

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN  
MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA**

**MARÍA ROSARIO ALLARA VALLADARES**

**Tesis  
Presentada ante las autoridades de la  
Escuela de Estudios de Postgrado de la  
Facultad de Ciencias Médicas  
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología  
Para obtener el grado de  
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología**

**Enero 2018**



ESCUELA DE  
ESTUDIOS DE  
POSTGRADO

# Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.374.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): **María Rosario Allara Valladares**

Registro Académico No.: **200417910**

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Anestesiología**, el trabajo de TESIS **PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA**

Que fue asesorado: **Dra. Rosa Lucrecia Lemus Granados**

Y revisado por: **Dr. Eddy René Rodríguez González MSc.**

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2018**

Guatemala, 15 de noviembre de 2017



**Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.**  
Director  
Escuela de Estudios de Postgrado



**Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.**  
Coordinador General  
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: [especialidadesfacmed@gmail.com](mailto:especialidadesfacmed@gmail.com)

Ciudad de Guatemala, 26 de mayo de 2017

Doctora

**GLADIS JULIETA GORDILLO CABRERA**

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología

Hospital Roosevelt

Presente

Respetable Dra. Gordillo:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **MARIA ROSARIO ALLARA VALLADARES** Carné **200417910**, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología, el cual se titula "**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA**".

Luego de asesorar, hago constar que la **Dra. Allara Valladares**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dra. Rosa Lucrecia Lemus Granados  
**Asesora de Tesis**

Ciudad de Guatemala, 26 de mayo de 2017

Doctora

**GLADIS JULIETA GORDILLO CABRERA**

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología

Hospital Roosevelt

Presente.

Respetable Dra. Gordillo:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **MARIA ROSARIO ALLARA VALLADARES** Carné 200417910, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Anestesiología, el cual se titula **"PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA"**.

Luego de la revisión, hago constar que la **Dra. Allara Valladares**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

  
Dr. Eddy René Rodríguez MSc  
**Revisor de Tesis**

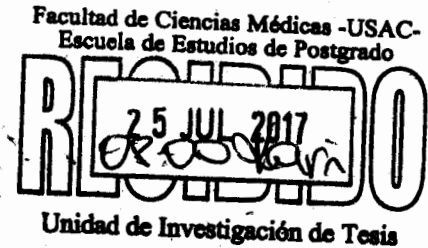




A: Dra. Gladis Julieta Gordillo Cabrera, MSc.  
Docente responsable de investigación.  
Maestría en Ciencias Anestesiología.

De: Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado

Fecha de recepción del trabajo para revisión: 4 de Julio 2017



Fecha de dictamen: 25 de Julio de 2017

Asunto: Revisión de Informe final de:

MARIA ROSARIO ALLARA VALLADARES

Título:

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE  
ANTESTESIOLOGIA

Sugerencias de la revisión:

- Calcular la razón de prevalencia -RP- para determinar la fuerza de asociación de los factores de riesgo en función de ansiedad y depresión con sus estimadores respectivos por tratarse de un estudio transversal analítico.
- Solicitar examen privado al realizar sugerencias.

Dr. Mynor Ivan Gudiel Morales  
Unidad de Tesis Escuela de Estudios de Post-grado



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	i
I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES	3
III. OBJETIVOS	21
IV. MATERIAL Y METODOS	22
V. RESULTADOS	32
VI. DISCUSIÓN Y ANALISIS	42
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
VIII. ANEXOS	51
PERMISO DEL AUTOR	55

## ÍNDICE DE TABLAS

1. Características de los residentes del posgrado de anestesiología del Hospital Roosevelt 31
2. Prevalencia y grado de ansiedad en los residentes de anestesiología del H. Roosevelt 33
3. Prevalencia y grado de depresión en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt 34
4. Evaluación bivariante de la asociación entre ansiedad y características de los residentes del Posgrado de anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cualitativas 35
5. Evaluación bivariante de la asociación entre ansiedad severa y características de los residentes del Posgrado de anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cuantitativas 36
6. Evaluación bivariante de la asociación entre depresión moderada y características de los residentes del Posgrado de anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cualitativas 37
7. Evaluación bivariante de la asociación entre depresión moderada y características de los residentes del Posgrado de anestesiología del Hospital Roosevelt , variables cuantitativas 38
8. Modelo de regresión logística multivariante para evaluar la asociación entre ansiedad severa y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cuantitativas 39
9. Modelo de regresión logística multivariante para evaluar la asociación entre ansiedad severa y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cuantitativas 40

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

1. Comparación de las horas laborales y horas sueño en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt 32
2. Prevalencia y grado de ansiedad en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt 33
3. Prevalencia y grado de depresión en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt 34



## RESUMEN

**Panorama general:** Diversos estudios han reportado una prevalencia alta de estrés laboral en anestesiólogos, identificado diversos factores de riesgo, como la relación frecuente con pacientes en estado crítico, desbalance entre exigencias personales y las profesionales, aspectos legales, control de tiempo, entre otros.

**Objetivos** Se realizó un estudio transversal descriptivo cuyos objetivos eran determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt, identificar posibles factores de riesgo y comparar la prevalencia de ansiedad y depresión según sexo y grado de residencia.

**Métodos** Para cumplir con los objetivos se evaluó a todos los residentes de anestesiología grado I a IV que cumplieron los criterios de selección durante el año 2015. Se recolectó su información a través de una ficha técnica y a través del test de Zung.

**Resultados** La prevalencia de ansiedad moderada fue 24% y 16% severa; la prevalencia de depresión leve fue de 57.5% leve, 40% moderada y 2.5% severa. No hubo variación significativa de depresión o ansiedad según sexo. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre nivel de residencia y grado de ansiedad ( $p < 0.001$ ).

**Resultados** Las variables estudiadas se asociaron al grado de depresión.

**Conclusiones** Se concluyó que la prevalencia de depresión y de ansiedad fue alta en los residentes, afectando en menor o mayor grado a cada uno de ellos, y podría asociarse a otras variables que mostraron poca o ninguna variación, como lo fueron presencia de agotamiento laboral, extrañar a seres queridos, presentar problemas gastrointestinales, y desproporción entre horas laborales y horas de sueño.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, residentes.

## I. INTRODUCCIÓN:

En los anestesiólogos el estrés se enmarca en particularidades propias del tipo de especialidad, su escenario laboral y su estilo de vida fuertemente condicionada por aspectos legales<sup>1</sup>.

Esta realidad se ve reflejada en varias investigaciones reportando que el estrés laboral en el anestesiólogo puede estar relacionado a numerosos aspectos de la compleja vida laboral del anestesiólogo. Es así que se lo relacionó a la falta de control de su tiempo en el 83%, a interferencia con la vida familiar en el 75%, a aspectos medico legales en el 66%, a problemas de comunicación en el 63% a problemas clínicos en el 61%<sup>15</sup>. También a sistema de trabajo en el 58%, a contactos con pacientes graves en el 28% y a decisiones de emergencia en el 23% y a contacto con la muerte en el 13%<sup>12</sup>, así como a problemas de la organización laboral en el 42%, a responsabilidades administrativas en el 41%, a conflictos en la esfera privada en el 35%, conflictos de relaciones laborales 25%, conflictos extra laborales en el 23% y problemáticas medico legales 2.8%<sup>16</sup>.

En el caso de residentes de anestesia lo relacionaron a enfrentarse a pacientes críticos o a la muerte de pacientes, a la dificultad de balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes.

En 2010, Plata- Guarneros y cols.<sup>(1)</sup> estudiaron a un grupo de 35 residentes, observaron que la prevalencia de trastornos ansiosos o depresivos fue mayor en los menores que cursaban el primer año de residencia médica, en Anestesiología y del sexo femenino. Las principales causas de los trastornos fueron: horarios demandantes y jornadas de trabajo extenuantes.

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres y la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia de alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Las exigencias desde el exterior, sobre todo de tipo laboral, constituye el tipo de estrés crónico más frecuente.

En 2012, Sepúlveda y cols.2 obtuvieron 39.6% de prevalencia de depresión y 29.6% de ansiedad entre residentes de Pediatría, presentándose una coexistencia de ambas patologías en 21.4%. Por su parte, en 2009, Waldman y cols.3 estudiaron a 106 residentes de cardiología en Argentina y refirieron que cerca de la mitad presentó un cuadro depresivo según el inventario de Beck. En un estudio de 133 programas académicos de anestesia en los EUA mostró una incidencia de abuso del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes <sup>21</sup> La incidencia en los residentes de anestesia mostró que el 33.7% del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que residentes de otras especialidades.<sup>82</sup>

En el presente estudio se evaluó la prevalencia de ansiedad y depresión en los residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt durante el año 2015. Además, se identificaron factores de riesgo asociados al grado de ansiedad y se comparó la ansiedad y depresión por sexo y nivel de residencia.

La mayoría de los residentes eran mujeres (tres cuartas partes), tenían hijos (75%), referían consumir tres tiempos de comida (87.5%), y han tenido padecimientos gastrointestinales (97.5%). Solo un 12.5% refirió antecedente de alcohol o drogas. Todos refirieron extrañar a sus seres queridos, estar agotados por el trabajo y no presentar un problema actual de alcoholismo o drogadicción. También se observa la distribución por residencia fue muy similar siendo una menor frecuencia de estudiantes de residencia de tercer año a 17.5%.

La realidad actual muestra a anesthesiólogos trabajando largas horas en ambientes estresantes, sin el descanso adecuado. Se concluyó de forma general que, aunque solo se identificó la variable nivel de residencia como asociada significativamente a ansiedad severa, otros eventos como una desproporcionada razón de horas de trabajo/horas sueño, el agotamiento laboral expresado por todos los residentes, la existencia de problemas gastrointestinales y el consumo parcial de los tiempos de comida contribuyen a la alta prevalencia de ansiedad en los residentes de anestesiología del Hospital Roosevelt.

## II. ANTECEDENTES:

### Introducción

En la actualidad existe una preocupación creciente en la comunidad de anestesiología internacional canalizada a través de WFSA y sus filiales en el mundo sobre los potenciales riesgos para su salud que se asume por el ejercicio profesional de nuestra especialidad y por el estilo de vida particular que desarrolla el anestesiólogo y su interacción con los aspectos de su vida cotidiana, familiar.

