, por ende permite observar la diferencia que existe en comparación a otros individuos. Los rasgos de personalidad son una tendencia en el ser humano al momento de actuar o pensar de una forma determinada, tanto como la formación de un estilo de personalidad es inherente al desarrollo evolutivo de todo ser humano e influye en la interacción de la persona con su entorno.

Por otro lado, la depresión es un trastorno emocional que dificulta la interacción de la persona con su entorno, manifestándose sentimientos de tristeza y pérdida de interés en realizar actividades que antes se solía realizar. Este trastorno afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas (8).

Delo mismo modo, la ansiedad es una parte de la vida, sin embargo, las personas que padezcan trastornos de ansiedad con frecuencia tienen preocupaciones y miedos intensos, excesivos sobre situaciones diarias. Estos sentimientos de ansiedad interfieren con el desarrollo de actividades diarias, pueden llegar a ser difíciles de controlar, desproporcionados en comparación con el peligro y pueden durar un largo tiempo (6).

Por lo anteriormente expresado, la presente investigación ayudara a identificar como los rasgos de personalidad del interno de medicina puede ser de gran ayuda o caso contrario un factor de riesgo para sobreponerse o padecer ansiedad o depresión durante el año de internado médico en el Hospital Goyeneche (1).

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿CÚAL ES LA ASOCIACIÓN ENTRE LOS RASGOS DE PERSONALIDAD, DEPRESION Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ AÑO 2019?

1.2. Descripción del problema

a) Área del conocimiento

| | |
|------------------|------------------------|
| Área general: | Ciencias de la salud. |
| Área específica: | Medicina Humana. |
| Especialidad: | Psiquiatría. |
| Línea: | Trastornos Emocionales |

b) Operacionalización de Variable

| Variable | Indicador | Unidad/ Categoría | Escala |
|--|---|--|-------------|
| Rasgos de personalidad en internos de medicina del hospital Goyeneche año 2019 | <p>Clúster A: Grupo extraño y excéntrico</p> <p>Clúster B: Grupo dramático, emocional y errático.</p> <p>Clúster C: Grupo ansioso o temeroso</p> | <p>-Trastorno de la personalidad paranoide.</p> <p>-Trastorno de la personalidad esquizoide.</p> <p>-Trastorno de la personalidad esquizotípico.</p> <p>-Trastorno de la personalidad antisocial.</p> <p>-Trastorno de la personalidad límite.</p> <p>-Trastorno de la personalidad narcisista.</p> <p>-Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo.</p> <p>-Trastorno de la personalidad por evitación</p> | Cualitativo |
| Niveles de ansiedad y/o Estrés en internos de Medicina del Hospital Goyeneche año 2019 | <p>Escala de ansiedad de Hamilton:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Estado de ánimo ansioso. -Tension. -Temores. -Insomnio. -Intelectual (Cognitivo). -Estado de animo Deprimido. -Síntomas Somáticos Generales(Musculares, sensoriales) -Síntomas Cardiovasculares. -Síntomas Respiratorios. -Síntomas gastrointestinales. -Síntomas Genitourinarios. -Síntomas Autonomos. -Comportamiento general y fisiológico) | <p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p> | Cualitativo |
| Niveles de Depresión en internos de Medicina del hospital Goyeneche año 2019 | <p>Escala de depresión de Hamilton:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Humor depresivo. -Sentimientos de culpa. -Suicidio. -Insomnio precoz, intermedio o tardío. -Trabajo y actividades. -Inhibición psicomotora. -Agitación psicomotora. -Ansiedad psíquica. -Ansiedad somática. -Síntomas somáticos gastrointestinales. -síntomas somáticos generales. -síntomas genitales. -hipocondría. -perdía de peso- -introspección. | <p>Leve</p> <p>Moderada</p> <p>Severa</p> | Cualitativo |

Fuente: Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock. Kaplan y sadock, 2015

1.3. Interrogantes básicas

- 1.- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad predominante en los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019?
- 2.- ¿Cuál es el nivel de depresión en los internos de medicina del hospital Goyeneche en el año 2019?
- 3.- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en los internos de medicina del hospital Goyeneche en el año 2019?
4. ¿Existe relación entre los rasgos de personalidad con los niveles de depresión y ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019?

Tipo de Investigación: La presente investigación se trata de un estudio de campo.

Diseños de Investigación: Se trata de un estudio Observacional, prospectivo y transversal.

Nivel de Investigación: Se trata de un estudio Descriptivo.

1.4. Justificación del Problema:

1.4.1. Justificación Científica:

Esta investigación es importante desde el punto de vista científico puesto que la investigación en salud mental está ampliándose a las poblaciones normales, con el fin de prevenir los problemas emocionales y conductuales. Sin embargo, esto no siempre es posible debido a que cada persona posee un patrón único de cualidades, defectos, reacciones, pensamientos, habilidades y características que genera una constitución única en nuestra personalidad. Muchas personas tenemos en común algunos rasgos de personalidad que hace que nos parezcamos en ciertos tipos de comportamiento. Por esta causa, en muchas ocasiones se pueden desarrollar problemas emocionales que limitan el correcto desenvolvimiento de una persona. Uno de los trastornos más comunes es la depresión la cual se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés en el desarrollo de nuestras actividades diarias, sentimientos de culpa o falta de autoestima, alteración en el sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente

y afectar el desarrollo profesional y académico. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Mientras que, la ansiedad es un tipo de respuesta ante situaciones de peligro o amenaza. Esa reacción varía según la intensidad, desde una inquietud ligera hasta el terror. El tiempo en el que dure esta sensación puede variar, y oscilar entre un nerviosismo de corta duración hasta la angustia permanente. La ansiedad tiene como objetivo principal proteger al organismo, mantener el cuerpo alerta y preparar para la acción.

1.4.2. Justificación Humana:

El mundo de la medicina no está excluido a sufrir estos problemas emocionales. La labor médica que se desarrolla en el ámbito hospitalario es una de las que más carga emocional demanda y puede llegar a despertar distintos tipos de reacciones emocionales. Los internos de medicina al momento de ingresar a esta última etapa de formación académica, que es el internado médico, adquieren un nuevo estilo de vida, aprenden a sobre llevar distintas emociones frente a situaciones que demandan estrés y/o ansiedad. Muchas veces se puede observar que el hecho de tomar decisiones frente a un determinado caso o paciente conlleva elevar el nivel de ansiedad y a veces los errores que se pueda cometer ocasionaría enfrentar sentimientos de tristeza, frustración que al no sentirnos preparados afectaría el desenvolvimiento laboral en el hospital.

1.4.3. Factibilidad:

La presente investigación tiene como muestra un grupo de internos de medicina que están cursando el último año de preparación para poder ejercer la carrera médica. Las distintas situaciones que se puedan presentar durante el día a día dentro del ámbito de trabajo hospitalario más la personalidad distinta que posee cada interno de medicina podrían desencadenar muchos episodios de depresión y ansiedad que en conllevaría hasta cierto grado el abandono de responsabilidades incluso el desinterés y hasta el rechazo a la profesión médica.

1.4.4. Interés Personal:

Con la presente investigación se espera aplicar los conocimientos adquiridos a lo largo de la carrera, especialmente en el área de psiquiatría y de investigación aplicando herramientas que permitan mejorar la calidad de vida de los internos de medicina, con el fin de obtener el título profesional de médico cirujano general.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. PERSONALIDAD

2.1.1. CONCEPTO

El concepto de personalidad puede ser definido como un grupo de respuestas a conductas típicas de un ser humano de carácter predecible y estable que basa sus experiencias internas y externas. La personalidad en un marco teórico psicológico se refiere a características dinámicas de la persona las cuales son un conjunto de sentimientos, emociones, pensamientos y acciones ligados a su comportamiento frente a situaciones diversas a lo largo del tiempo. Dando independencia y diferencia a la persona, lo cual lo diferenciará de los demás individuos (1). Tomando el punto de vista psicológico se define a la personalidad como el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona y que tiene una cierta estabilidad a lo largo de su vida de tal modo que las manifestaciones de ese patrón enfrentando a las diversas circunstancias resultara en algún grado de predictibilidad (2). Para Millon la personalidad es definida como normal y patológica, un concepto muy relativo, donde no existe una línea divisoria entre las dos categorías. La diferencia que Millon describe es que una personalidad normal es más flexible cuando se adapta a su entorno, mientras que una personalidad con trastornos muestra conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas (3).

Podemos observar distintos conceptos de personalidad postulados por diferentes corrientes. Una definición que englobaría estos conceptos sería: Los diferentes rasgos que un individuo desarrolle desde el nacimiento y conforme va conociendo el entorno que lo rodea va sumándose las experiencias vividas que permitiría lograr desarrollar un patrón original que lo diferencia de los demás seres. Esto nos lleva a complementar que la personalidad es dada por tres elementos principales: *Singularidad*: no todos somos iguales, esto explicaría el por qué cada persona tiene diferente forma de actuar frente a un evento parecido. *Estabilidad*: vendría a ser el estilo o forma de comportarnos frente a determinada situación que hacen resaltar el cambio de

personalidad. *Consistencia*: Elemento que analiza las tendencias del comportamiento frente a una situación dada (4). Es obvio que estos pilares nunca coinciden ni son estables toda la vida, pero se debe tratar de coincidir día a día, esto facilitaría conocer a futuro la forma de reacción, emoción y actitud que va adquiriendo la personalidad de un individuo. En conclusión, será más fácil pronosticar el comportamiento de una persona, pero si no es el aceptado de acuerdo a los parámetros de la sociedad en la que interactúa con los demás seres, podría ser catalogado como trastorno lo cual concuerda con la teoría de Millon. Resaltemos que para considerar una personalidad patológica, debe estar cursando el individuo con una conducta que no sea estable ni mucho menos estar consciente de sus actos, catalogándolo como trastorno.

2.1.2. RASGOS DE PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad es una tendencia en el ser humano al momento de actuar o pensar de una forma determinada, ya que como la formación de un estilo de personalidad es inherente el desarrollo evolutivo de todo ser humano e influye en la interacción de la persona con su entorno. En este sentido, los rasgos de la personalidad serían consistencias simples de comportamiento en diferentes áreas o perspectivas de la personalidad, que identificaría un modelo general del individuo y que no son de carácter transitorio. Millon y Davis (2014), dicen que: “un rasgo de personalidad es un patrón duradero de comportamiento que se expresa a lo largo del tiempo y en distintas situaciones. Cuando varios de estos rasgos de personalidad aparecen en forma conjunta podemos decir que constituye un trastorno de la personalidad” (3). Wolf expresa en el año 1734 que el concepto de personalidad es: “Lo que mantiene la memoria de sí mismo y lo que recuerda haber sido ayer y ser hoy uno y lo mismo.”(4). Estas características no son consideradas como patológicas, ya que no son lo suficientemente flexibles como para que la persona transforme y adapte sus respuestas a las situaciones específicas frente a determina situación y contexto. Es decir, son funcionales y no ocasionan ningún daño vital. (5).

Estos rasgos de personalidad están presentes desde la infancia, la cual es una forma persistente de percibir, relacionar y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo en un ambiente extenso en lo social y personal (5). Estos rasgos pueden convertirse en trastornos de la personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, produciendo deterioro funcional significativo que ocasiona malestar subjetivo (5). Para poder valorar la personalidad se debe considerar antecedentes étnicos, culturales y sociales de un individuo.

