

**UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES**  
**UNIDAD DE MEDICINA INTERNA**  
**POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA**

**FRECUENCIA DE DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTRES EN RESIDENTES DE  
POSTGRADOS CLINICOS Y QUIRURGICOS. INSTITUTO AUTONOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (I.A.H.U.L.A.)  
FEBRERO-JUNIO 2024. MERIDA. EDO. MERIDA. VENEZUELA**

**AUTOR: DR. CHRISTIANE STEFANO EMILIO DE JESÚS UZCÁTEGUI MOLINA**

**TUTOR: DR. RAIMONDO CALTAGIRONE**

*Mérida, octubre. 2024*

C.C.Reconocimiento

**FRECUENCIA DE DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTRES EN RESIDENTES DE  
POSTGRADOS CLINICOS Y QUIRURGICOS. INSTITUTO AUTONOMO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES (I.A.H.U.L.A.)  
FEBRERO-JUNIO 2024. MERIDA. EDO. MERIDA. VENEZUELA**

**Trabajo Especial de Grado presentado por el Médico Cirujano Christiane Stefano Emilio de Jesús Uzcátegui Molina, C. I. V-19.996.366, ante el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes como credencial de mérito para la obtención del grado de Especialista en Medicina Interna.**

**Autor:** Médico Christiane S. Emilio de Jesús Uzcátegui Molina. Residente de 3er. año del Postgrado de Medicina Interna. Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes.

**Tutor:** Dr. Raimondo Caltagirone, Médico Internista Intensivista, Universidad de Los Andes. Adjunto del IAHULA. Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes

**Lugar de Realización:** Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes

Bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>Índice de contenido</b>	p.
<b>CAPITULO I</b>	1
Introducción	1
Antecedentes	7
<b>CAPITULO II</b>	14
Definiciones Estandarizadas	14
Objetivos	28
<b>CAPITULO III</b>	29
Marco Metodológico	29
Tipo de Estudio	29
Población de Estudio	29
Criterios de Inclusión	29
Criterios de Exclusión	29
Variables	29
Procedimiento	30
Análisis Estadístico	30
Bioética	31
<b>CAPITULO IV</b>	32
Resultados	32
<b>CAPITULO V</b>	45
Discusión	45
<b>CAPITULO VI</b>	49

Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Limitaciones	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	55

Bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

## INDICE DE TABLAS

<b>Índice de contenido</b>	<b>p.</b>
Tabla nº 1. Datos Sociodemográficos.	33
Tabla nº 2. Grados de depresión según la escala de Hamilton.	34
Tabla nº 3. Grados de depresión según las características sociodemográficas	35
Tabla nº 4. Grados de depresión según el post grado.	37
Tabla nº 5. Grados de ansiedad según las características sociodemográficas	39
Tabla n 6. Grados de Ansiedad según tipo de post grado.	40
Tabla n 7. Niveles de estrés según características sociodemográficas.	42
Tabla n 8. Niveles de estrés según el post grado.	44

Bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

## INDICE DE GRAFICOS

<b>Índice de contenido</b>	<b>p.</b>
Gráfico 1. Depresión en los postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA.	32
Gráfico nº 2. Ansiedad. Postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA.	38
Gráfico nº 3. Grados de estrés en los postgrados clínicos y quirúrgicos.	41

Bdigital.ula.ve

C.C.Reconocimiento

## RESUMEN

**Introducción:** El presente estudio describe la frecuencia de la depresión, ansiedad y estrés en el personal médico del IAHULA. Es importante la identificación temprana de los individuos con problemas asociados a la depresión, ansiedad y estrés. Principalmente en médicos residentes, quienes asumen grandes responsabilidades. Esto da como resultado problemas psicológicos que afectan su bienestar emocional y su capacidad para brindar atención médica de calidad. **Objetivos:** evaluar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos identificando, los factores de riesgo asociados a la aparición de estas patologías, mediante la escala de Hamilton para depresión y ansiedad; y la escala de Estrés Percibido (PSS). **Método:** se realizó un estudio observacional, transversal, que incluyó 89 residentes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, cursantes de postgrados clínicos y quirúrgico en el IAHULA de la Universidad de Los Andes. **Resultados:** Se encontró que el 5.1% de la muestra presenta depresión mayor. Los residentes foráneos presentan mayores niveles de estrés, se determinó que los residentes que se encuentran al inicio y al final de su carrera presentan mayores signos y síntomas de estrés. Los más afectados fueron los postgrados de Medicina Interna y Cirugía General, con valores de 29,4% y 23.5% respectivamente, fueron más afectados probablemente por mayor carga, horas de guardia y número de pacientes atendidos. **Conclusión:** No hubo relación significativa entre el estrés (0,200), depresión (0,681) o ansiedad (0,987) y el tipo de postgrado, sin embargo, se vio asociación con el estado civil (0,001) y la procedencia (0,131).

**Palabras claves:** Ansiedad, depresión, stress, residente.

## ABSTRACT

**Introduction:** The present study describes the frequency of depression, anxiety and stress in the IAHULA medical staff. Early identification is important of individuals with problems associated with depression, anxiety and stress. Mainly in resident doctors, who assume great responsibilities. This results in psychological problems that affect your emotional well-being. and their ability to provide quality medical care.

**Objectives:** evaluate the frequency of depression, anxiety and stress in clinical and postgraduate residents surgical procedures identifying the risk factors associated with the appearance of these pathologies, using the Hamilton scale for depression and anxiety; and the scale of Perceived Stress (PSS). **Method:** an observational study was carried out, cross-sectional study, which included 89 residents of both sexes, over 18 years of age. age, students of clinical and surgical postgraduate degrees at the IAHULA of the University from the Andes. **Results:** It was found that 5,1% of the sample presents major depression. Residents of foreign origin have higher stress levels, it was determined that the residents who were at the beginning and at late in their careers present greater signs and symptoms of stress. The most affected were the postgraduate degrees in Internal Medicine and General Surgery, with values of 29.4% and 23.5% respectively, were probably more affected by greater load and on-call hours and number of patients treated. **Conclusion:** No there was a significant relationship between stress (0.200), depression (0.681) or anxiety (0.987) and the type of postgraduate degree, however, an association was seen with marital status (0.001) and the origin (0.131).

**Keywords:** Anxiety, depression, stress, resident.

# CAPITULO I

## Introducción

La depresión es la alteración más frecuente del estado de ánimo, cuya característica principal es el estado de abatimiento e infelicidad, acompañado de ideas de culpa y de muerte. Esta ocurre entre el 5 y 10% por ciento de la población general, es más frecuente en mujeres que en hombres y aparece sobre todo entre los 18 y 44 años de edad. La organización mundial de la salud (OMS) calcula que aproximadamente 350 millones de personas en el mundo la sufren y que para el año 2020 provocó más pérdidas de años de vida saludable, siendo superada sólo por las enfermedades cardíacas.<sup>1</sup>

Datos más recientes de la OMS citan que se estima que el 3,8% de la población experimenta depresión, incluido el 5% de los adultos (4% entre los hombres y 6% entre las mujeres) y el 5,7% de los adultos mayores de 60 años. Aproximadamente 280 millones de personas en el mundo padecen depresión. Más de 700.000 personas mueren cada año por suicidio. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años.<sup>2</sup>

Todo el mundo puede sentir ansiedad alguna vez, pero las personas con trastornos de ansiedad suelen experimentar miedo y preocupación de manera intensa y excesiva. Estos sentimientos suelen ir acompañados de tensión física y otros síntomas conductuales y cognitivos. Son difíciles de controlar, causan una angustia importante y pueden durar mucho tiempo si no se tratan. Los trastornos de ansiedad interfieren en las actividades de la vida cotidiana y pueden deteriorar la vida familiar, social y escolar o laboral de una persona. Se calcula que un 4% de la población mundial padece actualmente un trastorno de ansiedad. En 2019, 301

millones de personas en el mundo tenían un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los más comunes de todos los trastornos mentales. Aunque existen tratamientos muy eficaces para este tipo de trastornos, solo una de cada cuatro personas que lo necesitan (27,6%), aproximadamente, reciben algún tratamiento.

Entre los obstáculos a la atención figuran la falta de concienciación de que el problema es una afección de salud que puede tratarse, la falta de inversión en servicios de salud mental, la falta de proveedores de atención de salud capacitados y el estigma social.<sup>3</sup>

En el caso de los trabajadores de la salud, específicamente la residencia médica, representa un periodo de intensa formación y entrenamiento para los futuros médicos. Es en esta etapa, que los médicos residentes deben asumir una gran cantidad de responsabilidades al enfrentar situaciones complejas y estresantes. Como resultado, es común que los médicos residentes experimenten problemas psicológicos que pueden afectar su bienestar emocional y su capacidad para brindar atención médica de calidad. Entre los problemas psicológicos más comunes que se presentan están: abuso de sustancias, estrés, trastornos del sueño, depresión y ansiedad. La depresión puede manifestarse como una sensación de tristeza persistente, falta de energía y pérdida de interés. Por otro lado, la ansiedad puede generar sentimientos de miedo, preocupación y tensión constante. Ambos trastornos pueden tener un impacto negativo en la capacidad del médico residente para brindar atención de calidad y suelen estar relacionadas con las causas de abandono del postgrado.<sup>4</sup>

El sueño es un comportamiento primitivo que se considera esencial para la vida, pues permite la restauración del cuerpo y la mente. Los trastornos del sueño

y la falta de sueño son comunes en la sociedad moderna, debido a cambios en los estilos de vida, mayor uso de las horas nocturnas, horarios extendidos de trabajo o profesiones con actividades de 24 h y 7 días a la semana. El sueño es necesario para una buena salud mental y el sueño insuficiente tiene efectos negativos sobre el estado de ánimo, el rendimiento cognitivo y la función motora.