En la actualidad la clasificación de los riesgos profesionales del anestesiólogo se agrupa en relación a agentes o situaciones causales a las que está expuesto en su ejercicio profesional diario.

Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%,<sup>7</sup> en los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada siendo del orden del 50%<sup>8</sup> a nivel europeo y del 59%<sup>9</sup> - 64%<sup>10</sup> - 96% a nivel latinoamericano.<sup>11</sup>

El impacto del estrés laboral sobre la salud produce un desgaste paulatino y permanente de los sistemas biológicos pudiendo provocar entre otras enfermedades físicas, deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales.

Destacamos que la depresión en anestesiólogos y residentes en Latinoamérica resulto superior al de la población general registrándose entre 11%, 31% hasta 40%.

Trastornos en la conducta como, alcoholismo fue del 44%, consumo de psicofármacos del 16% y abuso de drogas del 1.7% así como conductas agresivas u hábito de consumo de psicofármacos.

Trastornos intelectuales como dificultad de concentración, disminución del estado de alerta, trabajos de baja calidad y alteraciones de la performance clínica.

En los últimos años ha llamado la atención la mayor la incidencia que tendrían los problemas de consumo entre los anestesiólogos. Estudios como el de Barreiro muestran tendencias mayores de consumo de sustancias psicoactivas en anestesiólogos en comparación con internistas<sup>74</sup>, en tanto Hugues y Paris han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anestesiólogos que otras especialidades. La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos y especialmente entre

anestesiólogos resulta muy difícil de establecer y surgen fundamentalmente de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos.

El estrés laboral es un componente de la vida cotidiana, resultando el esfuerzo que realizamos por mantener nuestro equilibrio para sobrevivir en un mundo acelerado, hostil, imprevisible e injusto. En el caso de los médicos es una condición universal ya desde la facultad de medicina, en la residencia y luego en el ejercicio profesional en el marco de cambios cataclísmicos de la práctica médica.<sup>(1)</sup> En los anestesiólogos el estrés se enmarca en particularidades propias del tipo de especialidad, su escenario laboral y su estilo de vida fuertemente condicionada por aspectos legales.<sup>(1)</sup>

El estrés lo podemos definir como la respuesta adaptable no específica del organismo a cualquier cambio, demanda, presión desafío o amenaza.<sup>2</sup> Cuando el estrés tiene su epicentro en el ámbito de trabajo hablamos del estrés laboral.<sup>(3)</sup> Este lo definimos como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o necesidades del trabajador.<sup>3,4</sup> Cuando el estrés laboral se acumula y se mantiene en el tiempo hablamos de estrés crónico.<sup>5</sup> Si este se torna excesivo superando la tolerancia del organismo puede generar una serie de situaciones que pueden generar un impacto muy importante produciendo desgaste en la salud, actuación profesionalmente pobre, repercusión en la seguridad del paciente, repercusiones en la vida familiar y social.

Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%<sup>10</sup>, en los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada siendo del orden del 50% a nivel europeo<sup>11</sup> y del 59%<sup>12</sup> - 64%<sup>13</sup> - 96%<sup>14</sup> a nivel latinoamericano.

Esta realidad se ve reflejada en varias investigaciones reportando que el estrés laboral en el anestesiólogo puede estar relacionado a numerosos aspectos de la compleja vida laboral del anestesiólogo. Es así que se lo relacionó a la falta de control de su tiempo en el 83%, a interferencia con la vida familiar en el 75%, a aspectos medico legales en el 66%, a problemas de comunicación en el 63% a problemas clínicos en el 61%<sup>15</sup>. También a sistema de trabajo en el 58%, a contactos con pacientes graves en el 28% y a decisiones de emergencia en el 23% y a contacto con la muerte en el 13%<sup>12</sup>, así como a problemas de la organización laboral en el 42%, a responsabilidades administrativas en el 41%, a conflictos en la esfera privada en el 35%, conflictos de relaciones laborales 25%, conflictos extra laborales en el 23% y problemáticas medico legales 2.8%<sup>16</sup>.

En el caso de residentes de anestesia lo relacionaron a enfrentarse a pacientes críticos o a la muerte de pacientes, a la dificultad de balancear su vida personal y a las demandas profesionales crecientes.

La realidad actual nos muestra anesthesiólogos trabajando largas horas en ambientes estresantes, sin el descanso adecuado. Los factores de riesgo en el anesthesiólogo se vinculan a los calendarios laborales inadecuados en los cuales existe un desequilibrio entre las horas trabajadas y las horas de descanso, situación que lo distingue de otras especialidades. Los inadecuados calendarios laborales pueden tener efectos sobre el organismo como alteraciones del ritmo circadiano, alteraciones del patrón de sueño y fatiga<sup>22-25</sup>, y de esta manera producir un impacto principalmente sobre la salud y, por lo tanto, en el rendimiento del profesional médico, comprometiéndose la seguridad<sup>1</sup> tanto de los pacientes, como también de los especialistas y residentes.

La O.I.T. establece que el trabajo nocturno afecta sensiblemente al organismo, ya que 15 años de en ese régimen provocan un envejecimiento prematuro de 5 años. La privación del sueño puede afectar la salud provocando: Desórdenes gastrointestinales, Desórdenes endocrinos, Alteraciones del humor e irritabilidad, Síndromes psiconeuróticos, como ansiedad y depresión.

Otras definiciones del estrés laboral se refieren al estado de tensión nerviosa que origina el exceso de trabajo y la insatisfacción laboral, y que se manifiesta por una amplia gama de reacciones somáticas (trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, osteoarticulares y musculares, depresión del sistema inmunológico, disfunción sexual) y psiquiátricas (tales como fatiga, agotamiento, cefalea, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, deterioro cognitivo, problemas conductuales y disfunción social).<sup>4</sup> Cuando el estrés laboral se acumula y se mantiene en el tiempo hablamos de estrés crónico. Si éste se torna excesivo superando la tolerancia del organismo conlleva a una serie de situaciones que pueden producir desgaste en la salud, actuación profesionalmente pobre, repercusión en la seguridad del individuo, repercusiones en la vida familiar y social<sup>5</sup> por lo que se pretende determinar esta patología y poder tomar estrategias para su prevención.

La evolución histórica mostro en el siglo XX que se vincularon a los incendios y explosiones debido a los agentes anestésicos, luego la mayor preocupación se orientó hacia la contaminación ambiental por residuos de gases anestésicos y los peligros de la inhalación crónica. En las últimas 2 décadas del siglo XX las preocupaciones se centraron en una nueva generación de riesgos vinculados a los biológicos y las adicciones. En el siglo XXI la preocupación se orienta a una multiplicidad de riesgos relacionados a la naturaleza del trabajo entre los que se destacan los biológicos, abuso de drogas a opiáceos . Es entonces que la realidad actual muestra anestesiólogos trabajando largas horas en ambientes estresantes, con grandes presiones de productividad, expuestos a la naturaleza del trabajo anestesiológico y a numerosos agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos etc. Estas situaciones suponen un costo alto en la salud, rendimiento, seguridad y traumas en la vida familiar por lo que la anestesia es considerada dentro de los trabajadores de la salud, como de “alto riesgo profesional “

Clasificación: En la actualidad la clasificación de los riesgos profesionales del anestesiólogo se agrupan en relación a agentes o situaciones causales a las que está expuesto en su ejercicio profesional diario, es entonces que tenemos<sup>1 16</sup> riesgos vinculado a la naturaleza del trabajo anestesiológico Destacándose:

- estrés crónico laboral
- trastornos psicosociales ( trastornos Psíquicos )
- fármaco dependencia
- ergonomía

riesgos vinculados a agentes biológicos:

- dentro de las que se destacan las infecciones transmitidas por pacientes debido a agentes patógenos tales como:
- virales: hepatitis B , hepatitis C , HIV
- bacterianos
- hongos
- otros riesgos vinculados a agentes físicos y de seguridad:
- radiaciones ionizantes ( rx )
- radiaciones no ionizantes ( laser )
- ruidos y vibraciones
- carga térmica
- ventilación
- iluminación
- eléctricas de alto y bajo voltaje
- incendios
- gases comprimidos (balones)

riesgos vinculados a la organización laboral:

- organización y contenido del trabajo
- diseño del puesto de trabajo
- calendario ,carga horaria y densidad de tareas
- violencia

riesgos vinculados a agentes químicos:

- alergias al látex
- gases anestésicos
- riesgos Reproductivos.

La residencia hospitalaria se constituyó en una forma de adiestramiento y preparación para los médicos jóvenes recién graduados. Esa residencia se realizaba dentro del hospital durante un tiempo exclusivo, con reconocimiento y respaldo de una institución universitaria.<sup>3</sup> En la actualidad los médicos residentes se ocupan de funciones asistenciales, crean relaciones estrechas con sus profesores, forjan una enseñanza

estrecha debido a que participan en la docencia y ayudan a los residentes de menor grado gracias a los conocimientos que han obtenido en los servicios.