No debemos confundir trastornos de la personalidad con problemas asociados a la adaptación de una sociedad con una cultura diferente que se ve alterada por la inmigración, religión, costumbres, o estilos de vida de una sociedad. Evaluar la personalidad implica examinar comportamientos que tienen cierta relación con la identidad de uno mismo, la capacidad de adaptación, flexibilidad cognoscitiva, el nivel de afrontamiento del día a día, relaciones interpersonales, en general se evalúa el vivir diario del individuo.

Teoría de Millon

La propuesta de Millon demanda uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir la brecha que existe entre personalidad normal y personalidad patológica (5). Los aspectos más fundamentales propuestos por Millon serían los siguientes.

La utilización de una perspectiva teórica integradora: La integración es una característica básica del modelo de Millon. En este postulado interesa mucho conocer la estructura básica de la persona, así como la dinámica y el cambio, ambas cosas son imprescindibles para entender su funcionamiento (3). El enfoque integrador de Millon se caracteriza por la constante búsqueda de coherencia teórica a partir de principios universales, comunes a todas las ciencias, lo que le permite no renunciar a lo que de valioso tengan las tradiciones teóricas anteriores (3).

Personalidad Normal versus Personalidad Patología

En el modelo de Millon, se entiende: “la personalidad normal y la personalidad patología como conceptos relativos, como puntos

representativos dentro de un continuo, no como categorías nominales discretas (3). Por ende, enfocarnos en Trastornos de Personalidad sería describir estilos de funcionamiento inadaptados, que pueden atribuirse a deficiencias, desequilibrios o conflictos en la capacidad para relacionarse con el medio habitual (5).

2.1.3 CONCEPTO DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Según el DSM-5 los trastornos de la personalidad representan una falla en el desarrollo de un sentido de identidad del sí mismo y del funcionamiento interpersonal que son adaptativos en el contexto de las normas y expectativas culturales en las que el individuo se desenvuelve (6). Presentar trastornos de la personalidad indicaría que el individuo ha adquirido ciertas tendencias o patrones extremos de personalidad que abarcaría una desviación con respecto a su grupo sociocultural en cuanto a formas de pensar, sentir y actuar, que son estables en el tiempo y, por tanto, impiden responder en forma adaptada ante una diversidad de situaciones, provocando niveles de malestar emocional clínicamente significativos para el sujeto y/o para su entorno, así como graves obstáculos en el funcionamiento diario y en situaciones importantes de su vida cotidiana.

Millon y Davis postulan que la distinción entre rasgos y trastornos de la personalidad radica en su nivel patológico. Los estilos y los trastornos de la personalidad harían parte de un conjunto, de manera que los primeros se mantendrían en el intervalo de la normalidad y los trastornos en el intervalo de la patología (7). Las manifestaciones de estos trastornos de personalidad generalmente aparecen en la adolescencia o edades más tempranas que pueden persistir la mayor parte de la vida adulta cediendo en la vejez en algunos casos.

2.1.3. ETIOLOGÍA

Existen diferentes factores que pueden generar alteración de la personalidad en los que se tomaría en cuenta la parte genética, ambiental y biológica.

Factores Biológicos: Se relaciona con el temperamento y carácter de un individuo. El temperamento vendría a ser la predisposición emocional inicial, en otras palabras, como el individuo reaccionara ante una situación determinada (5,7). El carácter vendría a ser el resultado final de la experiencia vivida, básicamente como el individuo reconoce y logra interpretar distintas respuestas a estímulos del ambiente. El temperamento tiene como substrato biológico al sistema límbico y al cuerpo estriado, se basa en las emociones, adquiere una etapa de desarrollo que se conserva durante toda la experiencia del individuo y no se encuentra modificada ni influenciada por el conocimiento sociocultural (5,7). El carácter por el contrario se encuentra influenciado por el aprendizaje socio cultural, biológicamente comprende el neocórtex y el hipocampo y está orientado a alcanzar metas, conservar valores y obtener capacidad de introspección (5).

Factores Ambientales: El ambiente influye bastante en el desarrollo de los rasgos de la personalidad, contribuyendo a la formación de los rasgos patológicos de la personalidad (5,7). La violencia familiar, separación de los padres o la ausencia parenteral son situaciones que pueden generar una alteración en la personalidad.

A sí mismo el DSM-5 en su apartado sobre trastornos de la personalidad indica que estos representan una falla en el desarrollo de identidad de sí mismo y de funcionamiento interpersonal que son adaptativos en el contexto de las normas y expectativas culturales en las que el individuo se desenvuelve (6). A continuación, detallaremos la clasificación por grupos de cada uno de los trastornos de la personalidad.

2.1.4. CLASIFICACIÓN:

2.1.4.1. GRUPO A: Extraño y Excéntrico:

En este grupo de personalidad implica el uso de la fantasía y se asocia a un pensamiento psicótico, se divide en:

PERSONALIDAD PARANOIDE: En este tipo de personalidad existe una intensa desconfianza hacia los demás. Los pacientes llegan a ser

hostiles, irritables y con tendencia a la ira, no logran asumir responsabilidad de sus actos, tienden a culpar a otras personas (5,8).

La incidencia de adquirir esta personalidad aumenta en los familiares con esquizofrenia y trastornos delirantes, siendo afectado con mayor predisposición el sexo masculino. El paciente con este tipo de trastorno clásicamente presentara defensas cómo la proyección, negación, y racionalización, la vergüenza es un rasgo prominente (5).

El rasgo esencial en la mayoría de pacientes es percibir acciones deliberadas, despectivas y amenazadoras. Generalmente inicia en la primera parte de la vida adulta. Estos pacientes esperan ser explotados o perjudicados por otros llegando a cuestionar la fidelidad y honradez de los miembros más cercanos a su entorno (8). Pueden ser personas desconfiadas, no agresivos, su expresión facial es muy seria, carece de humor. Según el DSM-V se utiliza los siguientes criterios para el diagnóstico de este trastorno:

Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretados como maliciosas:

- Sospecha, sin base suficiente que los demás se van aprovechar de ellos, les van hacer daño o engañar.
- Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o fidelidad de amigos o socios.
- Resistencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser usada en su contra.
- Alberga rencores por mucho tiempo.
- Percibe ataques a su persona o reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira.
- Sospecha de infidelidad injustificada por parte de su pareja (6).

PERSONALIDAD ESQUIZOIDE: Según el DSM-5 este tipo de personalidad se caracteriza por:

- Incapacidad de sentir placer.
- Friedad emocional, desapego o embotamiento.
- Capacidad limitada para expresar sentimientos de simpatía, ternura o ira hacia los demás.
- Indiferencia a los elogios y a las críticas.
- Poco interés por mantener relaciones sexuales con otras personas.
- Marcada preferencia por las actividades solitarias.
- Excesiva preocupación por la fantasía y la introspección.
- Ausencia de relaciones interpersonales íntimas y de mutua confianza.
- Comportamiento excéntrico, no deliberado (6).

Las personas que sufren de este trastorno de personalidad tienden a evitar relaciones interpersonales íntimas o duraderas. No disponen mecanismos de adaptación el que usan es el retraimiento (8). Este tipo de personalidad es típico apreciar tempranamente la sintomatología en la infancia, se evidencia con niños tímidos y retraídos con tendencia a huir a dificultades. Los esquizoides no se involucran socialmente, ellos tienden a realizar actividades solitarias, a desempeñar trabajos que no exijan contacto interpersonal, viven usualmente en lugares poco poblados. El rendimiento laboral es inversamente proporcional al grado de relación social que se necesite en determinada labor. Este tipo de personalidad tiene fuerte asociación con la esquizofrenia, dado que existe cierto grado de desapego social en ambas, expresión afectiva disminuida y distorsiones perceptivas (6).

PERSONALIDAD ESQUIZOTÍPICO: Las personas con este tipo de trastorno se caracterizan por poseer un pensamiento mágico, ideas peculiares, ideas de referencia, ilusiones y momentos de desrealización (6,8). La incidencia de adquirir este tipo de personalidad es más frecuente en familias con antecedentes de esquizofrenia, con mayor preferencia por el sexo femenino (8).

El diagnóstico de la personalidad esquizotípico es sobre la base del pensamiento, conducta y algunos aspectos extraños del paciente (8). Mantener una adecuada entrevista clínica en estos casos es difícil debido al lenguaje grotesco que presentan los pacientes (5). En algunos pacientes podemos apreciar claramente como es evidente pensamientos de superstición, otros individuos que poseen este rasgo de personalidad buscan aislarse debido a la dificultad de mantener relaciones personales, se puede apreciar que en situaciones de estrés reflejan síntomas psicóticos. Según el DSM V los criterios de diagnóstico en este tipo de personalidad son:

- Ideas de referencia.
- Creencias raras o pensamiento mágico que influye en la conducta y no es consistente con las normas subculturales.
- Experiencias perceptivas inhabitables, incluidas las ilusiones corporales.
- Pensamiento y lenguaje raros.
- Suspición o ideas paranoides.
- Afectividad inapropiada.
- Conducta o apariencia rara, excéntrica o peculiar.
- Falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado.
- Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo (6).

2.1.4.2. **GRUPO B: Dramático, Emocional y Errático.**

En este grupo predomina el uso de la disociación, negación, escisión, y el paso al acto, los trastornos del estado de ánimo son frecuentes. Se clasifica en:

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD: Los pacientes que presentan este trastorno son identificados por la incapacidad de

adaptarse a las normas sociales que regulan la conducta. Estos pacientes son impulsivos, egocéntricos, irresponsables, no toleran la frustración. Rechazan la disciplina y la autoridad (8).

Dentro del patrón de la personalidad antisocial, los pacientes portan una conciencia moral poco desarrollada. Este tipo de trastorno es más frecuente en el sexo masculino y lo predispone el trastorno de déficit de atención asociado a hiperactividad y el trastorno disocial (8). Los pacientes manifiestan este trastorno mediante la presencia de lesiones o disfunción cerebral que se deba a daños como traumatismo craneal, encefalitis (8). Estos pacientes caen a impulsos, los cuales reflejan defectos asociados del yo para la planificación y el juicio es por eso que los rasgos agresivos son más evidentes y suelen acompañarse con el sadomasoquismo, narcisismo y depresión.

Diagnosticar este tipo de personalidad puede ser confuso. Los pacientes pueden aparentar serenidad y credibilidad ocultando la hostilidad, irritabilidad y rabia. Las mentiras, el absentismo laboral, fuga de domicilio, hurtos, abuso de algunas sustancias son manifestaciones tempranas de este trastorno que puede ser evidente desde la infancia. Los criterios diagnósticos de este tipo de personalidad según el DSM V son:

- Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta a la conducta legal.
- Deshonestidad, mentiras a repetición, estafas para obtener un beneficio personal o de placer.
- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.
- Despreocupación por su seguridad o de la de los demás.
- Irresponsabilidad y agresividad.
- Falta de remordimiento de sus actos cometidos (6).