Por su parte, la depresión es un trastorno de la afectividad caracterizada por tristeza, pérdida de interés por la vida, reducción de autoestima y necesidad de autocastigo. Es una afección a largo plazo, que ocurre con recaídas y recurrencias y que tiende a convertirse en una enfermedad crónica. Los síntomas cognitivos, como la dificultad para tomar decisiones y la escasa concentración, se incluyen en los criterios de diagnóstico del DSM-5 para la depresión mayor. Sin embargo, en la literatura reciente sobre cognición, también se refleja alteración de la memoria de trabajo, la atención y aparición de disfunción ejecutiva y disminución de la velocidad de procesamiento de información.<sup>5</sup>

Se han descrito diversos factores determinantes para depresión y ansiedad en médicos en adiestramiento y los engloba en diversos grupos. Así, se tiene: factores físicos como jornadas largas de trabajo, tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño. factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional. factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc. factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal, etc.<sup>6</sup>

El estado de ánimo influye en la forma de expresión de la personalidad, donde el neurotismo alude a un nivel típico de ajuste emocional del individuo. Los

niveles más altos en esta dimensión experimentan aflicción emocional. En la medida que los individuos puedan desempeñar de una forma idónea sus capacidades personales y profesionales en condiciones adecuadas de bienestar psíquico y social, podemos decir que en el ámbito médico se contaría con una buena higiene mental. Estos aspectos cobran especial atención en el medio académico, pues en éste se estimula la transmisión y perpetuación de actitudes, las cuales posteriormente van a tener impacto en la comunidad. Cuando se manejan niveles inusualmente altos de estrés y depresión en estudiantes de medicina de postgrado, tienen implicaciones importantes que se extienden más allá de la educación médica. Los médicos tienen tasas de depresión y estrés más altas que la población general y otros profesionales. Es importante destacar, que el estrés y las largas jornadas representan de alguna manera factores de riesgo importantes para la depresión y la ansiedad, sobre todo para el personal médico de áreas críticas, urgencias, terapia intensiva y quirófano. Se estima que en la población general la prevalencia del trastorno depresivo menor alguna vez en la vida es del 10 % y del 2 % a un año; del 5-7 % alguna vez en la vida para el trastorno depresivo mayor y del 2-7 % en cuanto a prevalencia en curso de esta entidad. Una observación casi universal es que tanto trastorno depresivo menor como mayor se presenta con más frecuencia entre las mujeres, con frecuencias hasta de 20-25 % para el trastorno depresivo mayor. La ansiedad representa una reacción emocional que repercute en los procesos de adaptación cuando se refiere a eventos aversivos o peligros anticipados. En este caso, existe un nivel de ansiedad que se considera normal e incluso útil, se le denomina umbral emocional y permite mejorar el rendimiento y la actividad. Sin embargo, cuando la ansiedad rebasa ciertos límites, aparece un deterioro de la

actividad cotidiana. En este caso, a mayor ansiedad, habrá un menor rendimiento, lo que constituye un punto de partida para los trastornos por ansiedad. Es importante considerar la identificación temprana de los individuos tanto a nivel de salud pública como en psiquiatría preventiva, esto en relación a la asociación de síntomas depresivos con consecuencias tales como deserción de la facultad de medicina, ideación suicida y suicidio, bajo rendimiento académico, impacto en las capacidades de atención al paciente, entre otros. Los estudios orientados a determinar prevalencia y factores asociados son una guía útil para este fin. Los estudiantes de postgrados de medicina se encuentran expuestos a presiones y demandas académicas, las cuales repercuten en su rendimiento, salud física y bienestar psicosocial. Altos niveles de estrés pueden conducir a abuso de alcohol y drogas, dificultades en las relaciones interpersonales, depresión y ansiedad, al igual que al suicidio en esta población. La depresión es un trastorno psiquiátrico con alta prevalencia y con un curso crónico y recidivante en el cual los factores estresantes como la disfunción familiar, según Sameroff <sup>7</sup>, pueden contribuir a su manifestación, que en el caso de los estudiantes de medicina de postgrado se sumaría al estrés académico. En las universidades estadounidenses de Tufts y Harvard, se ha descrito que 2/3 del total de estresores que soportan los estudiantes de medicina de postgrado derivan específicamente de la vida académica y de los factores sociales a ella asociados. Se destaca, también, la importancia de la desigualdad entre una percepción de alto estrés y la pobre descarga de tensiones que el estudiante puede ejercer debido a reducidas actividades recreativas.<sup>8</sup>

Es por ello que se realizó un trabajo observacional, transversal, con el objetivo de describir la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés, en residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) en el período de febrero a junio del 2024.

Bdigital.ula.ve

## Antecedentes

Se ha realizado diversos estudios, en los cuales se ha determinado que la depresión está presente en la mayoría de residentes de postgrados, ya sea clínicos o quirúrgicos, sobre este tema existen variados estudios, entre los cuales se encuentran los siguientes:

Rangel Ramírez Luis Enrique y Ramírez Clara Isabel, en el 2020, en su trabajo Síntomas de depresión Deterioro cognitivo Médicos residentes de postgrado del IAHULA de la Universidad de Los Andes, realizaron un estudio observacional, descriptivo, correlacional, transversal. Evaluaron 152 residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos de primero, segundo y tercer año de postgrados clínicos y quirúrgicos, mediante el test de medición cognitiva de Montreal (MoCA) para deterioro cognitivo, el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh y el inventario de depresión de Beck II. Obteniendo como resultado alteración cognitiva menor al 50%, el estudio determino que mediante el cuestionario Beck II, 109 (71,71 %), de los encuestados presentaban mal dormir, cursando con depresión mínima 37 (33.9%) de estos y 42 (38.5%) de los encuestados no contaban con depresión, 1 (0.9%) solo de ellos curso con síntomas de depresión severa, siendo estadísticamente significativo con un valor de  $p < 0,05$ . Estos resultados pueden explicarse debido a que se excluyó médicos de guardia y postguardia, con el fin de determinar posibles alteraciones a largo plazo fuera de los periodos de privación de sueño.<sup>5</sup>

Marzouk M et al., en el 2018, publica una investigación sobre la prevalencia de la ansiedad y la depresión asociados a sus factores de riesgo entre médicos residentes de un hospital de Túnez. Para esto, se emplearon bajo un diseño

transversal de estudio a todos los médicos residentes que se reunieron en su hospital para elegir su próxima rotación de seis meses. Se usó el cuestionario de ansiedad y depresión que el hospital manejaba y dio como resultado que 74.1% reportaban ansiedad propiamente dicha (definida) y 62% depresión asegurada, además de 20% con ambas patologías psiquiátricas. Se tomaron variables como lo fueron el tipo de especialidad, edad, estado civil o el sexo y aquellas presentaron una  $p$  considerablemente significativa, teniendo mayor importancia las horas de trabajo y el sexo, con  $p$  de 0.0001. En comparación, las especialidades más difíciles por su entorno social, de responsabilidad además de gasto mental excesivo fueron las quirúrgicas y clínicas. Se concluyó que los residentes tunecinos experimentan una tasa de ansiedad/depresión mayor que la registrada en otros países y esto repercutiría en su labor asistencial y pueda ser causa de errores médicos mayormente descritos en ese país.<sup>9</sup>

Así mismo, en Irán, Maryam Kousha et al., en el 2018, establecieron una relación interesante entre la inteligencia emocional (IE) y la ansiedad – depresión en la salud mental de los médicos residentes, punto mediante el cual se podría conocer también que tanto estos médicos conocen sobre IE, que es un término muy usado pero muy poco conocido. Se desarrolló un estudio transversal donde se intervinieron 100 residentes de los 245 solicitados, de ellos se usaron para medir el IE y su relación con la ansiedad y depresión, la escala Bar-on IE cuestionario, además de la escala de estrés de 9 ansiedad – depresión, 21 fueron utilizados en este estudio. Hallaron que la puntuación media fue 17.8% (estrés), 10% (ansiedad) y 10.49% (depresión). Además, se vio una relación negativa de las 3 patologías con relación a IE. Se concluyó, entonces, que una IE más alta en médicos residentes es

un factor protector para tener menor estrés y, por lo tanto, bajar las tasas de prevalencia de ansiedad y depresión.<sup>10</sup>

Álvaro José Montiel-Jarquín, et al, en el 2015, realizan un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, unicéntrico y homodémico en el Hospital de Traumatología y Ortopedia No. 275 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la ciudad de Puebla en México. Los sujetos fueron médicos residentes de Traumatología y Ortopedia de ambos sexos que cumplieron con los criterios de selección y de inclusión; en todos los grados académicos se excluyeron a los residentes que se encontraban de vacaciones, a los que tuvieran diagnóstico de trastorno bipolar y no se tomó en cuenta a los que no contestaron en su totalidad los cuestionarios de Hamilton para depresión y ansiedad. Las variables incluidas fueron sexo, edad, estado civil, grado académico, lugar de origen, tiempo de vivir fuera de su casa, tabaquismo y alcoholismo. Se les aplicó los cuestionarios HAM-D18 y HAM-A19. Se concluye depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia, donde la primera tuvo una prevalencia de 61.2%, mientras que la ansiedad presentaba 83.8% en cualquiera de sus grados, en comparación con otras especializaciones; el cambio de residencia y el alcoholismo son factores de riesgo para su desarrollo. El estrés y las largas jornadas son factores de riesgo importantes para la depresión y la ansiedad, sobre todo para el personal médico de áreas críticas, urgencias, terapia intensiva y quirófano.<sup>6</sup>

Riveros, Hernández y Rivera, 2007, en otro reporte de investigación se encontró que la depresión se manifiesta con intensidad mayor en mujeres que en varones. En las primeras fue de 15.3% (depresión leve) y 2.3% (depresión moderada); frente a un 5.3 % (depresión leve) y un 2.3% (depresión moderada) de

los varones. La ansiedad es también mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9.2% frente a 8.9%.<sup>11</sup>

Sartre, 2005, queda claro que la ansiedad y depresión son los desórdenes clínicos más comunes de la población, a lo que no son ajenos los universitarios ya que tienen que lidiar con las exigencias sociales, familiares y con el estrés académico.<sup>12</sup>