Tomando en cuenta el diseño de la residencia, es claro que las partes afectiva y social no son consideradas, y los médicos residentes también son individuos que crean vínculos y grupos; el desempeño que exige la residencia limita o nulifica, lo cual afecta considerablemente el desarrollo integral del individuo. Cuando los médicos se integran a un ámbito laboral –después del egreso de la facultad–, se enfrentan a un proceso de adaptación y aprendizaje constante, que tiene implicaciones personales, educativas y sociales. En determinados momentos lo anterior puede generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos puede desencadenar trastornos de depresión o ansiedad; los médicos que ingresan a una especialidad viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que definirán su estancia en la residencia médica.<sup>5</sup> La ansiedad se define como un estado que se distingue por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento, que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel adecuado, o por el contrario, la ansiedad se incrementa ante el temor de perder un bien preciado. La depresión se ha definido como un trastorno del estado de ánimo. Su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad, estado que puede ser transitorio o permanente.<sup>6</sup> En la bibliografía no existen investigaciones en las que se haya analizado el estado de ánimo al momento de ingresar a la residencia o en diferentes intervalos, para que en caso de que el residente desarrolle alguno de estos trastornos lo identifique y le dé solución al mismo. Se sabe que la depresión o la ansiedad alteran el desempeño laboral de las personas; estas enfermedades se han detectado también en el ámbito de los médicos residentes.<sup>7</sup> La depresión y el desgaste son muy prevalentes entre los residentes de todo el mundo; el síndrome de burnout se manifiesta en 41 a 76% de los residentes, mientras que la depresión se manifiesta en 7 a 56% de ellos.<sup>6,8</sup>

La existencia de dichas alteraciones afecta la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas y origina problemas en los servicios, con jefes y pacientes. Lo trascendente de esta problemática lo señala Fahrenkopf cuando menciona que los médicos que estaban deprimidos tuvieron seis veces más errores en la medicación que los residentes que no padecían dicha alteración.<sup>6</sup>

En los últimos años ha generado una gran preocupación en la comunidad anestesiológica internacional como se evidencia en la Encuesta Professional Wellbein Work Party



realizada por el Comité de Bienestar del Anestesiólogo de la WFSA donde evidencia que el 42.9% lo consideran un problema importante en sus sociedades. También particularmente en Latinoamérica es creciente el problema de consumo, abuso, adicciones, dependencia química y fármaco dependencia a sustancias psicoactivas entre médicos y especialmente en anestesiólogos.

El abuso a drogas en anestesiólogos es una temática grave y compleja, involucrando drogadicción en el ámbito médico laboral relacionada con los fármacos que tiene la responsabilidad de administrar para realizar sus anestесias.<sup>67-73</sup> Nuestro abordaje es orientado hacia los opiáceos por su gran impacto en la salud y la vida del residente de anestesia así como del anestesiólogo llevando a un progresivo deterioro en su estado de vida y salud, síndrome de abstinencia, la posibilidad de recaídas, alteraciones psiquiátricas como angustia depresión y/o comorbilidad con ellas, hasta llegar a la muerte por suicidio y por sobredosis.<sup>67-7</sup>

En los últimos años ha llamado la atención la mayor la incidencia que tendrían los problemas de consumo entre los anestesiólogos. Estudios como el de Barreiro muestran tendencia mayor de consumo de sustancias psicoactivas en anestesiólogos en comparación con internistas<sup>74</sup>, en tanto Hugues y Paris han planteado que es más común el consumo de opiáceos entre anestesiólogos que otras especialidades<sup>75-76</sup>. La estadística real de abuso, adicción y dependencia química entre los médicos y especialmente entre anestesiólogos resulta muy difícil de establecer y surgen fundamentalmente de fuentes como estudios retrospectivos, programas de tratamientos y en estudios prospectivos. En estudios retrospectivos la incidencia de abuso en anestesiólogos varió del 1% al -5% en diversos estudios en E.U.A.<sup>77-79</sup> En los E. U. A. sólo el 4% de los médicos son anestesiólogos, sin embargo, en programas de tratamiento la incidencia fue importante mostrando que el 12 % -14% de médicos tratados por dependencia química eran anestesiólogos<sup>80</sup>. De estos el 50% tenía menos de 30 años, una tercera parte eran residentes, siendo los opiáceos” los preferidos” con mayor frecuencia por los anestesiólogos más jóvenes , teniendo al fentanil como el narcótico que más abusaban.<sup>80</sup> En un estudio de 133 programas académicos de anestesia en los EUA mostró una incidencia de abuso del 1% para especialistas y de 1.6% para residentes<sup>21</sup> La incidencia en los residentes de anestesia mostró que el 33.7% del total de médicos tratados en terapia por adicción eran residentes de anestesia, teniendo 7.4 veces mayor incidencia que residentes de otras especialidades.<sup>82</sup> Nos podemos preguntar que

característica tienen los anestesiólogos adictos y los siguientes datos nos marcan un perfil a saber: el 50% son menores de 35 años, con gran representación de los residentes, siendo el 67-88% varones, el 75-96% de raza blanca, con 76-90% de adicción a los opiáceos como droga principal, asociado al 35-50% a uso de polidrogas, con 33% con familia con historia de drogadicción y 65% fueron asociados a departamentos académicos<sup>83</sup>

Si nos orientamos dentro de la realidad internacional a la de Latinoamérica encontramos que en el estudio CLASA 2000 reveló un 16% de consumo de drogas psicoactivas en anestesiólogos latinoamericanos donde el 1.3% correspondió al abuso de opiáceos y el 0.4% fue a sedantes e hipnóticos<sup>9</sup>. Un reciente informe de la Comisión de Riesgos Profesionales de CLASA 2013 revela que se registraron en su base de datos 156 casos de abuso de drogas acumulados en los últimos 10 años siendo 121 por opiáceos, 20 por sedantes y 15 por hipnóticos<sup>84</sup>. También se registraron 140 consultas por abuso de drogas mayoritariamente por consumo de opiáceos.<sup>84</sup>

Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%<sup>10</sup>, en los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada siendo del orden del 50% a nivel europeo<sup>11</sup> y del 59%<sup>12</sup> - 64%<sup>13</sup> - 96%<sup>14</sup> a nivel latinoamericano.

En la actualidad existe una preocupación creciente en la comunidad de anestesiología internacional canalizada a través de WFSA y sus filiales en el mundo sobre los potenciales riesgos para su salud que se asume por el ejercicio profesional de nuestra especialidad y por el estilo de vida particular que desarrolla el anestesiólogo y su interacción con los aspectos de su vida cotidiana, familiar.

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes, con prevalencia de 3% en varones y 4-9% en mujeres. Los factores de riesgo son: sexo femenino, un episodio depresivo previo, antecedentes familiares de depresión, estrés, rasgos de carácter obsesivo y pasivo.

En el ámbito médico es más frecuente en solteros y sometidos a estrés; se asocia con el abuso de sustancias, es el trastorno psiquiátrico más frecuente y la causa más común de muerte por suicidio. 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.

Entre sus diferentes manifestaciones están la ansiedad, depresión y la hostilidad (Kernberg y Weiner, 2002).

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 (Pichot y López, 1995). 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.

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 (Philip, 1997). 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 (Yepes, 1998). Ello deja 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 (Sartre, 2005).

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 (Pichot y López, 1995). 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. 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 (Gross, 1994). 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 (Climent, 1999), con reducción de autoestima y necesidad de auto-castigo. Afecta principalmente a jóvenes entre los 25 a 40 años de edad.

Esta perturbación puede ser la consecuencia de factores biológicos y ambientales lo que mina en el individuo su capacidad de adaptación (Díaz, Prados y López 2002). Los síntomas del cuadro depresivo son múltiples. Con frecuencia el paciente sufre en silencio los síntomas cognoscitivos (disminución de la capacidad de concentración, dificultad para tomar decisiones, olvidos frecuentes, pesimismo, sentimientos de desesperanza, minusvalía o culpa e ideas de suicidio) y solamente acude a consulta para manifestar sus síntomas somáticos y neurovegetativos (pérdida de peso, insomnio, cefalea tensional, lumbalgia, diaforesis, vómito, palpitaciones), o cuando la ansiedad y el miedo son tan

intensos que no le permiten el sosiego y le alteran los ciclos de sueño y alimentación. Cuando la intensidad de los síntomas supera ciertos límites se vuelve competencia también de la psiquiatría, generalmente cuando se presenta un episodio depresivo mayor. Los síntomas empeoran y se mantienen la mayor parte del día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio se acompaña de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

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 (Mayne, 2001). En un estudio se encontró que se relacionan las emociones, y más específicamente, la depresión y la ansiedad con el bajo rendimiento escolar (Macías, 2000). En otras investigaciones también se concluyó que en los casos que se presenta bajo desempeño escolar, hay un nivel significativo de síntomas depresivos (Pérez, 2002 y Riveros, Hernández y Rivera 2007) que inciden negativamente a medida que aumentan los indicadores de depresión. Este efecto es más marcado en los sujetos de sexo masculino (Pérez, 2002). 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% (Riveros, Hernández y Rivera, 2007). 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 (Consejo, 2005). 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 (Consejo, 2005) 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 (Consejo, 2005). 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 (Consejo, 2005). 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. Este ambiente educativo y laboral en el área de la salud inicia a ser estudiado aparte 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 (Martínez, Medina y Rivera, 2005).

Por otro lado, se reporta una prevalencia de depresión en ellos del 14% 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 (Rosales, Gallardo y Conde, 2005). Las manifestaciones más importantes que se encontraron son insatisfacción, culpa, indecisión, insomnio, fatigabilidad, y retraso laboral (Rosales, Gallardo y Conde, 2005); lo cual afecta grandemente su desempeño académico y laboral además de su formación personal y profesional.

### **Trastorno Depresivo**

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las experiencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. (54)

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (54)

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. (54)

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar. (54)

En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana. Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica. (54)

### **Clasificación y criterios diagnósticos**

- Siguiendo fundamentalmente unas coordenadas operativas y empíricas, desde hace algunos años se propugnan los siguientes criterios diagnósticos,
- que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV como de la CIE-10.55
- Hablamos de la depresión propiamente dicha. No entramos a considerar la depresión en el contexto de un trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva) o de

un trastorno Afectivo Mixto, ya que estas entidades requieren unas estrategias de prevención y de manejo diferentes.<sup>55</sup>

- Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante:
  - Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.  
Síntomas principales:
    - Estado de ánimo depresivo triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes) La mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo, En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
    - Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días. (55)
    - Síntomas somáticos.
    - Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
    - Insomnio o hipersomnia, casi a diario.
    - Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud)
    - Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.
    - Síntomas psíquicos.
    - También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).



- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.
- Criterio B. Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizo afectivo, o trastorno esquizofrénico.
- Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.
- Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa.
- Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión.
- Gravedad/ Síntomas psicóticos/ Remisión (parcial o total).En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si éstos son o no congruentes con el estado de ánimo.<sup>55</sup>
- Cronicidad.
- Presencia de síntomas catatónicos.
- Melancolía. Criterios para su diagnóstico:
- Uno de los siguientes:
- Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
- Falta de reactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.