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: En este trastorno los pacientes se ubican entre neurosis y psicosis. El estado de ánimo es muy inestable, por ende también genera una alteración en los afectos, la conducta y las relaciones de objeto y la imagen de sí mismo. Son pacientes muy impulsivos que sufren padecen problemas de identidad.

Para que este tipo de personalidad pueda manifestarse en un individuo, debería existir daño cerebral como, por ejemplo: lesión perinatal del cerebro, encefalitis, traumatismo craneal, etc. La escisión es la forma en el que el paciente divide a las personas de acuerdo a su agrado o en el calificativo de buenas o malas personas (5). Esto puede ser cambiante y se le conoce como idealización primitiva. La identificación proyectiva que presenta el paciente atribuye los rasgos positivos y negativos de otras personas que luego se verán implicadas y confirmadas en la creencia del paciente (8).

En estos pacientes la existencia de necesidades intensas de agresión, miedo al abandono y una disfunción generalizada del YO, originara un trastorno de identidad. El diagnóstico de este trastorno se caracteriza por inestabilidad inveterada y exagerada de sus afectos, imagen personal y relaciones personales por impulsividad (8). Se puede apreciar gestos, amenazas, actos suicidas, mutilaciones o ideas autodestructivas. Según el DSM V se aplican criterios de diagnóstico los cuales son:

- Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizados por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad.
- Conductas, intentos o amenazas suicidas.
- Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.

-ideas paranoides transitorias relacionadas al estrés (6).

TRASTORNO NARCISISTA: En este tipo de personalidad se observa una sensación exagerada de importancia de uno mismo, preocupaciones por lograr el éxito, respuestas aceleradas frente a la crítica, autoestima muy excesiva además de preocupación intensa sobre la imagen propia y alteración de las relaciones personales (8).

Este trastorno es más frecuente en sexo masculino. Un factor común que podemos encontrar es la falta de empatía materna con un rechazo temprano o pérdida temprana (8). Los pacientes que adquieren este tipo de personalidad generan un aura de grandiosidad de su propia importancia, ya sea a través de fantasías o de la conducta. Estos pacientes están muy interesados en la admiración, carecen empatía. No aceptan la crítica ni la derrota, son iracundos. Según el DSM V se aprecia los siguientes criterios:

- Grandioso sentido de auto importancia.
- Preocupación por fantasía de éxito ilimitado, poder, brillantes, belleza o amor imaginario.
- cree que es especial y único y que solo puede ser comprendido o relacionarse con personas que son especiales o de status alto.
- Muy pretensioso.
- Carece de empatía, actitudes de arrogancia o soberbia (8).

2.1.4.3. **GRUPO C: Ansioso o Temeroso**

En este tipo de trastornos implica el uso de aislamiento, agresión pasiva e hipocondría, dentro de los cuales tenemos a los siguientes:

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: Se caracteriza por la búsqueda del perfeccionismo, orden, inflexibilidad, tenacidad, constricción emocional e indecisión. Usualmente estos pacientes pueden tener antecedentes de haber cursado por disciplina rígida como sucede en colegios militares, cuarteles, etc.

Las defensas clásicas en este tipo de pacientes básicamente son el aislamiento, la formación reactiva, la inacción, intelectualización y racionalización., poseen un recelo de emociones.

El diagnóstico de esta personalidad se realiza mediante la observación de una conducta estricta, rígida, formal. La espontaneidad es escasa y el estado de ánimo es serio. Pueden estar angustiados al momento del examen físico, suelen dar respuestas detalladas. Generalmente están preocupados por las normas, reglas, limpieza las cuales son cumplidas con exceso. Estos pacientes carecen de relaciones personales, son fáciles de ganar la antipatía de los demás, pero les gusta complacer y ejecutar órdenes de personas autoritarias. El DSM V incluye los siguientes criterios diagnósticos para este tipo de personalidad:

- Preocupación por los detalles, normas, orden, limpieza, hasta llegar a perder el objetivo principal de la actividad.
- El perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas.
- Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad excluyendo tiempo de ocio y amistades.
- Es reacio a delegar tareas o trabajos en otros, a no ser que se ejecuten exactamente a su manera de hacer las cosas.
- Posee un estilo avaro en gastos para él y para los demás (6).

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD POR EVITACIÓN: En este trastorno los pacientes presentan una personalidad retraída o tímida y despliegan una hipersensibilidad frente al rechazo. Estos pacientes no son antisociales al contrario prefieren la compañía, pero muestran una necesidad de ser tranquilizados y aceptación sin críticas. El desprecio o la sobreprotección paternal son factores etiológicos posibles.

Para el diagnóstico de este tipo de trastorno se aprecia que la mayoría de pacientes pueden generar ansiedad al momento de ser examinado, llegando a ser vulnerables en ciertos grados debido a su

percepción sobre si existirá complacencia por parte del examinador. Según el DSM V esta personalidad presenta los siguientes criterios.

-Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal debido al miedo que generen las críticas, desaprobación o rechazo.

-Es reacio a implicarse con la gente si no es esta seguro de que les agradara.

-Represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado.

-Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás (6).

2.1.5. TRATAMIENTO

Existen opciones de tratamiento para pacientes que puedan presentar algún tipo de trastorno de la personalidad que fueron descritos en párrafos anteriores, una de ellas es la psicoterapia que vendría a ser el tratamiento de elección frente a trastornos de personalidad descritos en el grupo A. En estos pacientes se debe enfocar en generar un lazo de confianza y tolerancia de la intimidad ya que son tópicos difíciles para ellos, la terapia de grupo no es la recomendada, pero puede apoyar a mejorar las relaciones sociales en este grupo. Un caso especial la personalidad esquizoide, es típico que los esquizoides no busquen ayuda terapéutica, pero sí lo hacen es por que presentan otro tipo de trastorno como depresión o ansiedad (5,8).

Asimismo, los trastornos de personalidad que se describen en el grupo B usar como tratamiento la psicoterapia es bastante difícil, se recomienda trasladar al paciente a instituciones donde se restringe algunas actividades que el paciente solía realizar. Antes de comenzar el tratamiento es necesario fijar límites rígidos cómo evitar el deseo de huida frente a personas honestas, el paciente debe superar el miedo a la intimidad. En el caso de los pacientes con trastorno límite pueden resultar problemáticos a veces, pero la psicoterapia favorecerá a experimentar regresiones con facilidad.

Continuando con los pacientes que adquieran algún trastorno de personalidad incluido en el grupo C y se decida usar la psicoterapia como tratamiento será un poco complicada debido al tiempo prolongado y la complejidad de la misma. La psicoterapia dependerá de que se pueda establecer una relación de confianza con el paciente, es fundamental transmitir una sensación de aceptación de los miedos del paciente, en especial el miedo al rechazo.

Otra opción de tratamiento es la terapia farmacológica. El uso de este tipo de drogas tiene el objetivo de reducir la ansiedad y agitación en los distintos grupos de personalidad que están descritos en párrafos anteriores. La mayoría de casos se prefiere usar ansiolíticos como diazepam o clonazepam. El uso de antipsicóticos como olanzapina o haloperidol en dosis bajas mejorará la agitación y el pensamiento delirante (8).

Los antidepresivos mejoraran el estado de ánimo deprimido. Los usos de inhibidores de la monoaminooxidasa pueden dar éxito en el control de la conducta e impulsos (8). El uso de benzodiazepinas para controlar la ansiedad, puede ser utilizado en pacientes que adopten el trastorno de personalidad límite (6).

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1. CONCEPTO

La depresión es una alteración emocional más frecuente en nuestra sociedad. La OMS define a la depresión como: “paciente que manifiesta tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración” (9). Diulio AR define a la depresión como un trastorno mental caracterizado por un estado de abatimiento, al cual se agrega sentimiento de tristeza, el cual podría ser causante de alteraciones en el comportamiento, el grado de actividad y el pensamiento suicida (10,11). En la actualidad existe una íntima dependencia entre depresión y ansiedad. La triada ansiedad, depresión y estrés provoca muchas desgracias como el suicidio que según algunas

investigaciones podría estar encabezando la lista de decesos más frecuentes en relación a otras patologías mortales. La depresión está dentro de los trastornos afectivos, debido a que es típico la alteración de la capacidad afectiva.

El abuso infantil, abarcando en todas las esferas como físico, sexual o psicológico son factores de riesgo para condicionar depresión, y a la vez abarcar otros problemas psiquiátricos como ansiedad, tendencia a drogas, etc. (12). El trauma de la infancia también se correlaciona con la gravedad de la depresión, la falta de respuesta al tratamiento y la duración de la enfermedad. Sin embargo, algunos son más susceptibles al desarrollo de enfermedades mentales como la depresión después del trauma, y se han sugerido que varios genes controlan la susceptibilidad (13).

En el año 2013 este trastorno afecto aproximadamente 253 millones de personas. En ese año se encontró que países orientales y europeos como Japón y Francia tenían tasas altas de este trastorno en sus habitantes. Actualmente datos reportados por la OMS en el año 2019 afirman que afecta a más de 300 millones de personas (9). La depresión es distinta de los cambios habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales que surgen a través de los problemas de la vida diaria. Este trastorno puede llegar a convertirse en un problema de salud muy grave, más aún cuando el cuadro es de larga duración. La OMS afirma que cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (9).

2.2.2. ETIOLOGÍA:

Bioquímica Cerebral: Existen cambios a nivel de las monoaminas cerebrales como noradrenalina, dopamina, serotonina. Podemos encontrar que en la depresión hay un déficit de la concentración de norepinefrina en las sinopsis cerebrales a diferencia de la manía donde el grado de producción y almacenamiento se encuentra aumentado. El déficit de Serotonina es clave para hablar de depresión, esta deficiencia se debe a una disminución congénita de células que usan la serotonina como neurotransmisor y que de manera secundaria produce una

disminución de la monoaminoxidasa (5). Los receptores adrenérgicos alfa y beta en la depresión se encuentran en aumento. Esta hiperproducción de los receptores alfa dos presinápticos, al inhibir la producción de noradrenalina, es el gran causante de depresión (8). Pero cerrar la idea que la depresión se produce por deficiencia de un neurotransmisor no es del todo completa ya que además del déficit de noradrenalina y serotonina podría verse afectado el ácido gamma aminobutírico, glutamato, dopamina y acetilcolina.

Neuroendocrino: La depresión cursa con alteración del eje hipotálamo pituitario adrenal. Esto conlleva a que exista un aumento del factor liberador de corticotropina en plasma y líquido cefalorraquídeo (8). El aumento de glucocorticoides disminuye la actividad del factor de crecimiento neuronal con una considerable disminución en el tamaño neuronal y del tejido glial, especialmente en las áreas prefrontales (5). En el eje hipotálamo pituitaria tiroides podemos apreciar un aumento de la hormona liberadora de tirotrófina en el líquido cefalorraquídeo, una respuesta aplanada de la liberación de Hormona Estimulante de Tiroides en pacientes que cursan con depresión mayor (5,8).