Consejo y Chapela, Carolina 2005, los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. El médico en formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo, lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos. En las instituciones de salud mexicanas en general se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso. Bajo este ambiente desfavorable el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional y como persona. Si bien cada vez son menos frecuentes y no se puede generalizar, aún se presentan casos de abuso, hostigamiento y maltrato con diferencias entre sexos y especialidades; con la consecuente disminución de la autoconfianza de los residentes entre otros efectos negativos y como resultado de la suma de eventos psicológicos traumáticos cotidianos. Ante esta situación los residentes en la mayoría de los casos desarrollan procesos adaptativos para hacerse del capital simbólico necesario para formar parte de esa pequeña

sociedad. En ocasiones de acuerdo a las condiciones y susceptibilidad individual esta adaptación no se realiza y se evidencian los trastornos del estado de ánimo y problemas mentales más complejos.<sup>13</sup>

Martínez, Medina y Rivera, 2005, este ambiente educativo y laboral en el área de la salud inicia a partir de opiniones y ensayos con estudios en donde se analizan y cuantifican los factores que inciden en la presencia de trastornos del estado de ánimo. Se ha encontrado que entre los residentes existe un índice de consumo de alcohol del 65%, donde 74.5% de ellos pertenecen al sexo masculino. Adicionalmente a que una tercera parte de ellos presenta alteraciones del sueño, se determinó que el 14% de los estudiantes tiene elevados niveles de stress y el 47.5% presenta signos depresivos <sup>14</sup>

Rosales, Gallardo y Conde, 2005, de los 162 participantes del estudio, 26 (16%) resultaron con depresión, por otro lado, se reporta 23 (14%) con depresión leve y 3 (1.8%) con depresión moderada, lo cual es mayor que la de la población en general; y en este caso fueron más afectadas las mujeres que los hombres. También se determinaron como factores de riesgo ser casado, cursar el primer año de residencia, realizar guardias en terapia intensiva, ser ateo y tener antecedentes familiares de depresión. Las manifestaciones más importantes que se encontraron son insatisfacción, culpa, indecisión, insomnio, fatigabilidad, y retraso laboral lo cual afecta grandemente su desempeño académico y laboral además de su formación personal y profesional.<sup>15</sup>

Mayne, 2001, las emociones intervienen en la capacidad de adaptarse y de responder a una variedad de experiencias y preparan al organismo para responder rápidamente a las amenazas del mundo circundante. <sup>16</sup>

Climent, 1999, es también considerada trastorno de la afectividad con sentimientos caracterizados por profunda tristeza monótona y sombría, que resiste a los requerimientos externos, a esto se le agrega una pérdida de interés por la vida con reducción de autoestima y necesidad de autocastigo. Afecta principalmente a jóvenes entre los 25 a 40 años de edad.<sup>17</sup>

Yepes, 1998, La depresión justifica por sí misma su estudio, ya que es uno de los problemas psicológicos que con mayor frecuencia se encuentran en la sociedad actual. Se ha concluido, que cerca del 4% de la población sufre este trastorno, mientras que aproximadamente el 20% de los individuos que acuden a consulta médica tienen depresión, aunque no sea este el motivo de consulta.<sup>18</sup>

Philip, 1997, La psicología al igual que otras muchas disciplinas busca respuestas para intervenir en el proceso educativo, por ello la importancia del estudio de la relación que existe entre las características psicológicas individuales con la ansiedad y depresión y con el desempeño académico de los estudiantes. La causa de estos trastornos generalmente incluye una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales.<sup>19</sup>

Pichot y López, 1995, la ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos comprometidos o situaciones peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantener la concentración y afrontar los retos de la vida cotidiana. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de peligro inminente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y

fisiológico. Sin embargo, la ansiedad no es una enfermedad mental, pero se le considera como tal cuando se vuelve intensa y persistente que llega a interferir con el funcionamiento cotidiano y se le conoce como desorden de ansiedad generalizada. La crisis se caracteriza por aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control. Como se puede observar este trastorno incluye la experiencia afectiva de preocupación por la capacidad de logro y la calidad de ejecución, así como las expectativas recelosas.<sup>20</sup>

Gross, 1994, la depresión es un desorden funcional más común de los adultos de todas las edades y se presenta en diferentes grados. La depresión reemplaza el estado original de ansiedad cuando el individuo se da cuenta que no puede controlar el trauma y se dice que está en inhibición de la conducta de manejo de situaciones, que lo coloca en una posición biológica vulnerable.<sup>21</sup>

## CAPITULO II

### DEFINICIONES ESTANDARIZADAS

#### Especialidades clínicas

Las especialidades clínicas se corresponden con la figura tradicional de "médico": asisten personalmente al paciente con actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas, generalmente utilizando técnicas NO quirúrgicas.

- Alergología
- Algología
- Anestesiología
- Angiología
- Cardiología
- Endocrinología
- Estomatología
- Farmacología Clínica
- Foniatría
- Gastroenterología
- Genética
- Geriatría
- Hematología
- Hepatología
- Infectología
- Inmunología
- Medicina aeroespacial

- Medicina del deporte
- Medicina familiar y comunitaria
- Medicina física y rehabilitación
- Medicina forense
- Medicina intensiva
- Medicina interna
- Medicina nuclear
- Medicina paliativa
- Medicina preventiva y salud pública
- Medicina del trabajo
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Nutriología
- Oncología médica
- Oncología radioterápica
- Pediatría
- Psiquiatría
- Reumatología
- Toxicología

## **Especialidades quirúrgicas**

Las especialidades quirúrgicas se corresponden con la figura de cirujano, y utilizan medios invasivos para tratar, modificar o extirpar físicamente la estructura patológica. Se dividen por sistemas.

- Cirugía cardíaca
- Cirugía craneofacial
- Cirugía general
- Cirugía oral y maxilofacial
- Cirugía oncológica
- Cirugía ortopédica
- Cirugía pediátrica
- Cirugía plástica
- Cirugía torácica
- Cirugía vascular
- Coloproctología
- Neurocirugía

## **Especialidades médico-quirúrgicas**

Son las que habitualmente usan tanto técnicas invasivas (quirúrgicas) como no invasivas (farmacológicas, etc).

- Dermatología
- Ginecología y obstetricia o tocología
- Medicina de emergencia
- Odontología

- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Traumatología y Ortopedia
- Urología <sup>22</sup>

## **Depresión**

Los trastornos depresivos son el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Al contrario que en el DSM-IV, este capítulo de "Trastornos depresivos" se ha separado del capítulo anterior "Trastorno bipolar y trastornos relacionados". El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología. El trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran bastante más) que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Se debe considerar especialmente la diferencia entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un

episodio depresivo mayor. Cuando ocurren a la vez, los síntomas depresivos y el deterioro funcional tienden a ser más graves y el pronóstico es peor que el del duelo que no se acompaña de trastorno depresivo mayor. La depresión relacionada con el duelo tiende a ocurrir en las personas vulnerables a los trastornos depresivos y se puede facilitar la recuperación mediante el tratamiento antidepresivo. Se puede diagnosticar una forma más crónica de depresión, el trastorno depresivo persistente (distimia), cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. Este diagnóstico, nuevo en el DSM-5, incluye las categorías del DSM-IV de depresión mayor crónica y de distimia. Tras una revisión a fondo de los datos científicos disponibles, se ha trasladado el trastorno disfórico premenstrual de un apéndice del DSM-IV ("Conjunto de criterios y de ejes para un estudio posterior") a la Sección II del DSM-5. Casi 20 años de investigación sobre esta afección han confirmado una forma de trastorno depresivo que responde al tratamiento, que comienza poco después de la ovulación y que remite pocos días después de la menstruación, y que tiene un impacto funcional importante <sup>23</sup>

### **Estrés**

Se puede definir el estrés como un estado de preocupación o tensión mental generado por una situación difícil. La mayoría de la población presenta cierto grado de estrés, ya que se trata de una respuesta natural a las amenazas y a otros estímulos. Es la forma en que reaccionamos al estrés lo que marca el modo en que afecta a nuestro bienestar. <sup>24</sup>

### **Ansiedad**

La ansiedad es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno.

Habría que diferenciar entre miedo (el sujeto conoce el objeto externo y delimitado que le amenaza y se prepara para responder) y ansiedad (el sujeto desconoce el objeto, siendo la amenaza interna y existiendo una dificultad en la elaboración de la respuesta). La ansiedad es anormal cuando es desproporcionada y demasiado prolongada para el estímulo desencadenante. A diferencia de la ansiedad relativamente leve y transitoria causada por un evento estresante, los trastornos de ansiedad duran por lo menos seis meses y pueden empeorar si no se tratan.<sup>25</sup>

### **Factores**

- Factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal.
- Factores físicos: jornadas largas de trabajo, tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño, falta de preparación intelectual.
- Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional.
- Factores organizacionales: (instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc).<sup>6</sup>

### **Escalas**

#### **• Escala de Hamilton para la depresión**

Los ítems se pueden valorar de 0 a 2 puntos en determinados ítems y de 0 a 4 puntos en otros casos. Al lado de cada ítem se describen varios comportamientos que puede presentar el paciente, el evaluador debe ser preciso y elegir el que más se adecue a la situación. Para obtener la puntuación total, solo hay que sumar todos los valores que hallamos asignado a los ítems. La puntuación total puede ir desde

0 a 52 puntos. Para saber la intensidad del trastorno depresivo hay varios puntos de corte.<sup>26</sup>

#### Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

#### **Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

#### **Sensación de culpabilidad**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

#### **Idea de suicidio**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

#### **Insomnio precoz**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.
2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.
<b>Insomnio medio</b>
0 puntos - Ausente.
1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).
<b>Insomnio tardío</b>
0 puntos - Ausente.
1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse.
2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
<b>Problemas en el trabajo y actividades</b>
0 puntos - Ausentes.
1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.
2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad.
<b>Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)</b>
0 puntos - Palabra y pensamiento normales.
1 punto - Ligero retraso en el diálogo.
2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.
3 puntos - Diálogo difícil.
4 puntos - Torpeza absoluta.
<b>Agitación</b>
0 puntos - Ninguna.
1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.
2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
<b>Ansiedad psíquica</b>
0 puntos - No hay dificultad.
1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.
2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.
3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

### **Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad**

Ejemplos:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Ligera.

2 puntos - Moderada.

3 puntos - Grave.

4 puntos - Incapacitante.

### **Síntomas somáticos gastrointestinales**

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

### **Síntomas somáticos generales**

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

### **Síntomas genitales como pérdida de la lívido y trastornos menstruales**

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Débiles.

2 puntos - Graves.