- Tres o más:
- Cualidad distintiva del estado de ánimo (por ejemplo, distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada).
- Los síntomas son más intensos por la mañana. Ritmo circadiano.
- Despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.
- Anorexia o pérdida de peso significativas.
- Culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Síntomas atípicos, como puedan ser el aumento de peso, la hipersomnia, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como depresión atípica. Diagnóstico al que algunos autores otorgan una importante consistencia diagnóstica y preconizan tratarlo con IMAOs como primera indicación. (55)

#### Trastorno distímico:

- Criterio A. Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos años. (55)
- Criterio B. Dos o más de los siguientes:
  - Disminución o aumento del apetito.
  - Insomnio o hipersomnia.
  - Falta de energía vital.
  - Baja autoestima.
  - Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
  - Sentimientos de desesperanza.
- Criterio C. Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

- Criterio D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños y adolescentes).

De lo contrario, en lugar del trastorno distímico, se pasaría a hablar de un trastorno depresivo mayor crónico, o de un trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Antes de la aparición de la distimia pudo darse un episodio depresivo mayor previo, y para tal diagnóstico tuvo que remitir por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha. Tras dos años o más tras la eventual remisión de una distimia, puede darse un nuevo diagnóstico de depresión mayor, realizándose en este caso ambos diagnósticos (depresión doble). (55)

- Criterio E. Nunca ha habido un episodio maníaco, hipomaníaco, o mixto. Tampoco se dan criterios para un trastorno Ciclotímico.
- Criterios F y G. Son criterios de exclusión, al igual que el E. Se descartan la esquizofrenia, trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas, y enfermedades médicas.
- Criterio H. Los síntomas ocasionan un malestar importante, Junto a un deterioro social, laboral, o en otras áreas del funcionamiento del paciente. Por último, se especifica si el inicio es temprano (antes de los 21 años de edad), o tardío; y la presencia de síntomas. (55)

III. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo). (55)

Depresión reactiva. La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta al factor estresante, con un deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral. (55)

IV. Trastorno depresivo no especificado

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en:

1. Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo)
2. El llamado trastorno disfórico premenstrual.

3. Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia: por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.

En el DSM-IV queda contemplada en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima. (55)

Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor. (55)

#### VII. Depresión en la infancia y adolescencia

En este grupo de población también puede resultar difícil el diagnóstico, ya que la queja fundamental en muchas ocasiones no es la tristeza o un estado de ánimo bajo. En la primera infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas con la alimentación, enuresis, etc. (55)

En la adolescencia, la sintomatología puede manifestarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados, entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas para suicidas, problemas escolares. (55)

Estrategias terapéuticas ante la depresión. El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento. (55)

### **Psicopatología de la ansiedad**

La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. En este caso la reacción deja de ser normal y se considera patológica. (56)

Los trastornos que pueden producirse cuando la ansiedad es muy elevada tradicionalmente se dividen en: (56)

- Trastornos físicos y Trastornos mentales

Entre los trastornos físicos que normalmente atiende el médico se encuentran los llamados trastornos psicofisiológicos:

- Trastornos cardiovasculares (enfermedad coronaria, hipertensión, arritmias, etc.),
- Trastornos digestivos (colon irritable, úlcera),
- Trastornos respiratorios (asma),
- Trastornos dermatológicos (psoriasis, acné, eczema),
- Y otros trastornos psicofisiológicos (cefaleas tensionales, dolor crónico, disfunciones sexuales, infertilidad, etc.).

La ansiedad también está asociada a desórdenes relacionados con sistema inmune, como el cáncer o la artritis reumatoide. También encontramos niveles altos de ansiedad en trastornos crónicos que amenazan la calidad de vida, en los trastornos en los que el dolor juega un papel importante, etc. (56)

Entre los trastornos mentales los más frecuentes son sin duda los trastornos de ansiedad, sin embargo, también encontramos niveles de ansiedad elevados en muchos otros desórdenes mentales, entre ellos:

- Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia, etc.),
- Las adicciones (tabaco, alcohol, cafeína, derivados del cannabis, cocaína, heroína, etc.),
- Los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia),
- Trastornos del sueño,
- Trastornos sexuales,
- Trastornos del control de impulsos (juego patológico, tricotilomanía, etc.),
- Trastornos somatomorfos (hipocondría, somatización, conversión, etc.) (56)

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL:**

Cuantificar la prevalencia de ansiedad y depresión en la población de médicos residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt durante el periodo de octubre a diciembre del 2016.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 3.1.1. Cuantificar la prevalencia de ansiedad y depresión por sexo en médicos residentes de Anestesiología.
- 3.1.2. Identificar los factores asociados a ansiedad y depresión en médicos residentes de Anestesiología.
- 3.1.3. Identificar el nivel de ansiedad y depresión presentado por año de residencia, en médicos residentes de anestesiología.

## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Estudio transversal analítico, ya que a través de test de ansiedad y depresión de Zung se cuantifico la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt y se evaluaron posibles factores de riesgo.

### 4.2 UNIDAD DE ANÁLISIS

#### 4.2.1 UNIDAD PRIMARIA DE MUESTREO

Médicos residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt durante el periodo de octubre a diciembre del 2016.

#### 4.2.2 UNIDAD DE INFORMACIÓN

Médicos residentes del Hospital Roosevelt de primero, segundo y tercer año de residencia, que se les aplicara el test de Zung.

Primer año	11
Segundo año	11
Tercer año	11
Cuarto año	07
Total	40

### **4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **4.3.1 POBLACIÓN O UNIVERSO**

Debido a la cantidad de residentes disponibles se trabajó con el universo, correspondiendo este a una muestra temporal de todos los residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt durante el año 2016

#### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

**4.4.1** Participar de forma voluntaria

**4.4.2** Ser médicos residentes vigentes durante el periodo de estudio de postgrado del Departamento de Anestesiología

**4.4.3** Ambos sexos.

#### **4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

**4.5.1** Que los test de ansiedad y depresión no estén respondidos adecuadamente.  
(Ver anexos 2 y 3).



#### 4.6 VARIABLES

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo De Variable	Escala De Medición	Unidad De Medición
<b>Ansiedad</b>	<p>Estado de angustia y temor que acompaña muchas enfermedades y que no permite el sosiego de quien la padece.</p> <p>La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.</p>	<p>Ansiedad se refiere al nivel de angustia miedo que los médicos pueden presentar asociado a la residencia de anestesiología y está asociado a un factor desencadenante y evaluada por el test de Zung para ansiedad.</p>	Cualitativa	Ordinal	<p>No Ansiedad</p> <p>Ansiedad leve</p> <p>Ansiedad moderada</p> <p>Ansiedad grave</p>
<b>Depresión</b>	<p>Síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos.</p> <p>tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de</p>	<p>Depresión: Se trata de un trastorno emocional que hace que la persona se sienta triste y desganada, experimentando un malestar interior y dificultando sus interacciones con el entorno, se</p>	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rango normal</li> <li>• Ligeramente deprimido</li> <li>• Moderadamente deprimido</li> <li>• Severamente</li> </ul>

	<p>malestar e impotencia frente a las experiencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático</p>	<p>empleará el test de Zung para depresión.</p> <p>El rango de calificación es de 20-80.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 25-49 rango normal</li> <li>• 50-59 Ligeramente deprimido</li> <li>• 60-69 Moderadamente deprimido</li> <li>2• 70 o más, Severamente deprimido, ver test de Zung.</li> </ul>			e deprimido
<b>Prevalencia</b>	<p>Describe la proporción de la población que padece la enfermedad, que queremos estudiar, en un momento determinado. Hace referencia al número total de casos de enfermos para un tipo específico de enfermedad, en un momento y lugar particular y especial.</p>	<p># de residentes <u>con depresión y ansiedad</u></p> <p>X100</p> <p># total de residentes</p>	Cuantitativa	Razón	porcentajes

<b>Sexo</b>	El sexo biológico con el que se nace es masculino o femenino en la especie humana.	Hombre Mujer	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	La edad está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad	Cuantitativa	Nominal	años
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.	Cualitativa	Nominal	soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente

#### 4.7 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se recolectó la información de ansiedad y depresión con base al instrumento para evaluar ansiedad y depresión de Zung:

Es una escala formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 items para cada grupo, completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”<sup>1</sup>, en otras se hace referencia a “su situación actual”<sup>2</sup>, o a la semana previa<sup>3</sup>.

La escala de Likert de cada item puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada item expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Seva-Diaz A. (1982) <sup>8</sup>, propone la siguiente categorización:

No depresión < 40 (< 32 puntos)

Depresión leve 41-59 (33-47 puntos)

Depresión moderada-severa <sup>3</sup> 60 (> 47 puntos)

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92) <sup>6,20</sup>.

Muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general <sup>1</sup>, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

Cada cuestionario fue impartido por una psicóloga contratada para aclarar dudas sobre las preguntas en los cuestionarios y explicar de una forma clara y concisa como se debe llenar cada inciso de los mismos. Se optó por contratar a una psicóloga para que los resultados no se vean sesgados por que sea el examinador alguien conocido siendo parte del gremio; por este medio se concluyó en que la presencia de una psicóloga la cual tuvo una hoja donde se le coloco una clave a cada test el cual se le dio al médico residente para que ellos no coloquen su nombre y de este modo se mantiene el anonimato al final este se le entrego a la jefa de departamento donde solo la psicóloga y la jefa de departamento conozcan con nombre los resultados. Durante el procedimiento los cuestionarios se utilizaron para obtener la información completa de los médicos residentes, edad, estado civil, hijos, sexo, y si padece de algún trastorno de ansiedad o depresión o ambos diagnosticados y para poder idear estrategias para prevención de estos en las futuras promociones, poder establecer que factores son los que más afectan al médico residente para ser más propenso a padecer de estos trastornos. Si el médico residente se encuentro post turno se le realizo el test al día siguiente que ya haya descansado para mejor comprensión de la prueba y no se vieran afectadas sus respuestas por el cansancio y desvelo.