Factores Psicológicos: La depresión en este apartado podría suceder por participación de eventos psicógenos de forma dinámica o conductual (5). Freud estudio las diferencias que existe entre el duelo normal y anormal. En el duelo normal una persona lamenta la pérdida de un ser amando, propiedad o situación de tristeza que lleva a la perdida e interés en actividades que solía disfrutar, sentimiento de culpa. Pero a través del duelo el paciente suele remediar esa sensación e integrarse nuevamente a la sociedad volviendo a asumir sus labores diarias lentamente. En el duelo anormal el paciente afronta una situación en la que se comporta como si la pérdida fuera mucho más severa y los factores agregados esta situación se tornan más agresivos aumentado más el periodo de soledad y desgano frente a situaciones que despertaban el interés del sujeto, sumergiendolo en un estado de depresión que se verá obligado a interceder externamente evitando trágicas consecuencias.

Como causa de otros problemas de salud: La depresión puede deberse a una causa médica crónica o terminal, un ejemplo típico vendría a ser el VIH/Sida, Cáncer, amputación de miembros, etc. Las cuales pueden catalogarse como depresión secundaria (12,13). Es desconocido aun si estas enfermedades provocan depresión mediante el estilo de vida provocado por el padecimiento de estas. Esta depresión puede ser causada por fármacos a lo que vendría a llamarse iatrogenia. El abuso de drogas ilícitas desde edades tempranas se asocia a presentar cuadros depresivos a futuro (14). También en el embarazo la mujer, que de por si es más propensa a desarrollar depresión, es afectada en esta etapa. La depresión en el embarazo y en el post parto es el resultado de cambios hormonales asociados con el embarazo (15). La depresión puede ocurrir a cualquier edad, pero generalmente a comienza en la adolescencia o a principios de la adultez. En general, se reconoce que los sujetos deprimidos se caracterizan por poseer una serie de cogniciones de contenido negativo, que pueden estar actuando en el inicio y mantenimiento de este trastorno, y sobre las cuales es posible actuar en el tratamiento (8). Se ha mostrado de forma bastante consistente que en la actuación terapéutica es necesario tener en cuenta estos elementos para alcanzar una más rápida recuperación así como para conseguir que el riesgo de recaída disminuya (8).

2.2.3. FISIOPATOLOGIA DE LA DEPRESION:

Revisando bibliografía acerca de la fisiopatología de la depresión, observamos que no es del todo claro. Las teorías actuales centran su atención en los sistemas monoaminoérgicos, el ritmo circadiano, disfunción inmunológica, disfunción del eje HPA y anomalías estructurales o funcionales de los circuitos emocionales (12).

Considerando la teoría de la neurobiología de la depresión, la cual indica que la depresión se debe a la sumatoria de distintos factores, una vez que estos llegan a interaccionar con distintas situaciones vividas, ocasionaría la aparición de esta patología. Aproximadamente un tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y dos tercios ambiental (16). El mecanismo por el cual las experiencias vividas originan la

depresión, no solo incluiría a los procesos psiquiátricos sino también a factores psicosociales que favorecen el cambio de la vivencia traumática a la evolución de este trastorno. Un ejemplo citado por Dávila Hernández vendría a ser el siguiente: La pérdida de un progenitor o la baja calidad de los cuidados parentales provocan baja autoestima e inestabilidad emocional y puede disminuir la capacidad para conseguir relaciones cercanas y así diluir la calidad del apoyo social y su disponibilidad en etapas posteriores de la vida (16).

La teoría de la neurobiología propone que al interaccionar estos factores altera el funcionamiento de las redes neuronales y sistemas de neurotransmisores como serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico (11). Está demostrado que las personas que padecen depresión presentan concentraciones disminuidas de estos neurotransmisores. Así como de sus metabolitos, además de los transportadores y precursores en el caso de la serotonina (17). Todo este evento está gobernado por un exceso de actividad en el eje hipofisario adrenal. Este eje es el encargado de liberar la hormona corticotropina del núcleo paraventricular del hipotálamo, generando una mayor respuesta fisiológica al estrés para así poder estimular la liberación de la hormona adrenocorticotropina de la hipófisis, adquiriendo un estímulo para la liberación de glucocorticoide proveniente de la corteza adrenal al torrente sanguíneo (16). En la mayoría de deprimidos no se suprime la secreción de cortisol después de añadir dexametasona, dando como resultado una alteración en la retroalimentación y aumento de la actividad del eje hipotálamo hipofisario adrenal (16). Luego de administrar hormona liberadora de corticotropina en los pacientes deprimidos dará como resultado la disminución de la concentración de hormona liberadora de adrenocorticotropina sin modificar la concentración de cortisol (17).

2.2.4. PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo a la sintomatología que presenten.

El primer grupo está compuesto por pacientes que manifiestan los síntomas depresivos principales como tristeza, sentimientos de culpa, ideas suicidas, etc. Llegar al diagnóstico en ellos es más sencillo.

El segundo grupo lo conforman pacientes que expresan síntomas generales como insomnio, anorexia, cansancio, vértigo y cefalea. Es muy frecuente ver que estos pacientes son sometidos a distintos exámenes físicos y tratamientos que no son efectivos.

El tercer grupo pertenece a pacientes que manifiestan otros síntomas psiquiátricos, el más frecuente es la ansiedad, usualmente llegar al diagnóstico es complicado y por ende según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Según el sistema de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, así como en el deterioro funcional.

Siguiendo lo planteado por la guía clínica AUGGE del ministerio de salud de Chile nos refiere que: La depresión leve puede ser caracterizada respecto de que el paciente obtenga puntuaciones más bajas en las escalas estandarizadas de depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios mínimos para la depresión (18). El DSM- IV (6) señala que la depresión leve puede definirse como la presencia de entre 5 a 6 síntomas leves, además de experimentar sólo un leve deterioro en su funcionamiento

Los criterios de clasificación diagnóstica para la depresión contenidos en la Décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (8), son leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, otros episodios depresivos, episodio depresivo sin especificación.

Algunas investigaciones dan aportes en los cuales justificaría agregar a este trastorno algunas comorbilidades como estrés post traumático, Trastorno por consumo de sustancias, psicosis, riesgo suicida o situaciones relacionadas con conflictos bélicos, así como la cronicidad del cuadro, entendida como más de dos años de mantenimiento de síntomas a pesar del tratamiento (12).

2.2.5. CLASIFICACIÓN

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR: La característica fundamental en este episodio es que se encuentra ubicado en un periodo de tiempo de por lo menos dos semanas en las que cursa con ánimo deprimido, sensación de tristeza, pérdida de interés en actividades antes realizadas (8).

Si hablamos de tristeza, es una expresión facial que se manifiesta ante una situación psicológica normal limitada y no interfiere con la vida diaria. En la depresión la sensación de tristeza es muy global y sofoca al individuo tornándose haciendo muy difícil el escape de ese mal momento en el que se encuentra enfrentado.

Usualmente en este trastorno se agregan síntomas adicionales tales como pérdida de peso, sueño, actividad psicomotora, disminución de energía, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, ideas suicidas. La presencia de cuatro de estos síntomas nos confirmaría el diagnóstico de esta patología.

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: Se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. No existe la presencia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Podemos dividir esta patología en:

Episodio Único: Solo se presenta un episodio depresivo mayor. Es menos frecuente la forma de presentación.

Recurrente: Es el más común a su vez puede abarcar distintos grados de acuerdo a la severidad tales como leve, moderado, severo sin características psicóticas, severo con características psicóticas.

TRASTORNO DEPRESIVO MENOR: los pacientes presentan el episodio por lo menos dos semanas de duración (8).

2.2.6. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Para poder diagnosticar correctamente a estos pacientes, el DSM V sugiere aplicar los criterios mostrados en la tabla (8).

Tabla 2. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

| |
|---|
| <p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. |
| <p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. - Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad. |
| <p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. - Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. - Alteraciones del sueño de cualquier tipo. - Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso. |

Fuente: Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock, 2015

2.2.7. TRATAMIENTO

La mayoría de episodios depresivos se pueden tratar mediante psicofármacos con psicoterapia. Esta terapia en el pasado era muy recomendada siendo la más estudiada la cognoscitiva y la interpersonal. El médico tratante debe ofrecer apoyo al paciente permitir que relate los problemas por los que está pasando, explicar la sintomatología mediante un dialogo calmado. El apoyo familiar es fundamental en este trastorno ya que adhieren más al éxito del tratamiento disminuyendo las tasas de abandono.

La mayoría de pacientes suelen empezar esta terapia con inhibidores de la captación de serotonina, quizá la parte negativa de esta terapia son los efectos adversos como ansiedad, molestias gastrointestinales, cefaleas, disfunción sexual. El Bupropión es un fármaco de tipo noradrenergico y dopaminergico el cual es muy tolerado por los pacientes, carece de efectos adversos, pero al ser dopaminergico puede exacerbar la ansiedad llevando un grado de psicosis. En caso existiera un cierto rechazo al tratamiento por parte de algunos pacientes se podría

asociar litio, buspirona o combinaciones de bupropión mas un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. El tratamiento de mantenimiento con antidepresivos durante al menos 5 meses ayuda a prevenir recaídas. El tratamiento prolongado está indicado ante los pacientes con un trastorno depresivo mayor recurrente (5,8).

2.3. ANSIEDAD.

2.3.1. CONCEPTO.

La ansiedad es un sistema de alerta propio del organismo frente a situaciones que pretendan ser de amenaza, en otras palabras, escenarios donde el individuo sienta que se encuentra en desventaja e incertidumbre de lo que sucederá. También se puede definir a la ansiedad como un sistema de alerta innato del organismo frente a una amenaza (6-20). Desde el punto de vista biológico, se define ansiedad como un estado de activación del sistema nervioso, consecuentemente a estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras de la función cerebral (20).

La ansiedad puede ser desencadenada por situaciones externas o estímulos internos, evocando respuestas y modificaciones en cognición, fisiológica y de conducta. Cuando la ansiedad se torna patológica evoluciona a trastorno. Esto se puede conceptualizar como ansiedad de rasgo o de estado, los que influyen en ciertos patrones de comportamiento del individuo (19). Para resumir los distintos conceptos llegamos a la conclusión que la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, los cuales pueden presentarse como una reacción adaptativa o síndrome que acompaña a diversos padecimientos psiquiátricos (21).

La ansiedad es en realidad una característica de la personalidad relativamente estable. Esta misma se presenta a lo largo del tiempo y en diversas situaciones y es considerada como una tendencia en la que el individuo comienza a percibir escenarios de peligro o situaciones amenazantes, sobrevalorando los riesgos y minimizando los recursos que posee para enfrentarse a dichos eventos. La ansiedad como estado

hace referencia a un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo, se caracteriza por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión y aprensión, así como por una hiperreactividad del sistema nervioso autónomo que puede variar en el tiempo y fluctuar en intensidad (5,8).

La ansiedad y la depresión adquieren comorbilidad, en casi la mitad de los pacientes se presentan síntomas combinados de alguno de estos trastornos, lo que se suele conceptualizar como síntomas ansioso depresivo (13).

2.3.2. ETIOLOGÍA

BIOLÓGICA: La ansiedad es una reacción incrementada del tono simpático. La liberación de catecolaminas se eleva gracias a la sobre producción de metabolitos adrenalinicos. Si hablamos del sueño, este se encuentra alterado en la etapa IV muy similar a lo que sucede en la depresión. La disminución del Ácido Gaba Aminobutirico producirá una hiperreactividad del sistema nervioso central (5). Otros receptores que están implicados en la ansiedad son los serotoninergicos, a pesar de contar con el efecto de la buspirona y los receptores centrales de adenosina que poseen efecto ansiogénico de la cafeína como antagonista (8).