3 puntos - Incapacitantes.

### **Hipocondría**

0 puntos - No la hay.

1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos - Preocupado por su salud.

3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.

### **Pérdida de peso (completar solo A o B)**

#### **A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)**

0 puntos - No hay pérdida de peso.

1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

<b>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</b>
0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).
1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).
2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).
<b>Insight (conciencia de enfermedad)</b>
0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
1 punto - Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
2 puntos - Niega estar enfermo.

### • Escala de Hamilton para la ansiedad

Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Los pacientes con menos de 17 puntos se catalogan como ansiedad leve, entre 18 y 24 con ansiedad moderada; 25-30 ansiedad severa; 31-56 ansiedad muy severa.<sup>25</sup>

#### Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
<17	Ansiedad leve
18-24	Ansiedad moderada
25-30	Ansiedad severa
31-56	Ansiedad muy severa

<b>SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	<b>Ausente</b>	<b>Leve</b>	<b>Moderado</b>	<b>Grave</b>	<b>Muy grave Incapacitante</b>
<b>1. Estado de ánimo ansioso.</b> Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
<b>2. Tensión.</b> Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
<b>3. Temores.</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
<b>4. Insomnio.</b> Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
<b>5. Intelectual (cognitivo).</b> Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
<b>6. Estado de ánimo deprimido.</b> Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor, durante el día	0	1	2	3	4
<b>7. Síntomas somáticos generales (musculares).</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
<b>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales).</b> Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
<b>9. Síntomas cardiovasculares.</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
<b>10. Síntomas respiratorios.</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
<b>11. Síntomas gastrointestinales.</b> 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 (nudo intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

<b>12. Síntomas genitourinarios.</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
<b>13. Síntomas autónomos.</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
<b>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico)</b> 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 parpados.	0	1	2	3	4

- **Escala de estrés percibido (Perceived Stress Scale (PSS))**

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. El rango de puntuación varía entre 0 (mínimo estrés percibido) y 56 (máximo estrés percibido). Valores de 0-14 indican que casi nunca o nunca está estresado; de 15-28, de vez en cuando está estresado; de 29-42, a menudo está estresado, y de 43-56, muy a menudo está estresado.<sup>27</sup>

### Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-14	Casi nunca o nunca está estresado
15-28	De vez en cuando está estresado
29-42	A menudo está estresado
43-56	Muy a menudo está estresado

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Bdigital.ula.ve

## Objetivos

### Objetivo general

Establecer la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos. Instituto Autónomo Hospital Universitario De Los Andes (I.A.H.U.L.A.) Mérida edo. Mérida en el periodo febrero-junio 2024.

### Objetivos específicos

- 1) Describir variables demográficas (sexo, edad, estado civil, residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos, años de residencia, guardias). En residentes de postgrado clínicos y quirúrgicos del IAHULA de la Universidad de Los Andes.
- 2) Identificar los factores de riesgo asociados a la aparición depresión, ansiedad y estrés, en residentes de postgrado clínicos y quirúrgicos del IAHULA de la Universidad de Los Andes.
- 3) Describir la frecuencia de depresión mediante la escala de Hamilton para la depresión. En residentes de postgrado clínicos y quirúrgicos del IAHULA de la Universidad de Los Andes.
- 4) Describir la frecuencia de ansiedad mediante la escala de Hamilton para ansiedad. En residentes de postgrado clínicos y quirúrgicos del IAHULA de la Universidad de Los Andes.
- 5) Describir la frecuencia de estrés mediante la escala de Estrés Percibido (PSS). En residentes de postgrado clínicos y quirúrgicos del IAHULA de la Universidad de Los Andes.

## **CAPITULO III**

### **MARCO METODOLOGICO**

#### **Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional transversal, para determinar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA de la Universidad de Los Andes.

#### **Población de estudio**

La población estuvo constituida por 89 residentes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, que cursan postgrados clínicos y quirúrgico del IAHULA en la Universidad de Los Andes en el año 2024.

#### **Criterios de inclusión**

Todos los residentes mayores de 18 años, de ambos sexos que estén inscritos y cursando postgrados clínicos y quirúrgico que quieran participar.

#### **Criterios de exclusión**

- 1- Estudiantes de postgrado con enfermedades mentales diagnosticadas
- 2- Estudiantes de postgrado bajo tratamiento médico por procesos neurológicos

#### **Sistema de Variables**

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos.
- Años de residencia.
- Número de guardias por mes.
- Hábitos: (Café, té, alcohol, drogas, tabaco, actividad física).

## **Procedimiento**

Una vez que los estudiantes de postgrado hayan aceptado y cumplido los criterios de inclusión, se les aplicará una encuesta diseñada ad hoc para el siguiente trabajo.

La encuesta es anónima donde no se identificará el individuo, será de forma personal independiente, entregada al culminar la misma. Esta será llenada de forma personal y será vaciada en una base de datos, se utilizará un programa estadístico SPSS versión 23.

## **Análisis Estadístico**

Se utilizó el programa SPSS versión 23 para el análisis de los datos cuantitativos, se presentaron con medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar); los datos cualitativos se presentaron con frecuencias absolutas y relativas (en porcentajes). La asociación estadística de datos cualitativos (análisis bivariados) se evaluó aplicando la prueba chi cuadrado, las diferencias estadísticas de datos cuantitativos se evaluaron a través de la prueba de Kruskal Wallis. La significancia estadística se consideró para valores de  $p < 0,05$ . Los análisis estadísticos y los gráficos se realizaron con los programas SPSS versión 23 (IBM Corporation, New York, US), Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, US) y GraphPad Prism versión 5 (GraphPad Software Inc, La Jolla, USA). Los datos fueron expresados en tablas, gráficos con desviación estándar, media, mediana y tendencia central

## **Bioética**

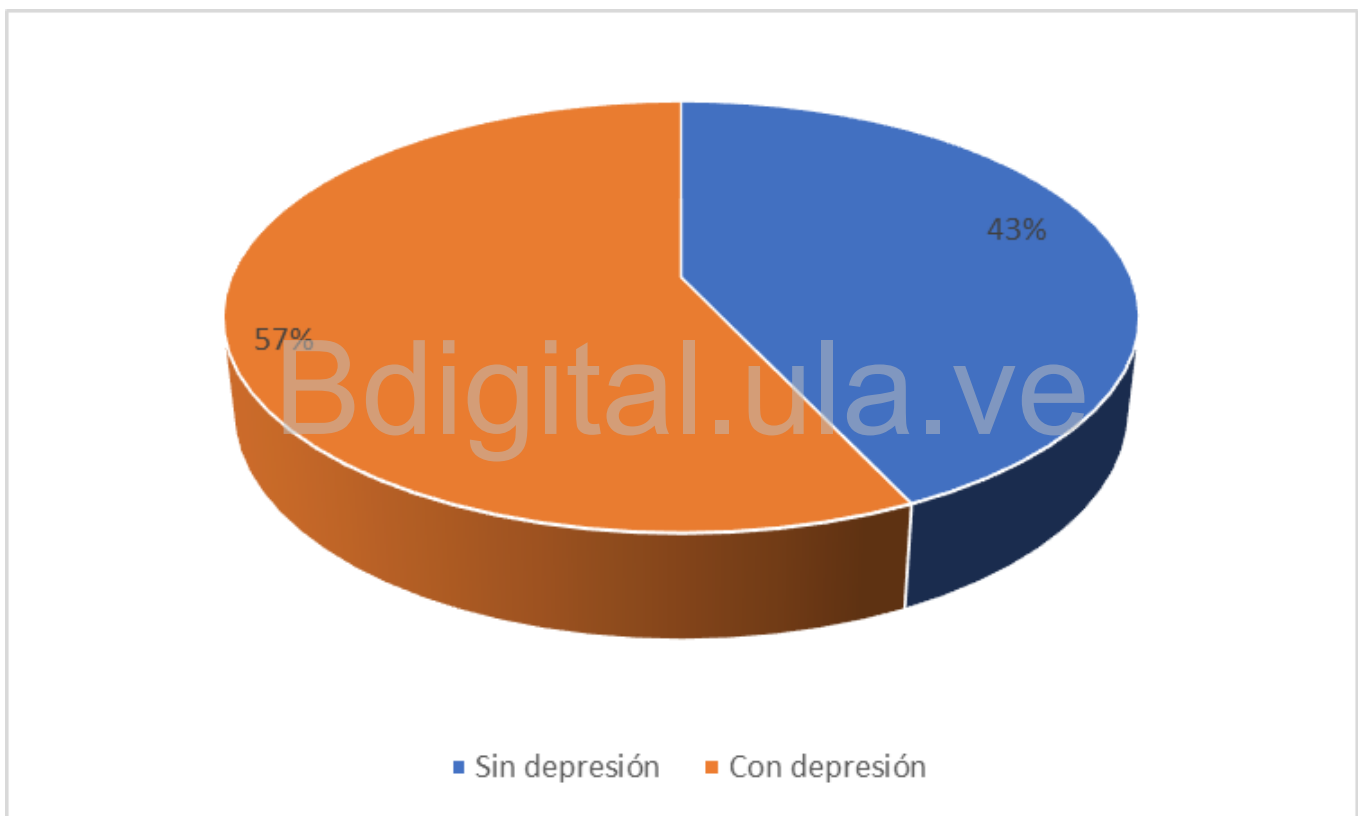
En el presente estudio se considera como basamento ético, la declaración de Helsinki, perteneciente a la Asociación Médica Mundial, en cuanto a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, adoptada por la 18a Asamblea Médica Mundial realizada en Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y revisada en Tokio de 2004. Este proyecto de investigación, no se realiza intervención de ningún tipo sobre el diagnóstico y tratamiento, teniendo en cuenta que se tomaron en consideración los resultados reportados en las encuestas, para su posterior análisis, se mantendrá la protección de datos de estos, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos recogidos los cuales serán utilizados solo con fines académicos.