Con esta información se determinó la relación de ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Roosevelt y poder relacionar las diferentes variables con el resultado que se obtuvo al momento de interpretar el test, de esta forma poder brindarle a los médicos un tratamiento integral y de una mejor manera evitar que estos mismos y tener así una mejor atención a los pacientes y un mejor desempeño académico, y así evitar que estos lleguen a la dependencia de fármacos o al suicidio como se ha observado en varios casos y que se

implementara en un futuro que estos sean tratados con psicólogos y actividades para un mejor manejo del cansancio, estrés y obtener mejores resultados en su desarrollo laboral, académico, social y tengan una mejor calidad de vida.

#### **4.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN**

El instrumento de recolección de datos La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Tanto en la construcción de la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad como en la Escala de Autoevaluación de la Depresión, Zung tomó en cuenta ciertas precauciones necesarias a la confección de tests psicológicos. Al examinado le es imposible falsificar tendencias en sus respuestas porque la mitad de los ítems están expresados en sentido positivo y otros en sentido negativo respecto a la ansiedad, lo cual evita que la persona descubra pautas a seguir y responda de manera automática.

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala fueron escogidos para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, las personas pueden hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información. Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal.

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) comprende un cuestionario de 20 preguntas, cada uno referido a manifestaciones o características de ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales.

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala fueron escogidos para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. Por lo que es fácil la interpretación siguiendo la escala que trae el cuestionario por lo que es más fácil su interpretación sin necesidad de un psicólogo o psiquiatra.

- Datos generales del paciente como: edad, sexo, procedencia, religión
- Diagnóstico
- Hallazgos clínicos del paciente (ansiedad o depresión o ambas)

<b>Depresión</b>	<b>Ansiedad</b>
<b>25-49 Normal</b>	<b>Menos de 45 No hay ansiedad</b>
<b>50-59 Ligeramente deprimida</b>	<b>45-59 ansiedad moderada</b>
<b>60-69 Moderadamente deprimida</b>	<b>60-74 ansiedad severa</b>
<b>70 o más severamente deprimida</b>	<b>75 a más ansiedad Máxima</b>

#### **4.9 PRINCIPIOS ÉTICOS**

En todo momento se guardó confidencialidad de los datos obtenidos de cada paciente y los resultados solo fueron utilizados con el propósito estadístico para realizar el análisis del estudio.

#### **4.10 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Los datos se resumieron a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas y haciendo uso de gráficas y de medianas y cuartiles para variables cuantitativas.

Se calcularon intervalos de confianza del 95% para la prevalencia de ansiedad y depresión.

La asociación entre variables se realizó a través de tablas de contingencia y utilizando la prueba de chi cuadrado de Pearson la prueba exacta de Fisher. El tamaño del efecto a través de razones de prevalencia con su respectivo intervalo de confianza del 95%. Las variables con valores p cercanos a 0.1 fueron seleccionadas para construir un modelo de regresión logística multivariada para ansiedad y otro para depresión. El método de regresión logística utilizado fue el del método de Wald de reducción de variables y cálculo de estadística del tamaño del efecto de Wald.



## V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de estudio que consistió en la evaluación de la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Anestesiología, de Hospital Roosevelt, a través del test de Zung, durante los meses de septiembre a octubre de 2016. En el estudio se contó con la participación de 40 residentes. Primero se describen las características de los residentes y posteriormente se hace una evaluación bivariante y multivariante de la asociación entre depresión y ansiedad y características de los residentes.

Tabla 1. Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Anestesiología. Características de los residentes del posgrado de anestesiología, Hospital Roosevelt (n = 40)

Variables	Categorías	F	%
Sexo	F	30	75.0%
	M	10	25.0%
Tiene hijos	No	10	25.0%
	Sí	30	75.0%
Nivel de residencia	R I	11	27.5%
	R II	11	27.5%
	R III	11	27.5%
	R IV	7	17.5%
Tres tiempos de comida	No	35	87.5%
	Sí	5	12.5%
Padecimientos gastrointestinales	No	1	2.5%
	Sí	39	97.5%
Antecedente alcohol o drogas	No	35	87.5%
	Sí	5	12.5%

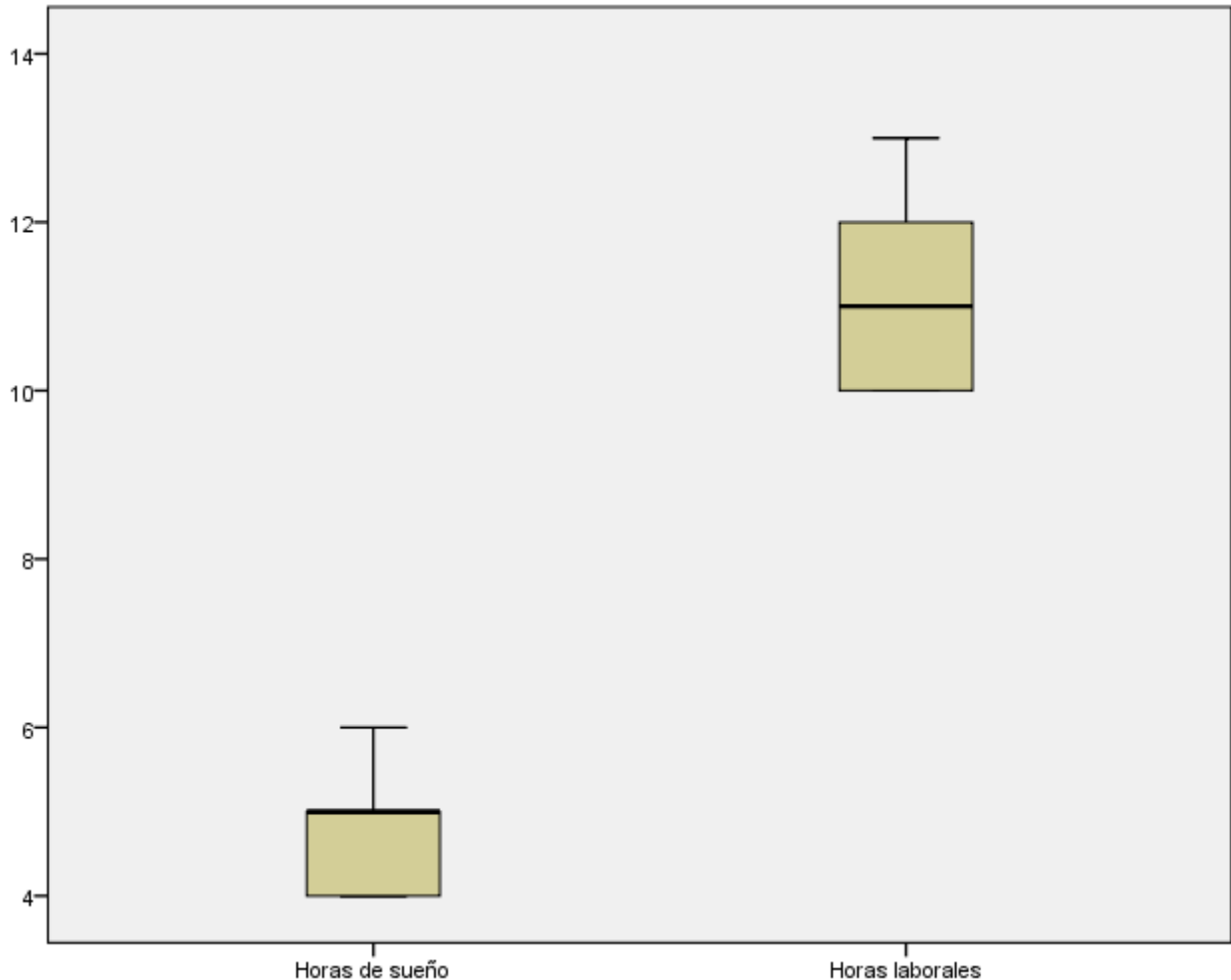
Mediana horas sueño = 5 (4, 5), media horas de sueño =  $4.70 \pm 0.56$

Mediana horas laborales = 11 (10, 12), media horas laborales =  $11.03 \pm 0.82$

Se observó que la mayoría de los residentes eran mujeres (tres cuartas partes), tenían hijos (75%), referían consumir tres tiempos de comida (87.5%), han tenido padecimientos gastrointestinales (97.5%). Solo un 12.5% refirió antecedente de

alcohol o drogas. Todos refirieron extrañar a sus seres queridos, estar agotados por el trabajo y no presentar un problema de alcoholismo o drogadicción.

Gráfica 1. Comparación de las horas laborales y horas sueño en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, 2015 (n = 40)



Se observó que la mediana de las horas laborales era de 11 horas (cuartil 1 = 10, cuartil 3 = 12), mientras la mediana de las horas de sueño solo era de 5 horas (cuartil 1 = 4, cuartil = 5). Se calculó al comparar las medianas que existe una razón de 2.2 horas laborales por cada hora de sueño.

Tabla 2. Prevalencia y grado de ansiedad en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, 2015 (n = 40)

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Moderada	24	60.0	43.57% a 76.43%
Severa	16	40.0	23.57% a 56.43%

La frecuencia de ansiedad moderada fue mayor que la de ansiedad severa, y el valor poblacional de esta variaría entre 43.6% al 76.4%.