El locus caeruleus, es un centro cerebral de neuronas noradrenérgicas se muestra hiperactivo en los estados de ansiedad, especialmente en las crisis de angustia (16). La hiperactividad y la desregulación del centro amigdalino pueden acompañar de ansiedad social (16).

PSICOANALITICA: Freud afirma que los impulsos inconscientes como sexo o agresión pueden ser una amenaza para estallar la conciencia y por ende producir ansiedad. Freud utiliza el término angustia señal para describir la ansiedad no experimentada la cual a nivel del subconsciente del individuo genera mecanismos de defensa para afrontar una situación amenazadora (5). En la neurosis de ansiedad el mecanismo habitual de defensa, represión no resulta eficaz para contener la ansiedad, ni

tampoco se utiliza otros mecanismos auxiliares de defensa, es por eso que la ansiedad se convierte en el único síntoma principal. (5)

TEORIA DEL APRENDIZAJE: La ansiedad es dada por una situación de estrés intensa o frustración. Esta se torna en una respuesta acondicionada a otras situaciones que producen lo mismo, pero en menor grado, aprendiendo a través de la identificación e imitación de patrones de ansiedad los cuales a su vez se asocia a estímulos aterradores dando como producto fobias nuevas (5,8).

2.3.3. CLASIFICACIÓN:

Trastorno de ansiedad generalizada: Es un trastorno crónico caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto. Las personas que sufren este tipo de trastorno, cursa con de ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos (8). El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas todos los días durante seis meses o más (6).

Trastorno de pánico: La persona sufre ataques cortos de miedo y terror, acompañado de síntomas como temblores, agitación, desvanecimiento, náuseas y dificultad para respirar (8). La causa específica no siempre es evidente.

Trastorno de pánico con agorafobia: El trastorno de pánico con agorafobia es una variante que se va asociado con el trastorno de pánico. El individuo experimenta un ataque de pánico inesperado, y a continuación, tiene temor a la posibilidad de volver a tener otro ataque (8).

Trastorno fóbico: Las fobias o trastornos fóbicos corresponden a la mayor y más amplia categoría de los trastornos de ansiedad; incluye todos los casos en que se desencadena miedo y ansiedad por algún estímulo o situación específica (5).

Trastorno obsesivo-compulsivo: Es un tipo de trastorno de ansiedad caracterizado sobre todo por la presencia de obsesiones y

compulsiones. A menudo el proceso es totalmente ilógico e irracional, al igual que las compulsiones, donde simplemente se tiene la necesidad de completar un ritual con el fin de acabar con la ansiedad provocada por la obsesión (6).

2.3.4. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Según el DSM V los pacientes que cursen con ansiedad deben cumplir con los siguientes criterios(6):

| Criterios del DSM-IV-TR para el diagnostico del trastorno de ansiedad generalizada | |
|--|---|
| A. | Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento escolar o laboral), que se prolongan mas de 6 meses |
| B. | Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación |
| C. | La ansiedad y preocupación se asocian a 3 o mas de los 6 síntomas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o impaciencia 2. Fatigabilidad fácil 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco 4. Irritabilidad 5. Tensión muscular 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación de despertarse de sueño no reparador) |
| D. | El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a síntomas de un trastorno del Eje I , por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como el trastorno de angustia), pasarlo mal en publico (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos, engordar (como en la anorexia nerviosa) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría) y la ansiedad y preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático |
| E. | La ansiedad, preocupación o síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo |
| F. | Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, o una enfermedad medica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de animo , un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo |

Fuente: Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock, 2015

2.3.5. TRATAMIENTO:

El tratamiento de la ansiedad puede ser abarcado des el punto farmacológico y psicoterapia. Si optamos por el tratamiento Farmacológico podemos usar lo siguiente:

Benzodiacepinas: Estos fármacos reducen la ansiedad de una manera eficaz, disminuye el número y la intensidad de las Crisis de trastorno de angustia, ayuda frente a la fobia social y específica (5).

Inhibidores selectivos de la recaudación de serotonina: Son más seguro que los triciclos porque carecen de efectos anticolinérgicos y no

resultan letales en caso de sobre dosis. Los efectos secundarios más habituales son las náuseas pasajeras, cefalea y la disfunción sexual. Estos fármacos deben administrarse con sumo cuidado en niños y adolescentes debido a que podrían presentar agitación y actos suicidas (8).

Tricíclicos: Reducen la intensidad de la ansiedad, sobre todo en los obsesivos compulsivos. Las dosis diez veces superior a la recomendada pueden ocasionar la muerte como efecto secundario además de la cardiotoxicidad, efectos anticolinérgicos, etc. Los fármacos usados son la imipramina, nortriptilina y clomipramina (8).

El tratamiento psicológico se basa fundamentalmente en la psicoterapia de apoyo la cual ayuda a fortalecer las defensas adaptativas y combatir las que podrían dar una mala adaptación (8). La terapia conductual está indicada frente a conductas de mala adaptación que están delimitadas y circunscritas. El uso de medios audiovisuales como la musicoterapia, es uno de los tratamientos no farmacológicos más empleados actualmente frente a cuadros de ansiedad (22). La mayoría de estas técnicas logran llegar a la meta con la combinación de fármacos

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

3.1. A nivel local:

Autor: Miguel Gonzalo, Sánchez Atahualpa

Título: NIVEL DE DEPRESIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS EN INTERNOS DE MEDICINA DE HOSPITALES DE AREQUIPA Y LIMA, 2016

Resumen: Se realizó un estudio prospectivo, de corte transversal en dos hospitales, uno ubicado en la ciudad de Arequipa: Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y el otro ubicado en la ciudad de Lima: Hospital Sergio Bernales de Collique, se aplicó una ficha de recolección de datos donde se obtenía información sobre la edad y el género y como parte de él Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies para medir Depresión. La toma de datos se realizó durante el mes de Diciembre del 2016. Encontramos que en cuanto a las características demográficas encontramos que 47.6% participantes pertenecían al grupo etáreo mayoritario, comprendido entre 26 y 26 años. El sexo femenino fue superior, y las cuales fueron 57%. En el Hospital Honorio Delgado de Arequipa existió 5% de Depresión Mayor, 7.1% de una alta probabilidad de depresión, 14.3% de un probable episodio de Depresión Mayor. En el Hospital Sergio Bernales de Lima existió 1.4% de Depresión Mayor, 3% de una alta probabilidad de depresión, 13.3% de un probable episodio de Depresión Mayor. No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el Hospital y el género ($p>0.05$), más si en cuanto a la edad ($p<0.05$). Concluyo que niveles de probable depresión en adelante consideran una frecuencia cercana a la tercera parte de la población evaluada de internos, no existiendo diferencias entre los hospitales de ambas ciudades.

El objetivo del presente trabajo fue -comparar el nivel de depresión según la Escala de Depresión del Center of Epidemiological Studies en internos de medicina de las ciudades de Arequipa y Lima el 2016 (12).

Autor: Fiorella Stephani, Orihuela Carpio

Título: “Inteligencia Emocional y Rasgos de Personalidad en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa”

Resumen: Objetivo: El presente estudio tiene como objetivo general evaluar la relación entre los rasgos de personalidad con el nivel de inteligencia emocional en internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa en el año 2016. Métodos: Este trabajo es un estudio observacional, transversal y prospectivo, teniendo como población total a 104 internos de medicina a quienes se les aplicó el cuestionario de Salamanca para evaluar los rasgos de personalidad y el TMMS-24 para evaluar la inteligencia emocional., siendo 81 internos los que cumplían con los criterios de inclusión. Resultados: De nuestra población de 81 internos; 44 fueron mujeres y 37 varones, con una edad promedio de 24 años (rango: 22-34). En cuanto a los rasgos de personalidad en los internos de medicina se obtiene que el 24,7% no tiene ningún rasgo anormal de la personalidad y que los rasgos anormales de personalidad predominantes son el histriónico, seguido por el esquizoide, anancástico y ansioso; y al determinar la inteligencia emocional, el 66,7% tiene poca atención a sus emociones, el 30,9% tiene poca claridad a las emociones y el 19,8% presenta poca reparación de éstos. Por último, se evidenció que no existe relación entre los rasgos de personalidad y las dimensiones de la inteligencia emocional (4).

3.2. A nivel Nacional:

3.2.1 Autor: Johan Paúl, Valderrama Aguilar

Título: Asociación de los Estilos de Personalidad con los Niveles de Depresión y Ansiedad en Ingresantes a Estudios Generales de Medicina.

Resumen: OBJETIVO: Determinar la asociación entre los estilos de personalidad con los niveles de ansiedad y de depresión en ingresantes a estudios generales de medicina de la UNT. MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional correlacional y transversal. Se desarrollaron los 3 test (MIPS, BAI, BDI) a 99 alumnos del primer año de medicina, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; y se aplicó a los datos obtenidos la prueba gamma para identificar las asociaciones. RESULTADOS: Los estilos

con asociación positiva (desadaptativos) para ansiedad y depresión fueron los mismos en: Acomodación, Vacilación, Preservación, Retraimiento, Innovación y Discrepancia; los exclusivos fueron Intuición para Ansiedad, Sometimiento y Concordancia para depresión. Mientras que los estilos que se asocian negativamente (adaptativos) con depresión abarcaron a los de ansiedad: Sistematización, Firmeza, Apertura, Control y Modificación; y los exclusivos de depresión: Extraversión, Conformismo y Sensación. **CONCLUSIÓN:** Existe asociación entre algunos estilos de personalidad y presencia de ansiedad y de depresión. Los alumnos con rasgos marcados en estilos “desadaptativos” y ausencia de los “adaptativos” tienen más riesgo de sufrir ansiedad y/o depresión (23).

Autor Victor Gerónimo, Oviedo Aldave

Título: Estilos de personalidad de estudiantes de medicina humana de una universidad pública

Resumen: El presente trabajo científico tuvo como objetivo determinar “Estilos de Personalidad de estudiantes de medicina humana de una universidad pública”, para la obtención del grado académico de magister en Psicología Educativa, que es de mí autoría. Esta investigación de tipo básica, de enfoque cuantitativo y diseño no experimental transversal, estudio de nivel descriptivo comparativo, se efectuó con una población de 379 estudiantes de la Escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. La muestra fue seleccionada mediante criterios no probabilístico, de manera intencional y fue de 180 estudiantes entre varones y mujeres. La técnica de recolección de datos empleada fue el cuestionario y el instrumento empleado fue el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS). De los resultados descriptivos se llegó a la conclusión que los estudiantes establecen su presencia hacia un rasgo exacerbado de personalidad (55%) donde su rasgo está bien definido de acuerdo a las representaciones que les caracteriza, otro grupo minoritario establecen su estilo de personalidad con una presencia marcado (33,9%) y otro grupo minoritario con una presencia moderado (10,6%) lo que indica que existe una diferencia marcada de personalidad de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión (24).