Bdigital.ula.ve

## CAPITULO IV

### Resultados

La muestra fue de 89 participantes, de los cuales solo 79 llenaron todos los datos solicitados para el cuestionario de depresión de Hamilton. Se encontró en la muestra recolectada, que el 57% (45) de los residentes presentaban signos de depresión, mientras que los 34 restantes (43%) no contaron con síntomas sugestivos de depresión. **Gráfico n° 1.**



**Gráfico 1. Depresión en los postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA.**

El sexo predominante fue el femenino con 59.5% (47) y el masculino con 40.5% (32). La edad promedio fue de 32 años, con una edad mínima de 27 años y máxima de 45 años, la desviación estándar fue +/- 4 años. El estado civil predominante fueron los solteros 81% (64), seguido de los casados 13,9% (11), 3 residentes con uniones estables que representan el 3.8% y apenas 1 residente que significa el 1.3% era divorciado, Según su procedencia la mayoría son foráneos 73.4% (58) y locales 26.6% (21). **Tabla nº 1.**

**Tabla nº 1. Datos Sociodemográficos.**

	Frecuencia (n=79)	Porcentaje (%)	(%)
<b>Sexo</b>			
Femenino	47	59,5	100%
Masculino	32	40,5	
<b>Edad (años)</b>			
30 o menos	36	45,6	100%
31 - 35	34	43	
36 o mas	9	11,4	
<b>Estado civil</b>			
Soltero	64	81	100%
Unión estable	3	3,8	
Casado	11	13,9	
Divorciado	1	1,3	
<b>Procedencia</b>			
Local	21	26,6	100%
Foráneo	58	73,4	

Según la escala de Hamilton, se encontró que el 43% (34) no presentaban signos de depresión, el 39,2% (31) cursaban con depresión leve, el 12,7% (10) tenían depresión moderada y el 5,1% (4) cursaban con depresión mayor. **Tabla nº 2.**

**Tabla nº 2. Grados de depresión según la escala de Hamilton.**

	<b>Frecuencia (n=79)</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Depresión		
7 o menos	34	43,0
8 - 10	31	39,2
13 - 17	10	12,7
18 - 29	4	5,1
Total	79	100

Cuando cruzamos datos sociodemográficos con los valores de depresión, se aprecia que la depresión leve predominó en el sexo femenino 59,5% (47), en comparación con el masculino 40,5% (32). Dentro del 43% (34) encuestados que no presentaron depresión, el 67,6% (23) eran mujeres y el 32,4% (11) restante estaba representado por el sexo masculino. Cuando hablamos de los cuadros depresivos propiamente dichos, la depresión menor y depresión moderada, estuvo liderada igualmente por el sexo femenino, obteniendo valores de 20,3% (16) y 7,6% (6) respectivamente, que si lo comparamos con el sexo masculino no existió una diferencia considerable. Al momento de hablar de depresión mayor, la muestra fue el equivalente a 2,5% (2) para ambos sexos. Con respecto a la edad, la depresión fue más predominante en el grupo de menores de 30 años (19%), seguido por los de 31 a 35 años (16,5%), la depresión mayor se evidenció más en el grupo de 31 a 35 años, con 2 representantes que se traduce en 2,5% de la muestra, mientras que, en los grupos menores a 30 años y mayores de 36 años, no existió variabilidad significativa. Donde se pudo apreciar mayores niveles de depresión fue en el grupo de 8-12 puntos, que se traduce en depresión menor, con una representación del 34,2% (27) de la muestra total, que eran solteros, en este mismo grupo la depresión moderada tenía 8 (10,1%) encuestados que eran solteros. No hubo diferencia significativa en el resto de estados civiles. En cuanto a depresión mayor, se apreció

que principalmente los solteros se encontraban en este grupo. La depresión leve fue mayor en los foráneos, ya que, de los 31 residentes de este grupo, 23 (29,1%) no tenían residencia fija en el estado y los otros 8 (10,1%) eran locales. De igual forma se pudo apreciar este tipo de conducta para la depresión moderada, mientras que en la depresión severa hubo 2 participantes por grupo. **Tabla nº 3.**

**Tabla nº 3. Grados de depresión según las características sociodemográficas**

	Depresión (puntaje)				Total (n=79)	Valor de p
	≤ 7 (n=34)	8 - 12 (n=31)	13 - 17 (n=10)	18 - 29 (n=4)		
Sexo						0,596
Femenino	23 (29,1)	16 (20,3)	6 (7,6)	2 (2,5)	47 (59,5)	
Masculino	11 (13,9)	15 (19)	4 (5)	2 (2,5)	32 (40,5)	
Edad (años)						0,903
30 o menos	16 (20,3)	15 (19)	4 (5)	1 (1,3)	36 (45,6)	
31 - 35	15 (19)	13 (16,5)	4 (5)	2 (2,5)	34 (43)	
36 o mas	3 (3,8)	3 (3,8)	2 (2,5)	1 (1,3)	9 (11,4)	
Estado civil						0,099
Soltero	27 (34,2)	27 (34,2)	8 (10,1)	2 (2,5)	64 (81)	
Unión estable	2 (2,5)	-	-	1 (1,3)	3 (3,8)	
Casado	5 (6,3)	4 (5)	1 (1,3)	1 (1,3)	11 (13,9)	
Divorciado	-	-	1 (1,3)	-	1 (1,3)	
Procedencia						0,443
Local	10 (12,7)	8 (10,1)	1 (1,3)	2 (2,5)	21 (26,6)	
Foráneo	24 (30,4)	23 (29,1)	9 (11,4)	2 (2,5)	58 (73,4)	

Encontramos que las especialidades quirúrgicas representan el 30,37% (24) de la muestra total, de los cuales, 12,7% que equivale a 10 residentes, no presentaban síntomas de depresión, mientras que los otros 14 (17,7%) estaban distribuidos en los grupos de depresión leve 13,9% y moderada 3,8%. No se reportó depresión mayor. No se encontró distribución significativa. El postgrado de Cirugía

General fue el más afectado, con 6 residentes, que representan el 7,6% de la muestra total, seguido por oftalmología con un 5% (4).

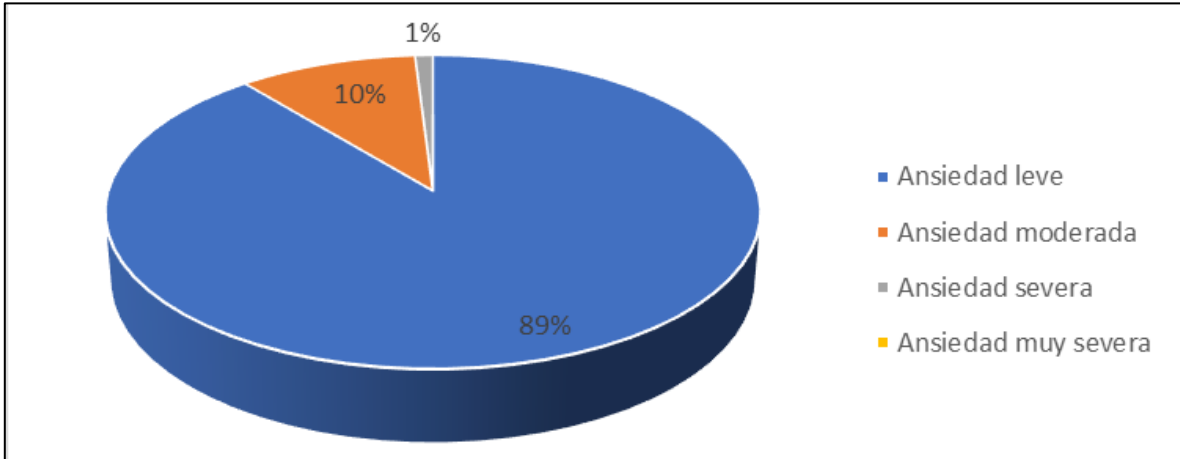
Cuando nos referimos a los postgrados clínicos, estos representan el 69,6% con un total de 55 de los 79 residentes, evidenciando que aquí podemos encontrar residentes con depresión mayor. El postgrado con mayores niveles de depresión fue el servicio de Medicina Interna, 15 de sus 18 residentes tenían síntomas depresivos, lo que representa el 19% de la muestra total, evidenciando 1 caso (1,3%) de depresión mayor, así como también se pudo apreciar en los servicios de neumología, neurología y nutrición y dietética. A pesar de que existe una diferencia en el número de residentes de ambos grupos, es de notar que en los postgrados mencionados en la **tabla nº 4** tienen una representación importante del total de cada servicio.

Con respecto al año de residencia, en cuanto a depresión menor se refiere, los niveles más altos se encontraban entre el segundo y el tercer año 12,7% (12,7) y 17,7% (17,7) respectivamente, en cuanto a depresión moderada, el comportamiento fue similar en los 3 años y cuando de depresión mayor se puede hablar, los residentes de los extremos se vieron más afectados. La muestra donde se vio más depresión eran los que tenían duración de 3 años, mientras que aquellos que eran de 4 años o mas no se encontró depresión.

Tabla nº 4. Grados de depresión según el post grado.