Gráfica 2. Prevalencia y grado de ansiedad en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, 2015 (n = 40)

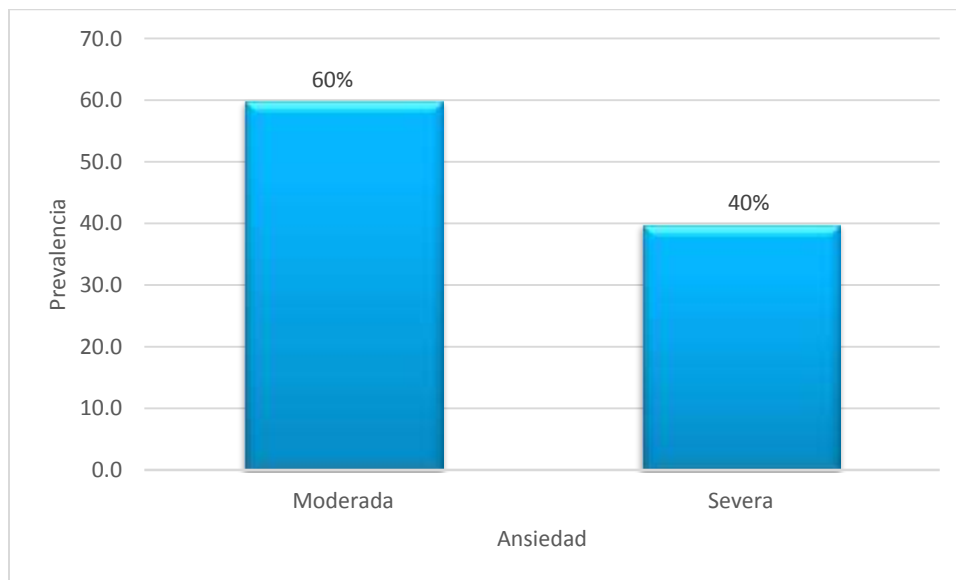
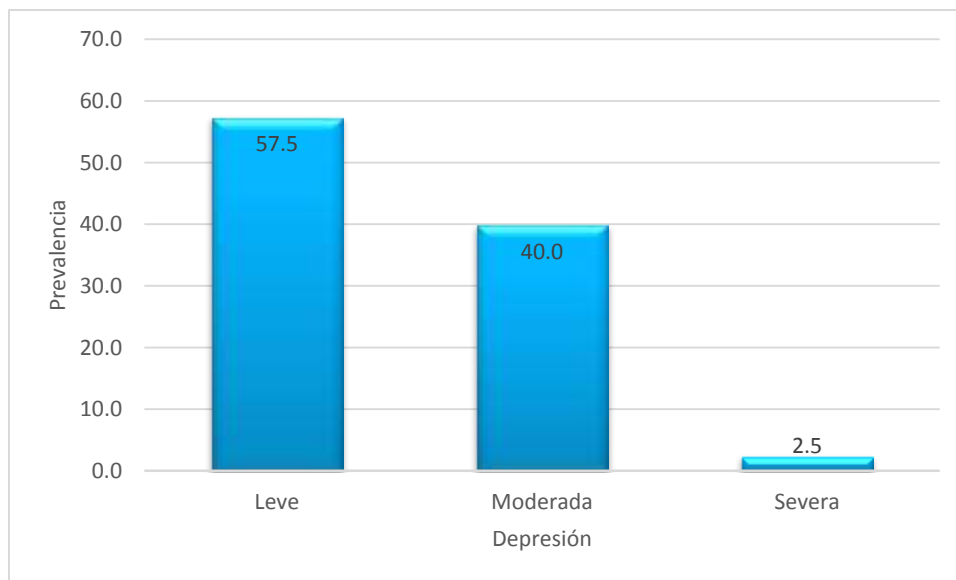


Tabla 3. Prevalencia y grado de depresión en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, 2015 (n = 40)

Depresión	Frecuencia	Porcentaje	IC 95%
Leve	23	57.5	40.93% a 74.07%
Moderada	16	40.0	23.57% a 56.43%
Severa	1	2.5	0.06% a 13.16%

El grado de depresión más frecuentemente observado fue la depresión leve (57.5%), seguido la depresión moderada (40.0%), y un solo caso de depresión severa (2.5%).

Gráfica 3. Prevalencia y grado de depresión en los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, 2015 (n = 40)



A continuación, se presenta la evaluación de la asociación de las características de los residentes y la prevalencia de ansiedad severa y depresión moderada. Primero se realizaron análisis bivariantes para seleccionar variables que fueran parte de un modelo de regresión logística multivariada.

Tabla 4. Evaluación bivariante de la asociación entre en ansiedad y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cualitativas (n = 40)

Variables	Categorías	Ansiedad		Valor p*	RP (IC 95%)
		Moderada	Severa		
Sexo	M	17 (56.7%)	13 (43.3%)	0.711	1.44 (0.51 a 4.05)
	F	7 (70.0%)	3 (30.0%)		
Tiene hijos	No	3 (30.0%)	7 (70%)	0.059	3.50 (1.06 a 11.57)
	Sí	21 (70.0%)	9 (30%)		
Nivel de residencia	R I	11 (100%)	0 (0%)	< 0.001	Referencia
	R II	11 (100%)	0 (0%)		No calculable
	R III	2 (18.2%)	9 (81.8%)		5.32 (1.71 a 16.51)
	R IV	0 (0%)	7 (100%)		22.5 (1.48 a 341.33)
Tres tiempos de comida	No	22 (65.0%)	13 (35%)	0.373	1.53 (0.40 a 5.90)
	Sí	3 (40.0%)	3 (60%)		
Padecimientos gastrointestinales	No	0 (0%)	1 (100%)	0.400	4.41 (0.19 a 102.0)
	Sí	24 (61.5%)	15 (38.5%)		
Antecedente alcohol o drogas	No	19 (54.3%)	16 (45.7%)	0.071	1.24 (0.99 a 1.56)
	Sí	5 (100%)	0 (0%)		

\* Valor p de la prueba de ji cuadrado de Pearson, en los demás casos se usó la prueba exacta de Fisher

Únicamente se encontró asociación estadísticamente significativa entre nivel de residencia y ansiedad severa, como se observa al examinar los valores p de las pruebas inferenciales correspondientes. Debido al tamaño reducido de la muestra pudieron no identificarse otras asociaciones, por ello se consideró necesario evaluar en el modelo de regresión logística las variables *tres tiempos de comida*, *padecimientos gastrointestinales*, *antecedente de alcohol o drogas* y *tener hijos*, dado que en la muestra se encontró diferencias en la prevalencia de ansiedad severa según la prevalencia específica calculada para cada una de estas variables.

Los residentes de tercer año tenían 5.2 veces el riesgo de padecer ansiedad severa en relación con los de primer año, y los de cuarto año 22.5 veces el riesgo. En los residentes que no tenían hijos se observó un riesgo de 3.5 veces de padecer ansiedad severa en relación con los que sí tenían hijos; tanto para el nivel de residencia como para la variable tener hijos, el intervalo de confianza del 95% no incluyó al valor 1, lo cual indica que son factores de riesgo poblacionales.

Tabla 5. Evaluación bivariante de la asociación entre ansiedad severa y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cuantitativas (n = 40)

Variables	Ansiedad	Percentiles			Valor p prueba Mann –Whitney
		25	50	75	
Horas de sueño	Moderada	4.00	5.00	5.00	0.564
	Severa	4.00	5.00	5.00	
Horas laborales	Moderada	10.00	11.00	12.00	0.610
	Severa	10.50	11.00	12.00	

Se compararon los percentiles de las variables horas de sueño y horas laborales entre quienes poseían ansiedad moderada y severa y no se encontraron diferencias muestrales. Al aplicar una prueba inferencial se encontró que no hubo diferencia estadísticamente significativa entre las medianas poblacionales de horas sueño y horas laborales según el grado de ansiedad observado.

Tabla 6. Evaluación bivariante de la asociación entre depresión moderada y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cualitativas (n = 40)

Variables	Categorías	Depresión			Valor	
		Leve	Moderada	Severa	p	RP (IC 95%)**
Sexo	M	6 (60.0%)	4 (40.0%)	0 (0%)	1.000	1.01 (0.70 a 1.47)
	F	17 (56.7%)	12 (40.0%)	1 (3.3%)		
Tiene hijos	No	7 (30.4%)	3 (18.8%)	0 (0%)	0.471	1.18 (0.83 a 1.68)
	Sí	16 (69.6%)	13 (81.3%)	1 (100%)		
Nivel de residencia	R I	6 (54.5%)	5 (45.5%)	0 (0%)	0.969	Referencia
	R II	7 (63.6%)	4 (36.4%)	0 (0%)		0.8 (0.29 a 2.21)
	R III	6 (54.5%)	4 (36.4%)	1 (9.1%)		1.00 (0.40 a 2.50)
	R IV	4 (57.1%)	3 (42.9%)	0 (0%)		0.94 (1.32 a 2.76)
Tres tiempos de comida	No	19 (54.3%)	15 (42.9%)	1 (2.9%)	0.373	1.14 (0.91 a 1.42)
	Sí	4 (80.0%)	1 (20.0%)	0 (0%)		
Padecimientos gastrointestinales	No	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1.000	1.04 (0.91 a 1.18)
	Sí	22 (56.4%)	16 (41.0%)	1 (2.6%)		
Antecedente alcohol o drogas	No	20 (57.1%)	14 (40.0%)	1 (2.9%)	1.000	1.01 (0.62 a 1.64)
	Sí	23 (57.5%)	16 (40.0%)	1 (2.5%)		

\* Valor p de la prueba de ji cuadrado de Pearson, en los demás casos se usó la prueba exacta de Fisher

\*\*El cálculo de RP se hizo con base a dos grupos: depresión leve y depresión de moderada a severa

Prácticamente todas las variables evaluadas no mostraron estar asociadas al grado de depresión observada. La variable que mostró mayor diferencia fue tomar los tres tiempos de comida, observándose una diferencia mayor del 25% de depresión entre quienes reportaron y no hacer los tres tiempos de comida. Las razones de prevalencia calculadas indican aumentos en el riesgo casi nulos, pues no se encontró asociación con estas variables.

Tabla 7. Evaluación bivalente de la asociación entre depresión moderada y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cuantitativas (n = 40)

Variables	Depresión	Percentiles			Valor p prueba Mann –Whitney
		25	50	75	
Horas de sueño	Leve	4.00	5.00	5.00	0.409
	Moderada a severa	5.00	5.00	5.00	
Horas laborales	Leve	10.00	11.00	12.00	0.613
	Moderada a severa	11.00	11.00	12.00	

Tampoco se observó asociación entre la depresión moderada y las variables cuantitativas evaluadas. Los percentiles 25, 50 y 75 de ambas variables no variaron según el grado de depresión.



Tabla 8. Modelo de regresión logística multivariante para evaluar la asociación entre ansiedad severa y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cuantitativas (n = 40)

Pasos de la regresión	Variables	Coeficientes	Error estándar	Wald	Valor p
Paso 1 <sup>a</sup>	Tiene hijos	18.367	7806.212	0.000	0.998
	Nivel de residencia	-39.021	11404.290	0.000	0.997
	Antecedente de alcoholismo o drogadicción	-16.314	21287.385	0.000	0.999
	Constante	17.818	21287.385	0.000	0.999
Paso 4 <sup>a</sup>	Constante	-0.405	0.323	1.578	0.209

Coefficiente de determinación de Nagelkerke, último paso de la regresión logística: < 0.001

El coeficiente de determinación mostró que el modelo no explicaba en lo absoluto los datos observados. En este modelo se agregaron las cuatro variables que fueron seleccionadas a través de los análisis bivariantes y que mostraron alguna diferencia en las prevalencias del grado de ansiedad. Sin embargo, en el último paso de la regresión, utilizando la técnica de Wald, no se identificó a ninguna de las variables como predictora de ansiedad.

Tabla 9. Modelo de regresión logística multivariante para evaluar la asociación entre ansiedad severa y características de los residentes del Posgrado de Anestesiología del Hospital Roosevelt, variables cuantitativas (n = 40)

Pasos de la regresión	Variables	Coefficientes	Error estándar	Wald	Valor p
Paso 1 <sup>a</sup>	Tres tiempos de comida	-1.214	1.168	1.080	0.299
	Constante	-0.172	0.339	0.257	0.613
Paso 2 <sup>a</sup>	Constante	-0.302	0.320	0.893	0.345

Coefficiente de determinación de Nagelkerke, último paso de la regresión logística < 0.001

Para construir el modelo de regresión logística anterior se consideraron los resultados de los análisis univariantes, sin embargo, ninguna variable se consideró estar asociada significativamente y la única que mostró diferencias muestrales fue el realizar o no los tres tiempos de comida. En el último paso de la regresión logística el coeficiente de determinación no pudo explicar la variabilidad de los datos y por tanto no pudo explicar a los datos.

## VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

En este estudio se evaluó la prevalencia de ansiedad y depresión en los residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt durante el año 2015. Además, se identificaron factores de riesgo asociados al grado de ansiedad y se comparó la ansiedad y depresión por sexo y nivel de residencia.

El estudio incluyó a 40 residentes de primero a tercer grado, realizando la evaluación de sus características a través de una ficha técnica elaborada para el estudio, así como la evaluación de la ansiedad y depresión a través del test de Zung.

La mayoría de los residentes eran mujeres (tres cuartas partes), tenían hijos (75%), referían consumir tres tiempos de comida (87.5%), y han tenido padecimientos gastrointestinales (97.5%). Solo un 12.5% refirió antecedente de alcohol o drogas. Todos refirieron extrañar a sus seres queridos, estar agotados por el trabajo y no presentar un problema actual de alcoholismo o drogadicción. También se observa la distribución por residencia fue muy similar siendo una menor frecuencia de estudiantes de residencia grado 3 a 17.5%.

Respecto a la prevalencia de ansiedad en total se observó en menor o mayor grado estar presente en el 100% de los residentes, correspondiendo el 60% a ansiedad moderada y el 40% a ansiedad severa y no se observó ningún caso de ansiedad leve. En la población de la que se extrajo la muestra, la frecuencia de ansiedad severa podría variar entre el 24% al 76%, según el intervalo de confianza calculado.

La depresión estuvo presente también en el 100% de los residentes correspondiendo un 2.5% a la depresión severa, un 40% a depresión moderada y un 57.5% a depresión leve. Al comparar los resultados de este estudio con estadísticas a nivel mundial se observa una frecuencia de ansiedad y depresión mayor en los residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt; por ejemplo, se sabe que a nivel mundial, la depresión está presente entre el 7 al 56% de todos los residentes, y se sabe que los anestesiólogos tienen 7.5 veces mayor riesgo de presentar depresión en relación a otros residentes (6, 8).

Mientras que en la población médica la incidencia del estrés laboral es del 28%<sup>10</sup>, en los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada siendo del orden del 50% a nivel europeo<sup>11</sup> y del 59%<sup>12</sup> - 64%<sup>13</sup> - 96%<sup>14</sup> a nivel latinoamericano, lo cual puede estar relacionado a numerosos aspectos de la compleja vida laboral del anestesiólogo como lo es la falta de control de su tiempo, la interferencia con la vida familiar, los aspectos medico legales, problemas de comunicación, el sistema de trabajo, contactos con pacientes graves, decisiones de emergencia y contacto con la muerte, entre muchas otras.

La realidad actual nos muestra anestesiólogos trabajando largas horas en ambientes estresantes, sin el descanso adecuado, en esta investigación se observó que la mediana de las horas laborales era de 11 horas (cuartil 1 = 10, cuartil 3 = 12), mientras la mediana de las horas de sueño solo era de 5 horas (cuartil 1 = 4, cuartil = 5), siendo esta una razón de 2.2 horas de trabajo por cada hora de descanso.

Al evaluar la distribución de la ansiedad y la depresión por sexo es decir la prevalencia específica por sexo no se encontraron diferencias considerables y estadísticamente significativas la depresión prácticamente no varió entre hombres y mujeres mientras la ansiedad fue un poco mayor en las mujeres al aplicar una prueba inferencial correspondiente en la cual la hipótesis nula implicaba que la prevalencia poblacional de ansiedad entre hombres y mujeres no variaba no se encontró suficiente evidencia estadística para rechazar esta hipótesis y se concluyó que la frecuencia de ansiedad entre hombres y mujeres no varía en la población de la que se extrajo esta muestra. Es importante hacer mención que a pesar que es el trabajo con el universo disponible está sin embargo es una muestra temporal de todos los residentes que estaban inscritos durante el año 2016 y en este estudio se busca generalizar los resultados los residentes que posteriormente estudien el posgrado de anestesiología en el Hospital Roosevelt, así como residentes de anestesiología en el contexto nacional, sobre todo en hospitales escuela. El tamaño de la muestra reducido limitó tanto la capacidad de encontrar diferencias de la prevalencia según las variables independientes

estudiadas, así como generalizar los resultados a otras poblaciones. Cómo se verá y recalcará más adelante esto se conoce como la potencia del estudio mientras se trabaja un tamaño pequeño de muestra se tiene una menor probabilidad de encontrar diferencias de la variable respuesta entre las categorías de la variable independiente o variables independientes es decir en el contexto epidemiológico identificar posibles factores de riesgo.

Respecto a la variable grado de residencia se observó que a mayor grado de residencia había una mayor prevalencia de ansiedad correspondiendo el 100% a la ansiedad en los estudiantes de tercer grado, un 82% a los estudiantes de segundo grado y 0% tanto en estudiantes de primer grado. La prueba chi cuadrado de Pearson aplicada mostró asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, también se construyó una tabla de 2\*2 en la cual se separaban a los residentes grado 1 y 2 de los residentes grado 3 y 4 se aplicó una prueba exacta de Fisher que posee una potencia superior a la prueba de chi cuadrado dado que esta es una prueba exacta y también se encontró diferencia estadísticamente significativa; de hecho, esta fue la única variable que pudo reconocerse como estadísticamente significativa en todo el estudio, pero como se dijo anteriormente hubo limitaciones claras debido a la tamaño reducido de la muestra. Respecto al tamaño del efecto, los residentes de tercer año tenían 5.2 veces el riesgo de padecer ansiedad severa en relación con los de primer año, y los de cuarto año 22.5 veces el riesgo. La depresión por su parte no mostró diferencias sustanciales según el grado de residencia sin embargo estuvo presente en todos los grados de residencia con una frecuencia similar que en promedio fue del 42.9%.

A continuación, se evaluaron posibles factores de riesgo asociados a ansiedad y depresión a través de pruebas inferenciales bivariadas y multivariadas y se encontró diferencias muestrales en las prevalencias de ansiedad mayores en personas que no tenían hijos (en los residentes que no tenían hijos se observó un riesgo de 3.5 veces de padecer ansiedad severa en relación con los que sí tenían hijos), en aquellos que tenían molestias gastrointestinales y en aquellos que no

consumían sus tres tiempos de comida, sin embargo, estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas. Las horas de sueño y horas de trabajo no variaban entre residentes, por tanto estas variables al igual que extrañar a seres queridos, no tener actualmente problemas de drogas y alcohol y sentirse agotado debido al trabajo no mostró variación entre los residentes y por tanto no pudieron aplicarse pruebas estadísticas para su estudio dado que estas trabajan con el requisito que exista variación, de manera que las diferencias encontradas puedan compararse con las variaciones naturales debidas al azar. Sin embargo, podría decirse de estas variables que, de hecho, sí contribuyen a la alta prevalencia de ansiedad y depresión de los estudiantes, porque se han identificado en otros estudios como predictores de estas entidades y estaban presentes en todos los residentes.

Se concluyó de forma general que, aunque solo se identificó la variable nivel de residencia como asociada significativamente a ansiedad severa, otros eventos como una desproporcionada razón de horas de trabajo/horas sueño, el agotamiento laboral expresado por todos los residentes, la existencia de problemas gastrointestinales y el consumo parcial de los tiempos de comida contribuyen a la alta prevalencia de ansiedad en los residentes de anestesiología del Hospital Roosevelt. Además, dado que todos poseían ansiedad y depresión no había un grupo de control de no ansiedad y depresión lo cual hizo más difícil aplicar métodos estadístico epidemiológicos para identificar factores de riesgo.

## 6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1 La prevalencia de ansiedad en los residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt durante el año 2015 fue 24% para su variante moderada y 16% para su variante severa.
- 6.1.2 La prevalencia de depresión leve en los residentes de medicina fue de 57.5% el grado leve, 40 % el grado moderado y 2.5% el grado severo.
- 6.1.3 La prevalencia de ansiedad severa en hombres fue del 43.3% y del 30.0% en mujeres.
- 6.1.4 La prevalencia de depresión moderada en hombres fue del 43.3% y del 40.0% en mujeres.
- 6.1.5 Se observó mayor grado de ansiedad en los residentes que no tenían niños, y aquellos que no hacían sus tres tiempos de comida.
- 6.1.6 Aunque la razón de 2.2 horas de trabajo por cada hora sueño, no mostró variación alguna entre los residentes, y su efecto no pudo estudiarse por métodos estadísticos, esto pudo influir en la alta prevalencia de depresión y ansiedad en los residentes.
- 6.1.7 Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de ansiedad y el grado de residencia a través de estadística bivalente ( $p < 0.001$ ). Observándose que, en conjunto, los residentes II y III poseen una prevalencia de ansiedad severa del 88.9%.
- 6.1.8 La prevalencia de depresión varió significativamente según grado de residencia.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

- 6.2.1 Realizar un estudio multicéntrico sobre ansiedad y depresión en residentes de Anestesiología para contar con una mayor muestra que permita estudiar ampliamente los factores de riesgo de estas entidades.
- 6.2.2 Implementar un programa de salud mental para tratar y prevenir casos severos de ansiedad y depresión en residentes de anestesia.
- 6.2.3 Realizar las acciones suficientes a nivel institucional y personal para reducir la cantidad de horas laborales por cada hora de sueño.



## VII.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calabrese G: Riesgos Profesionales. En Texto de Anestesiología Teórico Practico, J. A. Aldrete. Manual Moderno, México. 2003;pp.1477-1498.
2. Calabrese G: ¿ A que riesgos profesionales estamos expuestos los anestesiólogos ? Rev. Anest. Mex. 2004;16;3 .En Internet: <http://www.anestesiaenmexico.org/RAM3/indexRAM3.html>.
3. Jackson SH. The role of stress in anaesthetists' health and well-being. Acta Anaesthesiol Scand 1999; 43(6): 583-602.
4. Calabrese G: In fluencia del Estilo de vida Laboral del Anestesiólogo en la salud. En Anestesiólogos Mexicanos en Internet .Ciberconferencia En: II Congreso Virtual Mexicano de Anestesiología. I Congreso Virtual Latinoamericano de Anestesiología [www.anestesia.com.mx/congreso](http://www.anestesia.com.mx/congreso) 2002 ; 1-30 de noviembre 2002.
5. Calabrese G: Estrés crónico en el anestesiólogo actual .Actas Peruanas 2001;14;1;10-13.
6. Calabrese G: Impacto del estrés laboral en el anestesiólogo. Rev. Col. Anest. 2006;34: 4: 233-240.
7. Firth-Cozens J. The psychological problems of doctors. In: Firth-Cozens J, Payne R, eds Stress inhealth professionals: psychological and organizational causes and interventions.London: Wiley, 1999.
8. Nyssen AS, Hansez I, Baele P, Lamy M, DE Keyser V Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br JAnaesth 2003 Mar; 90(3):333-7
9. Calabrese G.: Informe CLASA 2000 «Encuesta de Riesgos Profesionales del Anestesiólogo en Latinoamérica. Comisión de Riesgos Profesionales .Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. En Actas de la XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador. El Salvador.2001[http://www.clasa-anestesia.org./serch/comisiones/condiciones\\_laborales.pdf](http://www.clasa-anestesia.org./serch/comisiones/condiciones_laborales.pdf).
10. Triana M. A. Huergo J.R.: Estudio de estrés en los anestesiólogos de La Habana. Rev. Esp Anest. Rean.1994;41:273-77.
11. Calabrese G.: Trastornos psíquicos relacionados al trabajo del anestesiólogo. En actas del IV Congreso Sudamericano de Anestesiología. Montevideo-Uruguay 1996:4.
12. Kluger Mt, Townend K, Laidlaw T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialistanaesthetists. Anaesthesia 2003 Apr;58(4):339-45.
13. Kam P.C.: Occupational stress in anaesthesia Anesth.Inten. Care 1997; 686-90.

14. Abdelmalak B. Stress in American AnesthesiologyResidencies. ASA Newsletter. En internet: [www.asahq.org/Newsletters/1999/12\\_99/resident1299.html](http://www.asahq.org/Newsletters/1999/12_99/resident1299.html).
15. Calabrese G: Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. Anest Analg Rean . dic -2006;20 (2) 4- 40.
16. Consejo ChC. (2005) Ética y poder: formación de residentes e internos. Rev Med IMSS;43(1):1-3.
- 13.Climent, E. (1999) Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria, E.U.A. Organización Panamericana de la Salud.
14. Díaz AF, Prados CM, y López GS. (2002) Relación entre rendimiento académico, Síntomas, depresivos, edad y género en una población de adolescentes. En Psiquiatría; 6 (2).
15. Gross R. (1994) Psicología la ciencia de la mente y la conducta. México. Manual Moderno.
16. Kernberg P, Weiner SA. (2002) Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. México. Manual Moderno.
17. Macias J. (2000) Correlación entre la depresión y el desempeño escolar en adolescentes del tercer año de preparatoria.
18. Martínez LP, Medina MME, Rivera E. (2005) Adicciones, depresión y stress en médicos residentes. Rev Fac Med UNAM; 48(5):191-197.
19. Mayne, J. (2001) Emotions and Health. En Mayne, T, y G. Bonanno. Emotions. New Cork. The Guilford Press..
20. Pérez V. (2002) Depresión en adolescentes. Relación con el desempeño académico.[www.pepsic.bus.br/scielo.php?scrip=sci\\_arttxpid=s1413-&5527365html](http://www.pepsic.bus.br/scielo.php?scrip=sci_arttxpid=s1413-&5527365html)
21. Historia de las especializaciones médicas. Disponible en: <http://132.248.160.169/division/historia/Historia.htm#his>
22. Quijano PF. La historia de las residencias médicas en México. Rev Méd IMSS 1988;26:347-348.

23. Quijano PF, Fernández AME. Apuntes sobre la historia de las especialidades en México. Rev Méd IMSS 1994;32:391-394.
24. Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM). Normas operativas. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/Normas\\_Operativas.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/Normas_Operativas.pdf)
25. Aymat RA, Bazán J, Cerisola MG, Heredia V y col. El sistema de residencias visto por el residente. Arch Med Familiar y Gral 2006;3(2):22-27.
26. American Psychiatry Association (DSM-IV). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3rd ed. Washington: APA; 1994.
27. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 2008;336(7642):488- 491.
8. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. Arch Intern Med 2005;165:2601-2606.
29. Maier W, Buller R, Philipp M, Heuser I. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. J Affect Disord 1988;14:61-68.
30. Garcia LL, Camacho MA, Sperli GSZ. Health and quality of life of medical residents. Rev Assoc Med Bras 2010;56:81-90.
31. Peterlini M, Tibério IF, Saadeh A, Pereira JC, Martins MA. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. Med Educ 2002;36(1):66-72.

**VIII. Anexos**  
**HOSPITAL ROOSEVEL**

A través de este documento se le hace una invitación a participar de forma voluntaria del estudio de investigación clínica. Para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Anestesiología del Hospital Roosevelt.

A continuación se le proporciona la información necesaria para de tomar la decisión de participar y si así lo desea, puede comentarlo con la persona que usted considere pertinente, si tiene preguntas puede hacerlas directamente a la investigadora.

Una vez que haya tomado la decisión de participar, se le pedirá que firme este documento. Podrán retirar su consentimiento en cualquier momento y sin tener que explicar las razones.

Tipo de estudio: Transversal descriptivo.

Tiempo que empleara su participación es de aproximadamente 20 a 30 minutos.

Los cuestionarios que debe responder se han dividido en 3 series, el primero de 11 preguntas, sobre aspectos personales las cuales servirán de apoyo para relacionar los factores que más afectan la calidad de vida del médico residente de anestesiología; la segunda y tercera series constan de 20 preguntas cada una las cuales están clasificadas en: nunca o casi nunca, a veces, con bastante frecuencia y siempre o casi siempre. Marque con un X la casilla respectiva.

El siguiente estudio es de participación voluntaria y puede retirarse en cualquier momento, aun después de haber firmado este consentimiento. La participación en el estudio no implica remuneración económica por parte del investigador.

Toda la información es considerada confidencial y no se revelara su nombre.

Usted recibirá una copia de este consentimiento completamente firmado.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (Residente)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma (Encuestador)

DPI:

DPI:

## BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### Anexo 1: Estado civil: \_\_\_\_\_

Por favor complete TODOS los datos, para obtener un resultado significativo

- |  |  |
|--|--|
| 1. ¿tiene hijos?<br>Si<br>No<br>Cuantos _  | momento (salud, emocional, sentimental, económico)?<br>Si<br>No  |
| 2. ¿horas de sueño diarias?  | Si su respuesta es sí especifique de que tipo:   |
| 3. Horas laborales diarias un estimado :   | <hr/>  |
| 4. ¿hace usted sus tres tiempos de comida?<br>Si<br>No   | 9. ¿Tiene alguna adicción alcoholismo o drogadicción?<br>Si<br>No  |
| <hr/>  | Si su respuesta es sí especifique de que tipo:   |
| 5. ¿Sufre de algún padecimiento gastrointestinal?<br>Sí<br>No<br>Especifique _____                         | <hr/>  |
| 6. ¿extraña pasar más tiempo con su familia o amigos?<br>Sí<br>No  | 10. ¿Qué factor considera usted que le ha afectado más en su periodo de residencia?<br>a) Estrés laboral<br>b) Post grado<br>c) Desvelos<br>d) Manejo de casos de pacientes críticos.<br>e) El tiempo de encierro diario dentro de los quirófanos. |
| 7. ¿Cree que su desempeño ha disminuido?<br>Sí<br>No<br>Si su respuesta es sí especifique porque:<br>_____ | 11. ¿Antecedente personal o familiar de depresión o ansiedad (con tratamiento)?<br>Si<br>No  |
| 8. ¿Está pasando por algún problema personal en este   | Si su respuesta es sí especifique de que tipo y medicamento:   |

ANEXO 2

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. POR W. W. K. ZUNG Edad: \_\_\_\_ Sexo:

Estado civil \_\_\_\_\_ Residente: I II III

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o Casi siempre	Puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales o estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

ANEXO 3  
 ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D. POR W. W. K. ZUNG

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante Frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Se me adormecen o me hinchan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
<b>TOTAL DE PUNTOS</b>						

### **PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO**

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medios la tesis titulada "PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE ANESTESIOLOGÍA" para pronósticos de consulta académica sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción comercialización total o parcial.