3.3. A nivel Internacional:

Autor: Yusvisaret Palmer-Morales, Roberto Prince-Vélez, Concepción Rosa Medina-Ramírez y Daniel Alexis López-Palmer.

Título: Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California.

Resumen: Introducción: Los médicos internos de pregrado (MIPS), son propensos a sufrir trastornos de depresión. Traduciéndose en apatía, distraimiento, aislamiento, agresividad o cinismo y a una deficiente atención de los pacientes. Objetivo: Conocer la frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Mexicali, Baja California. Método: Estudio descriptivo y transversal, realizado en el Hospital General de Zona n.º 30 del IMSS, Mexicali, Baja California, universo de trabajo MIPS de la institución. Criterios de inclusión: MIPS adscritos al Hospital General de Zona n.º 30, que aceptaran participar en el estudio. Criterios de exclusión: que estuvieran en tratamiento psiquiátrico, de vacaciones, incapacitados o ausentes el día que se les aplicó la escala de evaluación. Se consideraron los aspectos éticos, por medio de una carta de consentimiento informado. Instrumento de medición: escala de autoevaluación para la depresión de Zung. Análisis estadístico: medidas descriptivas de tendencia central, dispersión. Programa estadístico SPSS 20. Resultados: Se estudiaron a 70 MIPS, correspondiendo 38 (54.3%) al sexo femenino, el promedio de edad fue de 24.3 ± 1.9 , con una mínima 22, máxima 36 años (IC 95% 23.83 a 24.77). El ~ sexo femenino fue el más frecuente con rasgos de depresión 14(20%) y durante la rotación por gineco-obstetricia 7(10%). Los MIPS de las universidades participantes fueron: Autónoma de Baja California 58(82.9%), Xochicalco (CEUX) 11(15.71%) y Sinaloa (UAS) 1(1.42%). La depression mínima se presentó en 13(18.6%), depresión moderada en 7(10%) y 0% en depresión severa. La frecuencia de rasgos de depresión fue de 20 (28.6%). Conclusiones: La frecuencia de rasgos de depresión en los MIPS fue de 20 (28.6%), predominando la depresión mínima (25).

Autor: José Benjamín Guerrero López, Gerardo Heinze Martin, Silvia Ortiz de León, Jacqueline Cortés Morelos, Virginia Barragán Pérez y Mónica.

Título: Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina.

Resumen: Existe una alta prevalencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina que se han relacionado con factores sociodemográficos y académicos. **Objetivo:** Identificar los factores que predicen la presencia de síntomas depresivos de acuerdo con la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en estudiantes de primer año de medicina. **Material y métodos:** Se evaluó a 517 alumnos que cursaban el primer año de la carrera de medicina con los siguientes instrumentos: CES-D, inventario de estado y rasgo ansioso (STAI) y listado de factores estresantes. Se realizó un análisis de regresión lineal para detectar las variables que predicen altas puntuaciones en la CES-D. **Resultados:** Encontramos que la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, así como de factores estresantes, fue significativamente más frecuente en mujeres que en hombres. Los factores que predijeron depresión fueron la ansiedad de estado, los factores estresantes y el nivel socioeconómico bajo. **Conclusiones:** Es importante implementar medidas de apoyo a estudiantes que cursen con ansiedad, que sean de medio socioeconómico bajo y que presenten factores estresantes (26).

4. OBJETIVOS

4.1. GENERAL:

Analizar la asociación entre los rasgos de personalidad, depresión y ansiedad en internos de medicina del Hospital Goyeneche del año 2019.

4.2. ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar los rasgos de personalidad predominante en los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019.
- 2.- Describir el nivel de depresión en los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019.
- 3.- Describir el nivel de ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019.
- 4.- Identificar la relación de los rasgos de personalidad con los niveles de depresión y ansiedad en los internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019.

5. HIPOTESIS:

NULA: Es probable que no exista asociación entre los rasgos de personalidad y depresión y ansiedad en internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019.

ALTERNA: Es probable que sí exista asociación entre los rasgos de personalidad y depresión y ansiedad en internos de medicina del Hospital Goyeneche en el año 2019.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. Técnicas, Instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Cuestionarios

Instrumentos:

-Test de Hamilton para depresión: Es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes sospechosos de presentar síntomas depresivos con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los mismos. Se valora de acuerdo con la información obtenida en el cuestionario con una escala nominal de cero a cincuenta y dos, categorizando de la siguiente manera; no deprimido: 0-7, depresión ligera: 8-13, depresión moderada: 14 -18 y depresión severa: 19-22.

-Test de Hamilton para ansiedad: Califica los niveles severos de ansiedad, Posee 14 ítems con un número de síntomas, los cuales están calificados en una escala de cero a cuatro, siendo cuatro la más severa. Al finalizar el test se suma todas las respuestas indicándonos el grado de severidad de la ansiedad del entrevistado.

-Test de personalidad de Millón: Es un cuestionario en el que se refleja las características más duraderas de la personalidad y desordenes clínicos, permite una comprensión de la personalidad del paciente por su estructura teórica, los resultados del test no otorgan diagnóstico definitivo.

Materiales: Papel bond, Lapiceros, impresora, Laptop, Internet.

2. Campos de Verificación

2.1 Ubicación Espacial: Hospital Goyeneche.

2.2 Ubicación Temporal: Año 2019

2.3 Unidades de Estudio: Internos de Medicina Humana del Hospital Goyeneche.

2.4 Población:

Muestra: 80 internos de Medicina Humana distribuidos en los servicios de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría del hospital Goyeneche en el año 2019

Criterios de Inclusión: Internos de medicina Humana de la Universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Católica de Santa María que laboran en el hospital Goyeneche en el año 2019.

Criterios de Exclusión: Médicos Asistentes, Médicos residentes, Internas de Enfermería, Internos de Odontología.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se procede a confeccionar tres test que medirá el grado de depresión y ansiedad y los rasgos de personalidad, el cual será entregado a todos los internos de medicina del hospital Goyeneche previa autorización mediante un consentimiento informado.

Se procederá a la recolección de datos según cronograma.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos:

INVESTIGADOR: Eduardo Dante Ramos Allazo.

ASESOR: Juan Manuel Zevallos Rodríguez.

3.3. Criterios para manejo de resultados

3.3.1. Plan de Procesamiento:

Se procederá a confeccionar una matriz en Excel para el vaciado de datos.

Identificar y reconocer la valoración final de cada variable empleada.

Buscar relación de cada variable mediante Chi cuadrado.

IV. Cronograma de Trabajo:

| Tiempo en meses Actividades | Año 2019 | | | | | | | | | | | | 2020 | | |
|---|----------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|-------|---------|-------|
| | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo |
| Búsqueda bibliográfica, problema de investigación | | | x | x | x | | | | | | | x | | | |
| Sistematización de bibliografía sobre estilos de personalidad, depresión y ansiedad | | | | | | x | x | x | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | | x | x | x | x | | | |
| Redacción del Proyecto | | | | | | | | | | | x | x | | | |
| Aprobación de proyecto de tesis por asesor | | | | | | | | | | | | x | | | |
| Dictamen de comité de ética de investigación. | | | | | | | | | | | | | x | | |
| Ejecución de proyecto | | | | | | | | | | | | x | x | x | |
| Estructuración de resultados | | | | | | | | | | | | | | x | x |
| Informe Final | | | | | | | | | | | | | | | x |

Fecha de inicio: 01/03/2019

Fecha Probable de Terminación: 01/03/2020

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Valenzuela et al.. Rasgos de personalidad en alumnos de reciente ingreso a la carrera de medicina, 14 ed. Durango, México: Investigación en Educación Medica; 2017.
2. Falco de Torres. Personalidad del médico. ¿Un factor de riesgo?, VOL. 21 Núm. ed. Montevideo-Uruguay: Revista Conamed; 3, julio - septiembre 2016.
3. Cardenal, M. Pilar Sánchez, Margarita Ortiz-Tallo. Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora, vol. 18 n.º 3 ed. España-Madrid: Clínica y Salud; 2007.
4. Stephani Orihuela Carpio. "Inteligencia Emocional y Rasgos de Personalidad en Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en Arequipa. 2015", Universidad Nacional de San Agustín. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Ed. Arequipa-Perú. 2016.
5. Vélez A, William Rojas M., Jaime Borrero R. Jorge Restrepo M.. Fundamentos de Psiquiatría, octava edición ed. Colombia: 2017.
6. American Psychiatric Association. Actualización del DSM-5. https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf (accessed Octubre 2018).
7. Millon, Grossman, Davis, Millon, Meagher. Trastorno de la Personalidad en la Vida Moderna, 2da edición ed. Madrid: Elsevier; 2006.
8. Benjamin J. Sadock, Virginia J. Sadock. Kaplan y sadock Manual de bolsillo de psiquiatría clínica, 5ta ed. Philadelphia: waters Kluwer; 2015.
9. OMS- Depresion-nota descriptiva. Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> (accessed 30 de enero de 2020).
10. Varga et al.. Influencia de los hábitos en la depresión del estudiante de medicina peruano: estudio en siete departamentos. Revista Colombiana de Psiquiatria 17 de enero de 2017; 44(201):.

11. Andrea R. Diulio et al.. Associations among Depressive Symptoms, Drinking Motives, and Risk for Alcohol-Related Problems in Veterinary Students. *Journal of Veterinary Medical Education* 2015; 42(11)
12. Sanchez Atahualpa. Nivel de Depresión y Características Demográficas en Internos de Medicina de Hospitales de Arequipa y Lima, 2016. Arequipa: Universidad Católica de Santa Maria-Arequipa; [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2017
13. Hahn T, Marquand AF, Ehliis AC et al. Integrating Neurobiological Markers of Depression. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2010; 68 (4): 361–368.
14. Management of depression in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 23. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007
15. Meltzer-Brody S. New insights into perinatal depression: pathogenesis and treatment during pregnancy and postpartum. *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2017; 13 (1): 89–100.
16. Dávila Hernández, González González, Ma Liangxiao, Niu Xin. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Revista Internacional de Acupuntura* 2016; 10(1).
17. Radu V. Saveanu, Charles B. Nemeroff. Etiology of Depression : Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America* 2012; 35(1).
18. Subsecretaria de Salud Publica de Chile. Guía Clínica AUGE: Depresión en personas de 15 años a mas. . CHILE: ; 2013. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> (accessed).
19. Reyes Carmona et al.. Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en Educación Médica* 2016; 4(14): 42-46.
20. Jerez Pacheco. Ansiedad, Depresión, Burnout y Trastornos de la Personalidad en Estudiantes del área de la Salud. Pachuca de Soto, Hidalgo - Mexico: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2019.