	Depresión (puntaje)				Total (n=79)	Valor de p
	≤ 7 (n=34)	8 - 12 (n=31)	13 - 17 (n=10)	18 - 29 (n=4)		
<b>Especialidades Quirúrgicas</b>	<b>10 (12,7)</b>	<b>11 (13,9)</b>	<b>3 (3,8)</b>	<b>0 (0)</b>	<b>24 (30,4)</b>	0,681
Cirugía general	4 (5)	5 (6,3)	1 (1,3)	-	10 (12,7)	
Neurocirugía	3 (3,8)	-	-	-	3 (3,8)	
Oftalmología	2 (2,5)	3 (3,8)	1 (1,3)	-	6 (7,6)	
Ortopedia y traumatología	1 (1,3)	2 (2,5)	-	-	3 (3,8)	
Otorrinolaringología	-	1 (1,3)	1 (1,3)	-	2 (2,6)	
<b>Especialidades Clínicas</b>	<b>24 (30,4)</b>	<b>20 (25,3)</b>	<b>7 (8,9)</b>	<b>4 (5)</b>	<b>55 (69,6)</b>	
Cardiología	-	1 (1,3)	-	-	1 (1,3)	
Endocrinología	4 (5)	1 (1,3)	-	-	5 (6,3)	
Gastroenterología	3 (3,8)	1 (1,3)	-	-	4 (5,1)	
Hematología	2 (2,5)	1 (1,3)	-	-	3 (3,8)	
Medicina interna	3 (3,8)	11 (13,9)	3 (3,0)	1 (1,3)	18 (22,8)	
Nefrología	2 (2,5)	1 (1,3)	-	-	3 (3,8)	
Neumología	2 (2,5)	-	1 (1,3)	1 (1,3)	4 (5,1)	
Neurología	2 (2,5)	1 (3,2)	1 (1,3)	1 (1,3)	5 (6,3)	
Nutrición y dietética	5 (6,3)	-	2 (2,5)	1 (1,3)	8 (10,1)	
Psiquiatría	1 (1,3)	2 (2,5)	-	-	3 (3,8)	
Radiología y diagnóstico por imágenes	-	1 (3,2)	-	-	1 (1,3)	
<b>Año de residencia</b>						0,649
1ro	8 (10,1)	7 (8,9)	4 (5)	2 (2,5)	21 (26,6)	
2do	13 (16,5)	10 (12,7)	5 (6,3)	-	28 (35,4)	
3ro	11 (13,9)	14 (17,7)	1 (1,3)	2 (2,5)	28 (35,4)	
4to	1 (1,3)	-	-	-	1 (1,3)	
5to	1 (1,3)	-	-	-	1 (1,3)	

Para los trastornos de ansiedad la muestra total fue de 89 participantes, de los cuales solo 80 llenaron todos los datos solicitados para el cuestionario de ansiedad de Hamilton. Se encontró en la muestra recolectada, que el 89% (71) de los residentes presentaban signos de ansiedad leve, 10% (8) ansiedad moderada y solo 1% (1) presentaba ansiedad severa. **Gráfico nº 2.**



**Gráfico nº 2. Ansiedad. Postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA.**

El 89% (71) de la población presentó síntomas de ansiedad leve, siendo representado mayoritariamente por el sexo femenino con un 52.5% (42) de los encuestados, seguidos por 6,3% (5) de la población que presentó síntomas moderados, siendo de igual manera del sexo femenino, existió 1 sola representante en el grupo de ansiedad severa que representa el 1,3%. Nuevamente se pudo apreciar que los solteros tuvieron mayor repercusión en cuanto a la ansiedad, el 75% (60) cursó con ansiedad leve, seguidos por los casados que representan el 10% (8), los que contaban con unión estable 2,5% (2) y por último los divorciados 1,3%, en cuanto a la ansiedad moderada no existió mucha variabilidad en cuanto a los datos y el estado civil, así mismo se pudo documentar un único residente con ansiedad severa que se ubicaba en el grupo de los solteros. Cuando del sitio de origen se trata, los foráneos fueron los más afectados 65% (52), presentaban ansiedad leve, mientras que el grupo de ansiedad moderada no hubo mucha diferencia en cuanto a los datos, así mismo quien presentó ansiedad severa era foráneo. **Tabla nº 5.**

**Tabla nº 5. Grados de ansiedad según las características sociodemográficas.**

	Ansiedad (puntaje)			Total (n=80)	Valor de p
	≤ 17 (n=71)	18 – 24 (n=8)	25 – 30 (n=1)		
Sexo					0,702
Femenino	42 (52,5)	5 (6,3)	1 (1,3)	48 (60)	
Masculino	29 (36,3)	3 (3,8)	-	32 (40)	
Edad (años)					0,577
30 o menos	32 (40)	3 (3,8)	1 (1,3)	36 (45)	
31 – 35	32 (40)	3 (3,8)	-	35 (43,8)	
36 o mas	7 (8,8)	2 (2,5)	-	9 (11,3)	
Estado civil					0,340
Soltero	60 (75)	4 (5)	1 (1,3)	65 (81,3)	
Unión estable	2 (2,5)	1 (1,3)	-	3 (3,8)	
Casado	8 (10)	3 (3,8)	-	11 (13,8)	
Divorciado	1 (1,3)	-	-	1 (1,3)	
Procedencia					0,830
Local	19 (23,8)	2 (2,5)	-	21 (26,3)	
Foráneo	52 (65)	6 (7,5)	1 (1,3)	59 (73,8)	

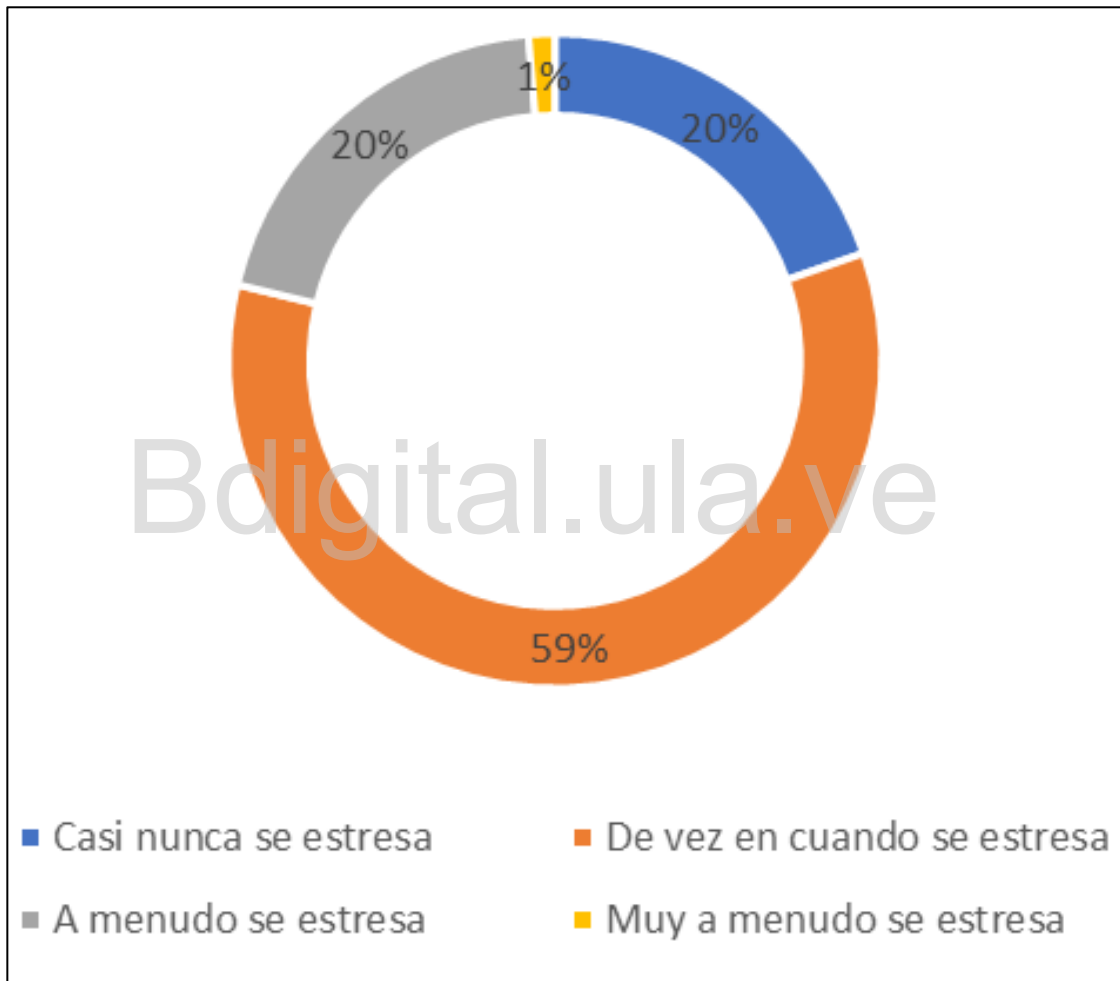
Dentro del grupo de residentes, la muestra de ansiedad estuvo conformada en su mayoría por residentes de posgrados clínicos (68,75%). Cuando describimos en la **tabla nº 6** los datos, se puede apreciar que el grupo de los 25 (31,25%) residentes que conformaron la muestra de postgrados quirúrgicos, todos presentaban ansiedad leve, siendo el servicio de Cirugía General el que mayor representación tuvo 12,5% (10), seguido por oftalmología 7,5% (6), mientras que en el resto de servicios no existió diferencia alguna. En cuanto a los servicios clínicos, el servicio de Medicina Interna, es quien más representantes tiene 22,5% (18), que se ubican en los 3 grupos, haciendo la salvedad que es el único servicio que tuvo un encuestado con ansiedad severa. Mayoritariamente con síntomas de ansiedad leve 19,7% (14). Seguidos por el servicio de nutrición y dietética.

El mayor porcentaje de la muestra se situó entre el 2do y el 3er año, con una representación de 36,6% y 35,2% respectivamente, cuando hablamos de ansiedad moderada no hubo variación en la muestra recolectada, predominando en los extremos, mientras que el único residente con ansiedad severa era del primer año. Al igual que se vio en los pacientes con depresión se repite el patrón que al momento de entrar al cuarto o quinto año del postgrado, desaparecen los signos y síntomas compatibles con ansiedad. **Tabla nº 6.**

**Tabla n 6. Grados de Ansiedad según tipo de post grado.**

	Ansiedad (puntaje)			Total (n=80)	Valor de p
	≤ 17 (n=71)	18 – 24 (n=8)	25 – 30 (n=1)		
<b>Especialidades Quirúrgicas</b>	<b>25 (31,25)</b>			<b>25 (31,25)</b>	0,987
Cirugía general	10 (12,5)	-	-	10 (12,5)	
Neurocirugía	3 (3,8)	-	-	3 (3,)	
Oftalmología	6 (7,5)	-	-	6 (7,5)	
Ortopedia y traumatología	3 (3,8)	-	-	3 (3,8)	
Otorrinolaringología	3 (3,8)	-	-	3 (3,8)	
<b>Especialidades Clínicas</b>	<b>46 (83,63)</b>	<b>8 (14,54)</b>	<b>1 (1,81)</b>	<b>55 (68,75%)</b>	
Cardiología	1 (1,4)	-	-	1 (1,3)	
Endocrinología	5 (7)	-	-	5 (6,3)	
Gastroenterología	3 (4,2)	1 (12,5)	-	4 (5)	
Hematología	3 (4,2)	-	-	3 (3,8)	
Medicina interna	14 (19,7)	3 (37,5)	1 (100)	18 (22,5)	
Nefrología	3 (4,2)	-	-	3 (3,8)	
Neumología	3 (4,2)	1 (12,5)	-	4 (5)	
Neurología	3 (4,2)	2 (25)	-	5 (6,3)	
Nutrición y dietética	7 (9,9)	1 (12,5)	-	8 (10)	
Psiquiatría	3 (4,2)	-	-	3 (3,8)	
Radiología y diagnostico por imágenes	1 (1,4)	-	-	1 (1,3)	
<b>Año de residencia</b>					0,894
1ro	18 (25,4)	3 (37,5)	1 (100)	22 (27,5)	
2do	26 (36,6)	2 (25)	-	28 (35)	
3ro	25 (35,2)	3 (37,5)	-	28 (35)	
4to	1 (1,4)	-	-	1 (1,3)	
5to	1 (1,4)	-	-	1 (1,3)	

Para la escala de estrés se encontraron 89 residentes, de los cuales 76 respondieron de forma adecuada, 59% (45) de estos de vez en cuando se estresaban, mientras que aquellos que nunca se estresaban y los que a menudo lo hacían estuvieron repartidos con el mismo 20% y únicamente un solo residente muy a menudo se estresaba, representando el 1% de la muestra total. **Gráfico nº 3.**



**Gráfico nº 3. Grados de estrés en los postgrados clínicos y quirúrgicos.**

En cuanto a estrés, se aprecia que predomina el sexo femenino 60,5% (46), con representación en cada grupo, siendo el de mayor relevancia el que de vez en cuando se estresa con 30,3% (23), sin existir mucha diferencia con los hombres que fueron 22, representando el 28,9% de la muestra total, el grupo de los que a menudo

se estresan igualmente fue liderado por las mujeres (13) que equivale al 17,1%, haciendo la acotación que solo 2 (2,6%) hombres presentaron sintomatología que los englobara en este grupo y 1 (1,3%) sola persona del sexo femenino muy a menudo se estresaba. Según este estudio se demostró que estar soltero es más estresante que estar casado, ya que presentaron síntomas y signos compatibles con estar estresado de vez en cuando, el primer grupo estuvo representado por 37 (48,7%) residentes, en comparación que solo fueron 8 (10,5%), el mismo patrón se reflejó en los que a menudo se estresan. Y el único residente que se encontraba en unión estable presento síntomas de estar muy a menudo estresado. El estudio reflejó que aquellos residentes que de vez en cuando se estresaban eran foráneos en su mayoría 48,7% (37), obteniendo el mismo comportamiento en los grupos siguientes. **Tabla nº 7**

**Tabla n 7. Niveles de estrés según características sociodemográficas.**

	Estrés (puntaje)				Total (n=76)	Valor de p
	≤ 14 (n=15)	15 – 28 (n=45)	29 – 42 (n=15)	43-56 (n=1)		
Sexo						0,085
Femenino	9 (11,8)	23 (30,3)	13 (17,1)	1 (1,3)	46 (60,5)	
Masculino	6 (7,9)	22 (28,9)	2 (2,6)	-	30 (39,5)	
Edad (años)						0,593
30 o menos	6 (7,9)	21 (27,6)	7 (9,2)	-	34 (44,7)	
31 - 35	6 (7,9)	19 (25)	8 (10,5)	1 (1,3)	34 (44,7)	
36 o mas	3 (3,9)	5 (6,6)	-	-	8 (10,5)	
Estado civil						0,001
Soltero	12 (15,8)	37 (48,7)	13 (17,1)	-	62 (81,6)	
Unión estable	2 (2,6)	-	-	1 (1,3)	3 (3,9)	
Casado	1 (1,3)	8 (10,5)	2 (2,6)	-	11 (14,5)	
Procedencia						0,131
Local	5 (6,6)	8 (10,5)	7 (9,2)	-	20 (26,3)	
Foráneo	10 (13,2)	37 (48,7)	8 (10,5)	1 (1,3)	56 (73,7)	

Cuando nos referimos a los niveles de estrés por postgrado, se puede apreciar que, de los 25 (32,89%) residentes de postgrados quirúrgicos, 14 (56%) presentaban síntomas que de vez en cuando se estresaban y de esos 8 (17,8%) eran del servicio de Cirugía General. Mientras que posgrados como oftalmología o Traumatología a menudo se estresan, nos damos cuenta que los más afectados fueron los clínicos, siendo el predominante el servicio de Medicina Interna, con 12 (26,7%) residentes que de vez en cuando se estresan, esto se puede explicar por la carga laboral y los papeles que desempeñan dentro del IAHULA, teniendo a su cargo varias áreas dentro de la institución, así como prestar apoyo a otros servicios cuando se le requiere. Siguiendo la misma línea, postgrados como endocrinología, neumología y Nutrición y dietética son de los que más se estresan dentro de la muestra total. Se aprecia que el servicio donde mayor problema de estrés pudiese haber con sus residentes es el servicio de neurología.

Con respecto al año en curso es más frecuente que los residentes de segundo y tercer año tengan mayor estrés, esto motivado posiblemente a la responsabilidad académica y asistencial, se apreció un caso severo en el último año, sin embargo, según los datos cuando se avanza a años superiores los niveles de estrés disminuyen.

Tabla n 8. Niveles de estrés según el post grado.

	Estrés (puntaje)				Total (n=76)	Valor de p
	≤ 14 (n=15)	15 – 28 (n=45)	29 – 42 (n=15)	43-56 (n=1)		
<b>Especialidades Quirúrgicas</b>	<b>4 (16)</b>	<b>14 (56)</b>	<b>7 (28)</b>	<b>0</b>	<b>25 (32,89)</b>	0,200
Cirugía general	1 (6,7)	8 (17,8)	1 (6,7)	-	10 (13,2)	
Neurocirugía	1 (6,7)	2 (4,4)	-	-	3 (3,9)	
Oftalmología	1 (6,7)	2 (4,4)	3 (20)	-	6 (7,9)	
Ortopedia y traumatología	-	1 (2,2)	2 (13,3)	-	3 (3,9)	
Otorrinolaringología	1 (6,7)	1 (2,2)	1 (6,7)	-	3 (3,9)	
<b>Especialidades Clínicas</b>	<b>11 (21,56)</b>	<b>31 (60,78)</b>	<b>8 (15,68)</b>	<b>1 (1,96)</b>	<b>51 (67,10)</b>	
Cardiología	-	-	1 (6,7)	-	1 (1,3)	
Endocrinología	1 (6,7)	4 (8,9)	-	-	5 (6,6)	
Gastroenterología	2 (13,3)	1 (2,2)	1 (6,7)	-	4 (5,3)	
Hematología	3 (20)	-	-	-	3 (3,9)	
Medicina interna	2 (13,3)	12 (26,7)	3 (20)	-	17 (22,4)	
Nefrología	-	2 (4,4)	1 (6,7)	-	3 (3,9)	
Neumología	-	4 (8,9)	-	-	4 (5,3)	
Neurología	1 (6,7)	2 (4,4)	1 (6,7)	1 (100)	5 (6,6)	
Nutrición y dietética	1 (6,7)	4 (8,9)	1 (6,7)	-	6 (7,9)	
Psiquiatría	1 (6,7)	1 (2,2)	-	-	2 (2,6)	
Radiología y diagnóstico por imágenes	-	1 (2,2)	-	-	1 (1,3)	
<b>Año de residencia</b>						0,095
1ro	3 (20)	10 (22,2)	8 (53,3)	-	21 (27,6)	
2do	4 (26,7)	20 (44,4)	2 (13,3)	-	26 (34,2)	
3ro	7 (46,7)	15 (33,3)	4 (26,7)	1 (100)	27 (35,5)	
4to	-	-	1 (6,7)	-	1 (1,3)	
5to	1 (6,7)	-	-	-	1 (1,3)	

## CAPITULO V

### Discusión

Cuando vivimos una situación que se escapa de nuestro control es posible que nuestra salud mental se vea afectada. El estrés y los cuadros ansiosos y depresivos pueden aparecer como consecuencia de actividades donde se dediquen largas horas de trabajo y donde las horas de sueño tengan un limitante, especialmente en personas con antecedentes o colectivos de riesgo. En la mayoría de los casos, todo el mundo puede sentir ansiedad alguna vez, pero las personas con trastornos de ansiedad suelen experimentar miedo y preocupación de manera intensa y excesiva. Trastornos de ansiedad [Internet]. World Health Organization, et al <sup>3</sup>

La muestra quedó formada por 89 residentes, teniendo en cuenta, que solo 79 llenaron de forma correcta la encuesta de depresión, 80 para ansiedad y 76 el cuestionario de estrés, donde vemos que los niveles más altos se encuentran en los postgrados clínicos: Neurología, Neumología, Nutrición y Medicina Interna, esto debido a que a estos postgrados se les exige más. En cuanto al postgrado de Medicina Interna es el que mayor carga tanto asistencial y académica posee en este centro de salud, debido a que maneja un gran número de áreas de este hospital y un número significativo de pacientes, como además ayuda y asiste a servicios externos a la unidad. Llama mucho la atención que la depresión mayor se ve en este postgrado, seguido de Neurología, Neumología y Nutrición, algo que no vemos en los postgrados quirúrgicos, aunque la muestra de residentes no es homogénea, tanto clínicos como quirúrgicos. Hay que recalcar que en este instituto hay más postgrados clínicos que quirúrgicos y que el número de residentes que tienen los

postgrados clínicos son mayores a los quirúrgicos y las muestras tomadas de los que pudieron responder las encuestas, vemos que es un número significativo de cada uno de los postgrados sobre todo en los quirúrgicos fueron encuestados y en algunos clínicos casi en su totalidad. Lo que nos sugiere que esta muestra es, aunque parece heterogénea, tiende a tener homogeneidad por el balance del trabajo que se hace dentro de este hospital

La carga laboral es un factor muy importante, el cual está descrito en los trabajos de Álvaro José Montiel-Jarquín, Medhi y Marzouk, <sup>6,9</sup>

Existen varios estudios donde se ha determinado que la depresión está presente en la mayoría de residentes de postgrados, ya sea clínicos o quirúrgicos, Rangel Ramírez Luis Enrique y Ramírez Clara Isabel, et al <sup>(5)</sup>

De los 89 participantes, el 61,4% estaba representado por el sexo femenino, para un total de 47 participantes (59,5%), lo que se compara con la literatura revisada, que indica que el sexo predominante en este tipo de patologías, es el femenino.

Con respecto a la edad, vemos que son los más jóvenes. La edad promedio fue de 32 años con una muestra entre los 25 y 45 años, con una desviación estándar de +/-4. En cuanto al estado civil, el predominante fue los solteros, para un total de 64 (81%). La mayoría de los participantes son foráneos 73 (58%). En relación a los postgrados los clínicos presentaron signos o síntomas de mayor depresión los cuales fueron Medicina Interna, seguido por Neurología, Neumología y Nutrición.

En cuanto a la ansiedad de los 89 encuestados, el mayor porcentaje estuvo representado por el sexo femenino, con un 52,5%. Con relación al estado civil los solteros representan un grupo importante 75%. Al igual que los foráneos fueron los

más afectados con síntomas de ansiedad 75%. En cuanto al postgrado, la muestra de ansiedad estuvo conformada en su mayoría por residentes de posgrados clínicos (68,75%). Vale recalcar que en los postgrados quirúrgicos quien tuvo mayor representación fue Cirugía General con 12,5% y en cuanto a los clínicos, Medicina Interna se encuentra representada con un 22,5%, haciendo la salvedad que es el único servicio que tuvo un encuestado con ansiedad severa.

En cuanto al año en curso el mayor porcentaje de ansiedad se situó entre el 2do y el 3er año, con una representación de 36,6% y 35,2% respectivamente, cuando hablamos de ansiedad moderada no hubo variación en la muestra recolectada, predominando en los extremos, mientras que el único residente con ansiedad severa era del primer año. Al igual que se vio en los pacientes con depresión se repite el patrón que al momento de entrar al cuarto o quinto año del postgrado, desaparecen los signos y síntomas compatibles con ansiedad.

En referencia al estrés la muestra encuestada fue de 89 participantes, y 76 encuestados el 59% se estresa de vez en cuando.

El sexo el femenino representó la mayoría 60,5%. En el caso del estado civil los solteros se estresan más, 48,7%. Los foráneos se estresan de vez en cuando, en su mayoría 48,7%.

Los postgrados quirúrgicos se estresaron de vez en cuando 56%, siendo el de Cirugía General el más elevado 17,8%. En este caso los más estresados fueron los postgrados clínicos, siendo predominante el de Medicina Interna, explicándose por la carga laboral. Según el año en curso los de 2do y 3er año presentan mayor estrés, a medida que se avanza a años superiores, los niveles de estrés tienden a bajar.

Realizando comparación con otros trabajos, se destaca, también, la importancia de la desigualdad entre una percepción de alto estrés y la pobre descarga de tensiones que el estudiante puede ejercer debido a reducidas actividades recreativas. Mayor M. C. Coral Vásquez Ventura MMCJRRM<sup>et al</sup><sup>8</sup>

Bdigital.ula.ve

## **CAPITULO VI**

### **Conclusiones**

1. Los residentes de postgrados son una población expuesta a alteraciones de la esfera neuropsiquiátrica.
2. El sexo femenino fue el predominante en las 3 patologías, depresión 59,5%, ansiedad 60% y estrés 60,5%
3. La depresión fue mayor en los postgrados clínicos que en los quirúrgicos, con presencia de un caso de depresión mayor en un servicio clínico como lo es Medicina Interna.
4. A medida que aumenta el año de residencia los signos y síntomas de depresión, ansiedad y estrés van desapareciendo.

Bdigital.ula.ve

## Recomendaciones

1. Implementar valoraciones periódicas a los residentes con el fin de realizar evaluaciones psicológicas y así poder garantizar una adecuada salud mental.
2. Se recomienda brindar condiciones más óptimas en cuanto al trato de los residentes de años iniciales y los que se encuentran finalizando la especialidad, ya que se demostró que estos eran los grupos más vulnerables.
3. Se demostró que los residentes foráneos presentaron mayores niveles de estrés, por tal motivo se recomienda realizar una contribución que ayude a su estadía mientras se realiza la residencia.
4. Realizar Actividades de Esparcimiento y Recreación. Programadas. En un tiempo prudencial. Para cada tipo de postgrado. Que le permita a los Residentes liberar niveles de tensión y estrés. Bailoterapia. Etc...

## **Limitaciones**

El tamaño de la muestra recolectada limita los resultados, lo que impide demostrar conclusiones y recomendaciones firmes, así mismo existieron limitaciones desde el punto de vista logístico con respecto a la implementación de las encuestas, esto motivado a las múltiples ocupaciones del cuerpo de residentes del IAHULA.

Bdigital.ula.ve

## Bibliografía

1. Rommel Martínez Campaña, Ángela Morales Pérez, Diana Morales-Pérez. Prevalencia De Depresión En Estudiantes De Postgrado Universidad Central del Ecuador. CIMEL. 2017;22(2):57–9.
2. Depressive Disorders [Internet]. World Health Organization. 2023 [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/depression>
3. Trastornos de ansiedad [Internet]. World Health Organization. 2023 [citado el 27 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/anxiety-disorders>
4. Natividad M-ZJ. Depresión y ansiedad en médicos residentes. Revista médica UAS. 2023;13(1):3–4.
5. Rangel Ramírez Luis Enrique y Ramírez Clara Isabel. Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. Neurología Argentina. 2019 [citado el 13 de octubre de 2019];11(4):183–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.09.003>
6. Álvaro José Montiel-Jarquín, María Eugenia Torres-Castillo, Mario Gerardo Herrera-Velasco, Óscar Omar Ahumada-Sánchez, Rodolfo Gregorio Barragán-Hervella, Arturo García-Villaseñor, Jorge Loría-Castellanos, Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica, Educación Médica, 2015;16(2): 116-125.
7. A.J., S. (2014). Una integración dialéctica del desarrollo para el estudio de la psicopatología

8. Mayor M. C. Coral Vásquez Ventura MMCJRRM. Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en estudiantes de postgrado. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2009;42(1-4):7-12.
9. Marzouk M, Ouanes-Besbes L, Ouanes I, Hammouda Z, Dachraoui F, Abroug F. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among medical residents in Tunisia: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018 Jul 23;8(7):e020655.
10. Maryam Kousha, Hossein Alizadeh Bagheri, Abtin Heydarzadeh. Emotional intelligence and anxiety, stress, and depression in Iranian resident physicians. *Journal of family medicine and primary care*. 2018;7(2):420-4.
11. Riveros Q, Hernández V. y Rivera B. (2007) *Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana*. *Rev. Investig. Psicol.*; 10(1).
12. Sartre P. (2005) *Bosquejo de una teoría de las emociones*. España. AlianzaEditorial.
13. Consejo y Chapela, Carolina (2005) *Ética y poder: formación de residentes e internos*. *Rev Med IMSS*;43(1):1-3.
14. Martínez LP, Medina MME, Rivera E. (2005) *Adicciones, depresión y stress en médicos residentes*. *Rev Fac Med UNAM*; 48(5):191-197.
15. Rosales JJE, Gallardo CR, Conde MJM. (2005) *Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México*. *Rev Esp Med Quir*; 10(1); 25-36.
16. Mayne, J. (2001) *Emotions and Health*. En Mayne, T, y G. Bonanno. *Emotions*. New Cork. The Guilford Press
17. Climent, E. (1999) *Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria*, E.U.A. Organización Panamericana de la Salud.

18. Yepes R. (1998) *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. Tercera Edición. Medellín, Colombia. [Corporación](#) para Investigaciones Biológicas.
19. Philip R. (1997) *Desarrollo Humano Desarrollo del Ciclo Vital*. México. Prentice Hall Hispanoamericana.
20. Pichot P., López I. (1995) *DSM-IV Criterios Diagnósticos*. México. Masson S.A.
21. Gross R. (1994) *Psicología la ciencia de la mente y la conducta*. México. Manual Moderno.
22. Orden SPI/2549/2011, de 19 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2011 para el acceso en el año 2012, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. BOE. 2011/09/26; (231):101.376-598.
23. Hamilton M. Rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
24. Estrés [Internet]. World Health Organization. 2023 [citado el 21 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20estr%C3%A9s%3F,las%20amenazas%20y%20a%20otros%20est%C3%ADmulos>
25. Sánchez-Pedreño DRFO. Ansiedad [Internet]. Clínica Universidad de Navarra. 2023. Disponible en:
26. Hamilton, M. (1959). The Assessment of Anxiety states by Rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
27. Remor, E. y Carrobbles, J. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. En *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.

**ANEXOS**

Bdigital.ula.ve

- **Consentimiento informado**

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo Christiane Stefano Uzcátegui Molina en conjunto con mi tutor Dr. Raimondo Caltagirone, con la finalidad de realizar el Trabajo Especial de Grado titulado “frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en residentes de postgrados clínicos y quirúrgicos del IAHULA, periodo febrero-junio 2024. Mérida”, solicito su colaboración y participación.

Manifiesto que he leído y entendido la hoja de información que se me ha entregado, que he hecho las preguntas que me surgieron sobre el proyecto y que he recibido información suficiente sobre el mismo.

Comprendo que mi participación es totalmente voluntaria, que puedo retirarme del estudio cuando quiera sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación anteriormente descrito.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que cumple con lo establecido en la declaración de Helsinki, conociendo los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

---

Firma:



**Datos a llenar por el entrevistado:**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

Hijos: (En caso de ser afirmativa la respuesta, especifique cuantos): \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Año de residencia: \_\_\_\_\_

Número de guardias/horas al mes: \_\_\_\_\_

24 horas: \_\_\_\_\_ 12 horas: \_\_\_\_\_

Tabaquismo (en caso de ser afirmativa la respuesta, especifique edad de inicio y número de cigarrillos diarios):

\_\_\_\_\_

Antecedentes personales (en caso de ser afirmativa su respuesta, especifique cual y tratamiento): \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_

Posee usted de algún diagnóstico psiquiátrico (en caso de ser afirmativa la respuesta, especifique diagnóstico y tratamiento):

\_\_\_\_\_