21. Esther Pisiconte Ato. Depresión y Trastornos de Ansiedad en Internos de Medicina de Dos Hospitales del Norte del Perú. Piura-Perú, 2017: Universidad Nacional de Piura. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2018.
22. Simeon Sánchez Alcedo. Relación de la Musicoterapia y el Grado de Ansiedad en Pacientes Psiquiátricos del Hospital Víctor Larco Herrea. Lima-Perú: Universidad Inca Garcilaso De la Vega; 2017.
23. Valderrama Aguilar. Asociación de los Estilos de Personalidad con los Niveles de Ansiedad y Depresión en Ingresantes a Estudios Generales de Medicina. Trujillo-Perú: Universidad Nacional de Trujillo; 2019.
24. Victor Gerónimo, Oviedo Aldave. Estilos de Personalidad de Estudiantes de Medicina Humana de una Universidad Pública. Lima-Perú, 2017: Universidad Cesar Vallejo; [Tesis para optar el título de médico cirujano]. 2018.
25. Yusvisaret Palmer-Morales et al.. Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica* 2016; 6(22).
26. Guerrero López, Heinze Martin , Silvia Ortiz de León , Jacqueline Cortés Morelos, Virginia Barragán Pérez y Mónica Flores-Ramos. Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. *Gaceta Médica de México* 2013; (149).

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer: RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE AÑO 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 le entregara un cuadernillo de preguntas que evaluaran el tipo de personalidad, nivel de ansiedad y depresión.
- 2.- Se evaluará los resultados obtenidos al final de la evaluación.
- 3.- Esta encuesta es netamente personal y los resultados se obtengan serán de carácter anónimo.

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 será asumido por el investigador.

Beneficios:

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo a encontrar una relación directa entre el tipo de personalidad y el entorno laboral en el hospital cumpliendo su labor como interno.

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 estamos dispuestos a resolver sus dudas.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN

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 que se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

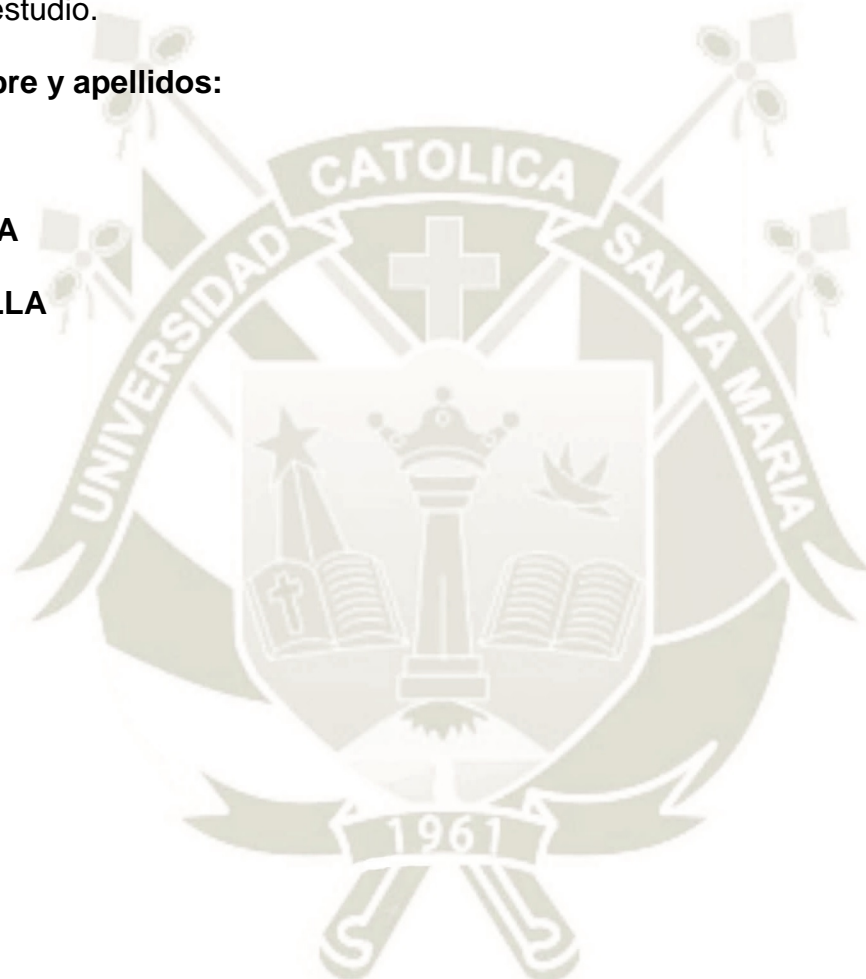
En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre y apellidos:

DNI

FIRMA

HUELLA



TEST DE PERSONALIDAD DE MILLÓN

Usted deberá responder las afirmaciones con una "x" en la casilla correspondiente. Elegirá la opción de "Verdadero" o la opción de "Falso". Trate de marcar cada frase aun cuando no está seguro de su decisión. Si ha intentado y todavía no se puede decidir, marque el Falso. Procure no hacer dobles respuestas.

| | | VERDAD | FALSO |
|----|---|--------|-------|
| 1 | Últimamente parece como si se me escapara la energía, aun por la mañana. | | |
| 2 | Pienso que las reglas son muy importantes porque son una buena guía a seguir. | | |
| 3 | Disfruto de hacer tantas cosas diferentes que no puedo decidir cuál hacer primero. | | |
| 4 | La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado. | | |
| 5 | Sé que soy una persona superior, de manera que no me importa lo que otros piensen. | | |
| 6 | La gente nunca me ha dado suficiente reconocimiento por las cosas que he hecho. | | |
| 7 | Si mi familia me presiona, tiendo a enojarme y resistir a hacer lo que ellos quieren. | | |
| 8 | La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de mi comportamiento o de mi apariencia. | | |
| 9 | Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita. | | |
| 10 | Los pocos sentimientos que pueda tener, raramente los muestro al mundo exterior. | | |
| 11 | Tengo dificultad para mantener el equilibrio al caminar | | |
| 12 | Yo demuestro mis sentimientos en forma fácil y rápida | | |
| 13 | Mi hábito de drogas frecuentemente me ha metido en problemas graves en el pasado. | | |
| 14 | A veces puedo ser muy rudo y cruel en las relaciones con mi familia. | | |
| 15 | Las cosas que van bien hoy no durarán por mucho tiempo. | | |
| 16 | Soy una persona muy complaciente y sumisa. | | |
| 17 | Cuando era adolescente me metí en muchos problemas por mala conducta en la escuela. | | |
| 18 | Tengo miedo de hacerme muy amigo de otra persona porque puedo terminar siendo ridiculizado o avergonzado. | | |
| 19 | Pareciera que siempre elijo amigos que terminan maltratándome. | | |
| 20 | He tenido pensamientos tristes durante gran parte de mi vida, desde que era niño. | | |
| 21 | Me gusta coquetear (flirtear) con miembros del sexo opuesto. | | |
| 22 | Soy una persona muy errática, que cambia de opinión y sentimientos todo el tiempo. | | |
| 23 | Beber alcohol nunca me ha causado problemas serios en mi trabajo. | | |
| 24 | Hace algunos años empecé a sentirme un fracasado. | | |
| 25 | Casi siempre me siento culpable y no sé por qué razón. | | |
| 26 | Otras personas envidian mis habilidades. | | |
| 27 | Cuando tengo la opción, prefiero hacer las cosas sólo. | | |
| 28 | Pienso que es necesario imponer normas estrictas de conducta a los miembros de mi familia. | | |
| 29 | Generalmente la gente me ve como una persona reservada y muy seria. | | |
| 30 | Últimamente he empezado a sentir deseos de destruir cosas. | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 31 | Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención. | | |
| 32 | Siempre estoy tratando de hacer nuevas amistades y conocer gente nueva. | | |
| 33 | Si alguien me criticara por cometer un error, inmediatamente señalaría algunos errores de esa persona. | | |
| 34 | Últimamente me he desanimado muchísimo. | | |
| 35 | A menudo dejo de hacer las cosas porque temo que no las haré bien. | | |
| 36 | A menudo exteriorizo mis sentimientos de enojo y luego me siento terriblemente culpable por ello. | | |
| 37 | Muy a menudo pierdo la sensibilidad en partes del cuerpo. | | |
| 38 | Yo hago lo que quiero sin preocuparme del efecto que esto pueda tener en otros. | | |
| 39 | El usar lo que se conoce como "drogas ilegales" puede no ser lo mejor, pero en el pasado sentí que las necesitaba. | | |
| 40 | Supongo que soy una persona temerosa e inhibida. | | |
| 41 | He hecho muchas cosas estúpidas impulsivamente, que terminaron causándome grandes problemas. | | |
| 42 | Nunca perdono un insulto ni olvido cuando alguien me ha hecho pasar vergüenza. | | |
| 43 | A menudo me siento triste o tenso inmediatamente después que me ha sucedido algo bueno. | | |
| 44 | Ahora me siento terriblemente deprimido y triste la mayor parte del tiempo. | | |
| 45 | Siempre trato de complacer a otras personas, aun cuando no me caen bien. | | |
| 46 | Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de las personas. | | |
| 47 | Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal. | | |
| 48 | Hace mucho tiempo decidí que es mejor no tener mucho que ver con la gente. | | |
| 49 | Desde que era niño he tenido que cuidarme de la gente que trataba de engañarme. | | |
| 50 | Siento mucho rencor hacia la "gente importante" que siempre cree poder hacer las cosas mejor que yo. | | |
| 51 | Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta agregarles un poco de emoción. | | |
| 52 | Tengo un problema con el alcohol que me ha causado problemas a mí y a mi familia. | | |
| 53 | El castigo nunca me detuvo de hacer lo que yo quería. | | |
| 54 | Hay muchas ocasiones en que, sin razón alguna, me siento muy alegre y lleno de entusiasmo. | | |
| 55 | En las últimas semanas me he sentido muy cansado sin ninguna razón en especial. | | |
| 56 | Desde hace algún tiempo me he estado sintiendo muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien. | | |
| 57 | Creo que soy una persona muy sociable y amistosa. | | |
| 58 | Me he vuelto muy nervioso en las últimas semanas. | | |
| 59 | Siempre llevo cuenta detallada de mi dinero, así estoy preparado en caso de que surja alguna necesidad. | | |
| 60 | Simplemente no he tenido la suerte de esta vida que otros han tenido. | | |
| 61 | Hay ideas que me dan vueltas y vueltas en la mente y no se alejan. | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 62 | Desde hace uno o dos años me he vuelto bastante triste y decepcionado de la vida. | | |
| 63 | Mucha gente ha estado espiando mi vida privada por años. | | |
| 64 | No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles sólo para hacer a otros infelices. | | |
| 65 | El año pasado crucé el Atlántico en avión treinta veces. | | |
| 66 | Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado faltar al trabajo en el pasado. | | |
| 67 | Tengo muchas ideas que son muy avanzadas para estos tiempos. | | |
| 68 | Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin razón alguna. | | |
| 69 | Yo evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente me va a criticar o rechazar. | | |
| 70 | Con frecuencia creo que no merezco las cosas buenas que me pasan. | | |
| 71 | Cuando estoy solo, a menudo siento la presencia fuerte y cercana de alguien que no se puede ver. | | |
| 72 | Siento que no tengo metas y no sé hacia dónde voy en la vida. | | |
| 73 | A menudo permito que otros tomen decisiones importantes por mí. | | |
| 74 | Parece como si no durmiera, y me despierto tan cansado como cuando me acosté. | | |
| 75 | Últimamente he estado sudando mucho y me siento muy tenso. | | |
| 76 | Continúo teniendo pensamientos extraños que desearía poder eliminar. | | |
| 77 | Me cuesta mucho esfuerzo tratar de controlar el impulso de beber en exceso. | | |
| 78 | Aun cuando estoy despierto, no parezco darme cuenta de la gente que está cerca de mí. | | |
| 79 | A menudo estoy malhumorado y gruñón. | | |
| 80 | Para mí es muy fácil hacer muchas amistades. | | |
| 81 | Estoy avergonzado de algunos de los abusos que sufrí cuando era joven. | | |
| 82 | Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado. | | |
| 83 | Mi estado de ánimo cambia drásticamente de un día para otro. | | |
| 84 | Me siento demasiado inseguro de mí mismo como para arriesgarme a intentar algo nuevo. | | |
| 85 | Yo no culpo a nadie que se aproveche de alguien que se lo permita. | | |
| 86 | Ya hace tiempo que me siento triste y decaído y no puedo reanimarme. | | |
| 87 | A menudo me enojo con la gente que hace las cosas lentamente. | | |
| 88 | Yo nunca permanezco callado y desapercibido cuando estoy en una fiesta. | | |
| 89 | Yo observo muy de cerca de mi familia, para saber en quién se puede confiar y en quién no. | | |
| 90 | A veces me siento confuso y molesto cuando la gente es amable conmigo. | | |
| 91 | Mi uso de lo que llaman "drogas ilegales" ha causado altercados en la familia. | | |
| 92 | Casi siempre estoy solo y prefiero que sea así. | | |
| 93 | Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que pienso sólo en mí mismo. | | |
| 94 | La gente puede hacerme cambiar de opinión fácilmente, aun cuando yo creía haberme decidido al respecto. | | |
| 95 | A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes. | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 96 | La gente ha dicho en el pasado que me había vuelto demasiado interesado y excesivamente entusiasmado por demasiadas cosas. | | |
| 97 | Yo creo en el dicho "Al que madruga Dios le ayuda". | | |
| 98 | Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio. | | |
| 99 | Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido. | | |
| 100 | Supongo que soy diferente de mis padres, en el hecho de que me estoy convirtiendo en algo así como un alcohólico. | | |
| 101 | Supongo que no tomo muchas responsabilidades de mi familia con la seriedad que debería hacerlo. | | |
| 102 | Desde que era niño he estado perdiendo el contacto con el mundo real. | | |
| 103 | Hay gente aprovechadora que a menudo trata de recibir reconocimiento por cosas que yo he hecho o pensado. | | |
| 104 | No puedo sentir mucho placer porque no siento que lo merezca. | | |
| 105 | Tengo deseos de tener amistades íntimas. | | |
| 106 | En mi vida he tenido muchos periodos en los que he estado tan animado, y en los que he usado tanta energía, que después caía en un estado de desánimo. | | |
| 107 | He perdido el apetito completamente y tengo problemas en dormir casi todas las noches. | | |
| 108 | Me preocupo mucho acerca de quedarme solo y tener que cuidarme a mí mismo. | | |
| 109 | El recuerdo de una experiencia muy desagradable en el pasado me viene continuamente a la mente y perturba mis pensamientos. | | |
| 110 | Estuve en la portada de varias revistas el año pasado. | | |
| 111 | Al parecer he perdido interés en la mayoría de las cosas que antes encontraba placenteras, tales como el sexo. | | |
| 112 | Siempre he estado deprimido, triste durante gran parte de la vida, desde muy joven. | | |
| 113 | Me he metido en problemas con la ley un par de veces. | | |
| 114 | Un buen método para evitar errores es tener una rutina para hacer las cosas. | | |
| 115 | A menudo otras personas me culpan de cosas que no hice. | | |
| 116 | He tenido que ser muy duro con algunas personas para mantenerlas en línea. | | |
| 117 | La gente piensa que a veces yo hablo de cosas extrañas y diferentes. | | |
| 118 | Ha habido ocasiones en que no he podido pasar el día sin usar drogas, de las que se consiguen en la calle. | | |
| 119 | La gente está tratando de hacerme creer que estoy loco. | | |
| 120 | Yo haría algo desesperado para evitar que la persona que amo me abandone. | | |
| 121 | Tengo ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo un par de veces en la semana. | | |
| 122 | Parece que eché a perder las oportunidades que se me presentan. | | |
| 123 | Siempre he tenido grandes dificultades para dejar de sentirme triste e infeliz. | | |
| 124 | Cuando estoy solo y lejos del hogar, a menudo empiezo a sentirme tenso y con pánico. | | |
| 125 | A veces la gente se molesta conmigo porque dicen que hablo mucho y demasiado rápido para ellos. | | |
| 126 | La mayoría de la gente exitosa de hoy ha tenido suerte o ha sido deshonesto. | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 127 | No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar. | | |
| 128 | Me siento profundamente deprimido y no comprendo por qué razón. | | |
| 129 | Después de muchos años, todavía tengo pesadillas de algo que puso mi vida en un peligro real. | | |
| 130 | Ya no tengo la energía para concentrarme en mis responsabilidades diarias. | | |
| 131 | Beber alcohol me ayuda cuando me siento triste. | | |
| 132 | Odio pensar en las formas en que fui abusado en mi niñez. | | |
| 133 | Aun cuando las cosas andan bien, siempre he temido que pronto van a ir mal. | | |
| 134 | Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad. | | |
| 135 | Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano en quien depender, realmente me asusta. | | |
| 136 | Sé que he gastado más dinero de lo que debería, comprando drogas ilegales. | | |
| 137 | Siempre me aseguro de terminar mi trabajo antes de tomar tiempo para mis actividades recreativas. | | |
| 138 | Puedo ver que la gente habla de mí cuando paso al lado de ellos. | | |
| 139 | Soy muy bueno para inventar excusas cuando me meto en problemas. | | |
| 140 | Creo que están tramando algo contra mí. | | |
| 141 | Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí. | | |
| 142 | Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío o hueco. | | |
| 143 | A veces me induzco el vómito después de comer. | | |
| 144 | Creo que me esmero excesivamente en animar a la gente a que admire lo que digo o hago. | | |
| 145 | Me paso la vida preocupándome de una cosa o de otra. | | |
| 146 | Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo. | | |
| 147 | Hay ciertos pensamientos que se me vienen a la mente una y otra vez. | | |
| 148 | Pocas cosas en la vida me dan placer. | | |
| 149 | Me siento asustado y tengo dificultades para dormir porque algunos recuerdos dolorosos del pasado siguen dando vueltas en mi mente. | | |
| 150 | Al comienzo de cada día, pensar en el futuro me deprime terriblemente. | | |
| 151 | Nunca he podido quitarme de encima el sentimiento de que no valgo nada para los demás. | | |
| 152 | Tengo problemas con el alcohol y he tratado de solucionarlo pero sin éxito. | | |
| 153 | Alguien ha estado tratando de controlar mi mente. | | |
| 154 | He tratado de suicidarme. | | |
| 155 | Estoy dispuesto a pasar mucha hambre para ser aún más delgado de lo que soy. | | |
| 156 | No entiendo por qué algunas personas me sonríen. | | |
| 157 | No he visto un automóvil en los últimos diez años. | | |
| 158 | Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque es posible que quieran dañarme. | | |
| 159 | Alguien tiene que ser muy excepcional para entender mis habilidades especiales. | | |
| 160 | Mi vida actual todavía está afectada por recuerdos repentinos de algo terrible que me sucedió. | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 161 | Parece que yo creo situaciones con otros que me hieren o me siento rechazado. | | |
| 162 | A menudo me pierdo en mis pensamientos y me olvido de lo que está sucediendo a mí alrededor. | | |
| 163 | La gente dice que soy delgado, pero siento que mis muslos y trasero son demasiado grandes. | | |
| 164 | Hay situaciones terribles de mi pasado que se me vienen a la mente repetidamente y perturban mis pensamientos y sueños. | | |
| 165 | Aparte de mi familia, no tengo amistades íntimas. | | |
| 166 | Actúo muy rápido la mayoría de las veces y no pienso bien las cosas como debería hacerlo. | | |
| 167 | Me preocupo bastante en mantener mi vida como un asunto privado, para que nadie pueda aprovecharse de mí. | | |
| 168 | A menudo oigo cosas tan bien que me molesta. | | |
| 169 | En un desacuerdo, siempre estoy dispuesto a ceder ante los demás porque temo que se enojen o me rechacen. | | |
| 170 | Yo hago ciertas cosas una y otra vez, a veces para reducir mi ansiedad y otras veces para evitar que algo malo me suceda. | | |
| 171 | Recientemente he considerado seriamente terminar mi vida. | | |
| 172 | La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral. | | |
| 173 | Aún me siento aterrorizado cuando pienso en una experiencia traumática que tuve años atrás. | | |
| 174 | Aunque me da miedo establecer nuevas amistades, me gustaría tener más de las que tengo. | | |
| 175 | Hay gente que se supone que son mis amigos, pero a quienes les gustaría hacerme daño. | | |



TEST DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

Responda los siguientes ítems, de acuerdo a como Usted se siente identificado.

| | |
|--|--|
| <p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) - Ausente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. 0 - Estas sensaciones las relata espontáneamente. 1 - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto). 2 - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea. 3 4 | |
| <p style="text-align: center;">Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente. 0 - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 1 - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones. 2 - Siente que la enfermedad actual es un castigo. 3 - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza. 4 | |
| <p style="text-align: center;">Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente. 0 - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida. 1 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 2 - Ideas de suicidio o amenazas. 3 - Intentos de suicidio (cualquier intento serio). 4 | |
| <p style="text-align: center;">Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad. 0 - Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño. 1 - Dificultad para dormir cada noche. 2 | |
| <p style="text-align: center;">Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad. 0 - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. 1 - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar). 2 | |
| <p style="text-align: center;">Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad. 0 - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. 1 - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 2 | |
| <p style="text-align: center;">Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad. 0 - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos). 1 - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación). 2 - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. 3 - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 4 | |

| | |
|--|----------------------------------|
| <p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales. - Ligeramente retrasado en el habla. - Evidente retraso en el habla. - Dificultad para expresarse. - Incapacidad para expresarse. | <p>0 1 2 3 4</p> |
| <p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna. - Juega con sus dedos. - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios | <p>0 1 2 3 4</p> |
| <p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad. - Tensión subjetiva e irritabilidad. - Preocupación por pequeñas cosas. - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. - Expresa sus temores sin que le pregunten. | <p>0 1 2 3 4</p> |
| <p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente. - Ligeramente. - Moderada. - Severa. - Incapacitante. | <p>0 1 2 3 4</p> |
| <p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno. - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. - Sensación de pesadez en el abdomen. - Dificultad en comer si no se le insiste. - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales | <p>0 1 2 3 4</p> |
| <p>Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno. - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 | <p>0 1 2</p> |
| <p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente. - Débil. - Grave | <p>0 1 2</p> |
| <p>Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente. - Preocupado de sí mismo (corporalmente). - Preocupado por su salud. | <p>0 1 2</p> |

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



Test De Ansiedad de Hamilton

Responda el siguiente cuestionario según se identifique usted con el ítem mencionado.

Trate de responder todas las preguntas.

| SINTOMAS | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy Grave |
|---|---------|------|----------|-------|-----------|
| 1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Síntomas respiratorios. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. | | | | | |
| 11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |