

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

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN MÉDICOS RESIDENTES

ARIANA MARILYN SEGURA TECÚN



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
Medicina Interna
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en
Medicina Interna
Junio, 2018



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.108.2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Ariana Marilyn Segura Tecún

Registro Académico No.: 199912901

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Medicina Interna**, el trabajo de TESIS **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN MÉDICOS RESIDENTES**

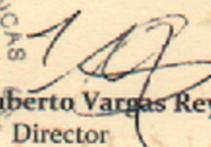
Que fue asesorado: Dr. Edgar René Peña García

Y revisado por: Dr. Renan Velíz Pérez MSc.

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

Guatemala, 24 de mayo de 2018




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

Cuilapa, Santa Rosa 20 de marzo de 2018.

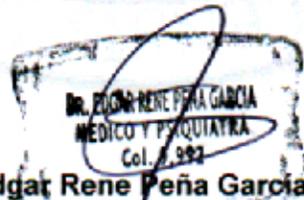
Dr. Miguel Eduardo Garcia
Coordinador Especifico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he supervisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Ariana Marilyn Segura Tecún carné 199912901 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula **"TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN MEDICOS RESIDENTES HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, 2014"**.

Luego de supervisar, hago constar que la Dra. Segura Tecún, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo esta 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. Edgar René Peña García MSc.
Asesor de Tesis

Cuilapa, Santa Rosa 20 de marzo de 2018

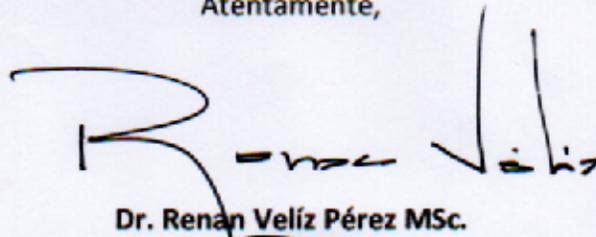
Dr. Miguel Eduardo García
Coordinador Específico
Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa
Escuela de Estudios de Post-Grados

Respetable Dr. García:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora Ariana Marilyn Segura Tecún carné 199912901 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Medicina Interna, el cual se titula **"TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN MEDICOS RESIDENTES HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, 2014"**.

Luego de revisar, hago constar que el Dra. Segura Tecún, 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,



Dr. Renan Veliz Pérez MSc.

Revisor de Tesis y docente

Dr. Renan Kerin Veliz
Maestría en Medicina Interna
Colegiado 3488



A: Dr. Miguel Eduardo Garcia, MSP
Docente responsable.

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

Fecha de recepción del trabajo para revisión 17 de abril de 2018

Fecha de dictamen: 19 de Abril de 2018

Asunto: Revisión de Informe final de:

ARIANA MARILYN SEGURA TECUN

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO EN MEDICOS RESIDENTES

Sugerencias de la revisión:

- Autorizar examen privado.

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



AGRADECIMIENTOS

- A Dios: Por su infinito amor y misericordia, por la sabiduría, por ser mi refugio, amparo y consuelo, gracias Santísima Trinidad y Virgen María.
- A mi Familia: Por su amor y apoyo incondicional a mi madre Sra. Brenda Tecún, a mi padre Licdo. Marco Tulio Ozuna, a mi amado esposo Dr. Mario Gerónimo Ramírez Cedillo, a mi abuela Sra. Teodula Ozuna (+), a mi abuelo Sr. José Morel Segura Estrada.
- A la USAC: Al Post grado de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, con sede en el Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.
- A mi Maestro: Dr. Renan Veliz Pérez por su visión de futuro y enseñanzas, por ser mi mentor y formador en la Ciencias de Medicina Interna
- A mis Docentes: Por sus enseñanzas y apoyo, Dra. Carolina Durán, Dra. Isabel Fonseca, Dra. Magdalena González.
- A mis colegas: Por una hermandad forjada en la ciencia, Dra. Zayda Trejo, Dra. Dora Morales, Dra. Luz Elena Monroy, Dra. Marsha Pineda

INDICE DE CONTENIDOS

	Contenido	Página
	Resumen	I
I.	Introducción	01
II.	Antecedentes	02
III.	Objetivos	08
IV.	Materiales y métodos	09
V.	Resultados	14
VI.	Discusión y análisis	26
VII.	Referencias Bibliográficas	31
VIII.	Anexos	34

INDICE DE GRÁFICAS

Contenido	Página
Gráfica 01	Población y año de residencia 14
Gráfica 02	Ansiedad y Sexo 14
Gráfica 03	Ansiedad y Estado Civil 15
Gráfica 04	Ansiedad en Residentes 15
Gráfica 05	Ansiedad y Año de Residencia 16
Gráfica 06	Ansiedad y Especialidad 16
Gráfica 07	Ansiedad en Pre y Post turno 17
Gráfica 08	Ansiedad y Consumo de Tóxicos 17
Gráfica 09	Ansiedad y Servicios 18
Gráfica 10	Ansiedad y Llamadas de Atención 18
Gráfica 11	Depresión 19
Gráfica 12	Depresión y Sexo 19
Gráfica 13	Depresión y Especialidad 20
Gráfica 14	Depresión y Servicio 20
Gráfica 15	Depresión y Consumo de Tóxicos 21

INDICE DE CUADROS

Contenido	Página
CUADRO No.01 Población y año de residencia	22
CUADRO No.02 Ansiedad y Sexo	22
CUADRO No.03 Ansiedad y Estado Civil	22
CUADRO No.04 Ansiedad en Residentes	22
CUADRO No.05 Ansiedad y Año de Residencia	23
CUADRO No.06 Ansiedad y Especialidad	23
CUADRO No.07 Ansiedad en Pre y Post turno	23
CUADRO No.08 Ansiedad y Consumo de Tóxicos	23
CUADRO No.09 Ansiedad y Servicios	24
CUADRO No.10 Ansiedad y Llamadas de Atención	24
CUADRO No.11 Depresión	24
CUADRO No.12 Depresión y Sexo	25
CUADRO No.13 Depresión y Especialidad	25
CUADRO No.14 Depresión y Servicio	25

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO (DEPRESION Y ANSIEDAD) EN MEDICOS RESIDENTES, HOSPITAL REGIONAL DE CUILAPA, SANTA ROSA 2014.

(Estudio descriptivo, transversal, realizado en médicos residentes del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa, 2014).

Dra. Ariana Marilyn Segura Tecún^{*}; Dr. Renán Kerin Veliz Pérez^{**}, Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.

^{*}Residente de 3er.Año Maestría en Medicina Interna, ^{**} Jefe del Departamento de Medicina Interna.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los trastornos del ánimo en médicos residentes de las especialidades de Anestesiología, Cirugía, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Traumatología del Hospital Regional de Cuilapa, Sta. Rosa en el periodo de enero 2014 a diciembre 2014.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo en médicos residentes del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa y mediante hoja de entrevista y recolección de datos y los test de Hamilton para depresión y ansiedad los cuales determinaron y clasificaron si existe o no trastornos del estado de ánimo. Los datos obtenidos fueron introducidos en base de datos, analizados en base a las escalas y promedios de los test utilizados mediante sistema operativo Windows 7, Excel 97-2003.

RESULTADOS: Participaron 81 médicos residentes en el estudio en los cuales se observó predominio del género masculino (91.2%), no se encontraron médicos residentes con depresión severa, en lo que respecta a los diferentes niveles de ansiedad se observó que 51% de la población presentó ansiedad normal, 42% ansiedad ligera y 7% ansiedad moderada que debe ser tratada debido a que es un estado patológico. Las especialidades de Pediatría y Cirugía son las que constituyen el grupo de ansiedad moderada (66%) y depresión 23%, los residentes con ansiedad moderada y depresión se encontraban al momento de la evaluación, a cargo de los servicios de emergencia y cuidado crítico.

CONCLUSIONES: Los médicos residentes con trastorno de ansiedad moderada patológica son los que se encuentran sometidos a mayor estrés por estar en áreas donde existe alta demanda de atención al público y donde la toma de decisiones debe ser inmediata y certera como lo son las unidades de emergencia y cuidado crítico.

I. INTRODUCCION

Los trastornos del estado de ánimo no son contemporáneos, por el contrario, numerosos textos antiguos los narran; tal es el caso de la historia del rey Saúl en el viejo testamento y la del suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero que describen síndromes depresivos. Aproximadamente en el 400 A.C. Hipócrates utilizó los términos de manía y de melancolía para describir los trastornos mentales. Cerca del año 30 D.C. el médico romano Aulus Cornelius Celsus en su texto *De re medicina*, describió el concepto de la melancolía utilizado por los griegos (Melan-negra y Cholé-bilis) como una depresión causada por la bilis negra. En 1686 Bonet describió una enfermedad mental a la que llamó maniaco-melancholicus. En 1854 Jules Falret llamó folie circulaire, a una patología en la que el paciente experimentaba de forma cíclica estados depresivos y maníacos. Los trastornos del ánimo son un grupo heterogéneo y prevalente de enfermedades médicas multi-sistémicas, que se manifiestan con grados variables de depresión, euforia o irritabilidad y se asocian a un significativo deterioro físico y social. Considerando la demostrada eficacia de los tratamientos actuales, resulta paradójico que muchos pacientes permanezcan subdiagnosticados y subtratados, pese al profundo nivel de discapacidad y el gran uso de los recursos de salud general que puede acompañar a estos trastornos, además no se encontraron estudios sobre esta afección y su incidencia en el personal médico, ya que esto podría influir en la atención que este le presta al paciente, por eso surgió la inquietud de realizar esta investigación para determinar la existencia o no de los trastornos del estado de ánimo en los médicos residentes de las diferentes especialidades del Hospital Regional de Cuilapa

II. ANTECEDENTES

Trastorno de ansiedad es común tanto en la comunidad y el ámbito clínico. Los estudios epidemiológicos de las muestras representativas a nivel nacional en los Estados Unidos han encontrado una prevalencia de vida del TAG del 5,1 por ciento [1,2] a 11,9 por ciento [3]. Una revisión de estudios epidemiológicos en Europa encontró una prevalencia de 12 meses entre 1,7 y 3,4 por ciento [4], y una prevalencia de 4.3 a 5.9 por ciento [5].

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la población general [6].

2.1 Definiciones:

ANSIEDAD: Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una excesiva y persistente preocupante que es difícil de controlar, provoca malestar significativo o deterioro, y se produce en más días durante al menos seis meses. Otras características incluyen los síntomas psicológicos de ansiedad, como la aprensión y la irritabilidad, y la física (o somática) síntomas de ansiedad, tales como aumento de la fatiga y la tensión muscular. DSM- 5 [7]

DEPRESION: Síndromes depresivos se definen en el DSM-5 [7]. El término "depresión mayor" en este tema se refiere a la depresión unipolar. Un síndrome depresivo mayor o episodio se manifiesta con cinco o más de los siguientes síntomas, presente la mayor parte del día, casi todos los días durante un mínimo de dos semanas consecutivas. Al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer:

- ✓ Episodio depresivo previo
- ✓ Los antecedentes familiares
- ✓ El género femenino
- ✓ Depresión post-parto
- ✓ El trauma infantil
- ✓ Eventos estresantes en la vida
- ✓ Apoyo social deficiente
- ✓ Enfermedad médica seria
- ✓ Demencia
- ✓ El abuso de sustancias

Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son condiciones altamente prevalentes que frecuentemente co-ocurren. Las personas afectadas por la ansiedad y los trastornos depresivos concurrentemente han mostrado en general mayores niveles de deterioro funcional, reducción de la calidad de vida, y los resultados del tratamiento más pobres en comparación con los individuos con sólo un trastorno.

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses.(7)

DIFERENCIAS ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Ambas entidades unas veces coexisten y otras se anteceden, esto hace que diferenciar ansiedad de depresión, y viceversa, no sea una tarea sencilla.

Por lo cual algunos autores insisten en borrar las fronteras que pueda haber entre ambos trastornos y abogan por abordarlos como si de una misma patología se tratara. En cualquier caso, existen rasgos diferenciales claros entre una y otra entidad.(7)

- La ansiedad es un sistema de alerta que se activa en previsión de un peligro o amenaza futuro. La depresión, en cambio, es consecuencia de acontecimientos pasados que implican pérdida, degradación o fallos. (7)

- Todas las alteraciones físicas y psíquicas provocadas por la ansiedad van encaminadas a prevenir las circunstancias desagradables que se presuponen: el organismo se prepara para escapar, evitar o luchar contra los elementos amenazantes y, dada la sobrevaloración del riesgo y la minusvaloración de los propios recursos, a nivel psicológico dominan la hipervigilancia, la aprensión, la irritabilidad y la inseguridad. Sin embargo, la depresión produce quietud, disminución o lentificación de los movimientos y una profunda tristeza.

- A diferencia de la depresión, la ansiedad no sufre variaciones ni a lo largo del día ni estacionales. Tampoco supone una pérdida del disfrute y obtención de placer.

Los diferentes trastornos de ansiedad tienen manifestaciones específicas que los caracterizan (rituales).(7)

2.3 EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos mentales son enfermedades que se caracterizan por producir alteraciones en el pensamiento, afecto y emociones y comportamiento acompañado de un gran sufrimiento y compromiso del funcionamiento del individuo afectado, además son entidades que se prolongan en el tiempo o tienen un carácter recurrente. Los trastornos depresivos y la ansiedad son enfermedades mentales que tienen un alta prevalencia en la población general y en estudios de poblaciones específicas estos valores han sido mayores.**(8)**

Más de 450 millones de personas sufren de un trastorno de salud mental en el mundo, alrededor de 1 millón de personas se suicidan cada año. A nivel mundial el trastorno depresivo unipolar representa la primera causa de años perdidos laborales.**(8)**

Según la encuesta de Salud mental realizada en Guatemala en 2009 la cual reportó que uno de cada cuatro guatemaltecos padecen algún trastorno de salud mental, principalmente trastorno neurótico seguido de trastornos del humor (depresión, distimia y bipolaridad); el sexo femenino fue el más afectado con trastorno de ansiedad. El 56% de la población ha presentado en algún momento de su vida pensamiento suicida. El 7% de los guatemaltecos presentan algún trastorno depresivo. Se presenta como trastorno de salud mental el abuso de alcohol en el 5.2% de la población guatemalteca y el tabaquismo con 3.7%. **(8,9)**

Cabe resaltar que los principales trastornos de salud mental a nivel mundial son la depresión y ansiedad resulta intrigante determinar la prevalencia de las mismas en personal médico debido a que estos individuos desde su formación universitaria se ven sometidos a altos niveles de estrés los cuales van en aumento mientras avanzan los estudiantes en años más complejos de carrera universitaria y llegan a su mayor expresión de estrés laboral al cursar maestrías o laborar como médicos residentes en hospitales públicos donde una alta demanda laboral, turnos de más de 36 hrs, mala alimentación, privación del sueño los somete a presentar en determinados momentos una carga emocional tan alta que los puede llevar a desarrollar Síndrome de Burnout y porque no también cabe la posibilidad que los condicione a desarrollar trastornos del ánimo como depresión y ansiedad, trastornos que como ya se mencionó son frecuentes en la población guatemalteca.**(8,9)**

A nivel mundial se han realizado estudios para determinar el nivel de depresión que presentan los médicos residentes, en el año 2005 en México se realizó un estudio que evaluó eventos depresivos en médicos residentes encontrando que en el ámbito médico la depresión es más frecuente en solteros y sometidos a estrés; se asocia con el abuso de sustancias, es el desorden psiquiátrico más frecuente y la causa más común de muerte por

suicidio. Los resultados del estudio apoyan la hipótesis sobre una mayor prevalencia (16%) en el grupo de médicos residentes, respecto a lo calculado para la población general (10%) para México. El principal grupo de residentes afectado fue el grupo perteneciente a Medicina Interna 24%.**(10)**

En EEUU, se realizó un estudio que revela una curiosa relación entre los médicos que presentan depresión y una prescripción errónea de los pacientes que atienden. Los investigadores encontraron que el veinte por ciento de los residentes estaba deprimido y que el 74 por ciento sufría de desgaste profesional. Durante el periodo del estudio, los residentes cometieron un total de 45 errores en la medicación y los que estaban deprimidos cometieron 6.2 veces más errores en los fármacos que los que no lo estaban.

Estos hallazgos sugieren que la salud mental de los médicos podría desempeñar un papel más significativo en la seguridad de los pacientes de lo que antes se sospechaba, apuntaron los autores del estudio.**(11)**

En un estudio sobre depresión en estudiantes de medicina la prevalencia global de depresión fue de 21.6 %, siendo casi de dos mujeres por un hombre. Se ha reportado depresión en el 36.4 % de los estudiantes que cursan ciencias básicas en el primer semestre de la carrera de medicina. La depresión, ansiedad y hostilidad son respuestas emocionales al estrés; los síntomas de depresión en estudiantes de medicina pueden ser difíciles de distinguir de los efectos del estrés inherentes a la vida del estudiantes **(12,13)**.

Algunos de los factores que faciliten que una persona se involucre en el consumo de drogas y en general en conductas problemáticas son: el medio ambiente que rodea al sujeto, desorganización social, alta disponibilidad a drogas, tensión, estrés y angustia generadas por las demandas del rol que desempeña en el área laboral.

El grado de depresión, ansiedad e ideación suicida se han visto relacionados con el consumo de drogas, por lo cual un estudio realizado en médicos residentes en la ciudad de México reveló que 14% de la población presentó altos niveles de ansiedad y 47.5% presentó depresión y ambos grupos que se incluyeron en trastornos de salud mental estaban incluidos en el grupo de consumo de drogas (alcoholismo) 41.2%.

Por lo anterior cabe resaltar que en Guatemala no se ha encontrado estudios que determinen los trastornos del ánimo de los médicos residentes en hospitales públicos ya que dicho personal es el que se encuentra expuesto a estrés laboral por la alta demanda que presentan los servicios de salud de este país.**(14)**

2.4 Cuestionarios De Autoevaluación Utilizados Para Diagnostico De Depresión Y Ansiedad.

2.4.1 ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON (HDRS)

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, diseñada para ser utilizada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas de depresión y valorar los cambios del paciente con diagnostico previo de depresión. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias **(15,16,17)**.

Su versión original constaba de 21 ítems posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva **(18,19)**.

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez, la fiabilidad y la sensibilidad, tanto en poblaciones hospitalizadas o confinadas a espacios cerrados, como ambulatorios **(21,22,23)**.

Cada cuestionario tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresión, la guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación es muy recomendada la ponderación recomienda es la siguiente:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%**(24,25)**.

2.4.2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es imperativo aclarar que los estados de ansiedad clasificados como ansiedad ligera no se consideran patológicos mientras que los moderados deben ser observados para prevenir que culminen en estados de depresión severa, los cuales ameritan ser abordados con tratamiento integral. Existen escalas modificadas como la escala de Zung para valorar ansiedad dicha escala fue basada en cambios prácticos realizados a la escala de Hamilton, pero se utiliza con mayor frecuencia por practicidad la escala de Hamilton **(18,26,27,28)**.

III. OBJETIVOS

3.1 General:

Determinar los trastornos del ánimo (ansiedad y depresión) en médicos residentes de las Maestrías de Anestesiología, Cirugía, Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría y Traumatología del Hospital Regional de Cuilapa, Sta. Rosa en el periodo de Enero 2014 a Diciembre 2014.

3.2 Específicos:

- 3.2.1** Clasificar los distintos trastornos del ánimo (ansiedad y depresión) que presentan los médicos residentes de las diferentes especialidades del Hospital Regional de Cuilapa, mediante los cuestionarios del estado de ánimo.
- 3.2.2** Determinar las características epidemiológicas de los médicos residentes de las diferentes maestrías con trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad).
- 3.2.3** Determinar causas precipitantes del estado de ánimo en médicos residentes de las diferentes maestrías.
- 3.2.4** Determinar hábitos tóxicos asociados a los trastornos del ánimo en médicos residentes de las diferentes especialidades del Hospital Regional de Cuilapa, Sta. Rosa.
- 3.2.5** Correlacionar sanciones laborales y académicas y presencias de trastornos del ánimo en los residentes de las diferentes maestrías.
- 3.2.6** Determinar requerimiento de apoyo psicológico o psiquiátrico para los médicos que presenten trastornos del ánimo en médicos residentes de las diferentes maestrías..

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo De Estudio:

Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

Se realizó estudio observacional a los médicos residentes del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa y mediante hoja recolección de datos y los test de Hamilton para depresión y ansiedad los cuales determinan y clasifican si existe o no trastornos del estado de animo.

4.2 Población Y Muestra: Residentes de primero, segundo, tercero y cuarto año del Hospital Regional de Cuilapa, Santa Rosa.

4.3 Unidad De Analisis

Unidad de estudio: residentes de la diferentes especialidades

Unidad de información: hoja de recoleccion de datos, test psicologicos de depresión y ansiedad de Hamilton.

4.5 Criterios De Inclusion

Residentes de especialidades médicas del Hospital Regional de Cuilapa Santa Rosa. Médicos residentes que hayan llenado hojas de recoleccion de datos y test psicologicos de Hamilton.

4.6 Criterios De Exclusion

Medicos no residentes.

Médicos residentes que no hayan llenado hojas de recolección de datos y los test psicologicos utilizados en el estudio (Hamilton para evaluar depresión y ansiedad).

4.7 Variable

VARIABLE	CONCEPTUAL	OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	UNIDAD DE MEDIDA
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació	edad comprendida entre 20 y 40 años	cualitativa	intervalo	años
SEXO	En su definición relativa a "género" es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente	MASCULINO, FEMENINO	cualitativo	nominal	SI/NO
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	CASADO(a) UNIDO(a) SOLTERO(a)	cualitativo	nominal	SI/NO
MAESTRÍA MEDICA	son los estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método	SE DIVIDIÓ EN LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES QUE HAY EN EL HOSPITAL; MEDICINA INTERNA, GINECOOBSTETRICIA, CIRUGIA, PEDIATRIA, TRAUMATOLOGIA Y ANESTESIA	cualitativo	nominal	MEDICINA INTERNA, GINECOOBSTETRICIA, CIRUGIA, PEDIATRIA, TRAUMATOLOGIA, ENESTESIA

	diagnóstico determinado.				
ESTADO DE ANIMO	Estado psicológico que refleja las vivencias afectivas y emocionales que se están teniendo. Se diferencia de las emociones en que el estado de ánimo es más duradero y menos específico de una situación concreta.	SE CLASIFICARON DE ACUERDO A LAS MANIFESTACIONES CLINICAS QUE HAYAN TENIDO EN: TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNO DE ANSIEDAD.	cualitativo	nominal	DEPRESION / ANSIEDAD
TOXICOMANIA	Consumo habitual de las distintas drogas tóxicas o de alguna de ellas en especial, dañino, tanto para la salud del individuo como para la tranquilidad y el equilibrio del medio social en que se desenvuelve.	Se clasificaron de acuerdo al tipo de sustancia utilizada. CIGARRILLO, ALCOHOL, DROGAS ILICITAS	cualitativo	nominal	SI/NO

ESCALA DE ESTADO DE ANIMO PARA EVALUAR DEPRESIÓN DE HAMILTON	es una encuesta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente	Hay 17 preguntas. Cada pregunta se evalúa en una escala de respuestas con ponderación de 1 á 4, lo cual permite dar una ponderación al test, para determinar el grado de depresión o su ausencia	Cualitativa	Nominal	PUNTAJE DE: 0-7pts sin depresión 8-13pts DepresiónLigera 14-18pts Moderada 19-22pts Severa >23pts muy Severa
ESCALA DE ESTADO DE ANIMO PARA EVALUAR ANSIEDAD DE HAMILTON	Escala administrada valorando tanto la intensidad como la frecuencia del trastorno. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).	Se realizó la escala de estado de ánimo para evaluar ansiedad la cual fue contestada por los entrevistados, consta de 14 preguntas las cuales obtendrá un puntaje que van de 0 á 4 pts dependiendo de la ansiedad que refiera el individuo en cada pregunta	cualitativa	Nominal	PROMEDIO DEL PUNTAJE DE LAS PREGUNTAS QUE DETERMINAN ANSIEDAD SOMATICA Y ANSIEDAD PSIQUICA 0pt de ansiedad 1pt.....leve ansiedad 2pts.....moderada 3pts.....grave 4ptss...muy grave incapacitante

4.8 Recursos

4.8.1 Físicos:

Materiales:1 oficina que cuenta con: 1 escritorio,1 computadora portátil, 1 impresoras, hojas de papel bond tamaño carta, marcadores, lapices.

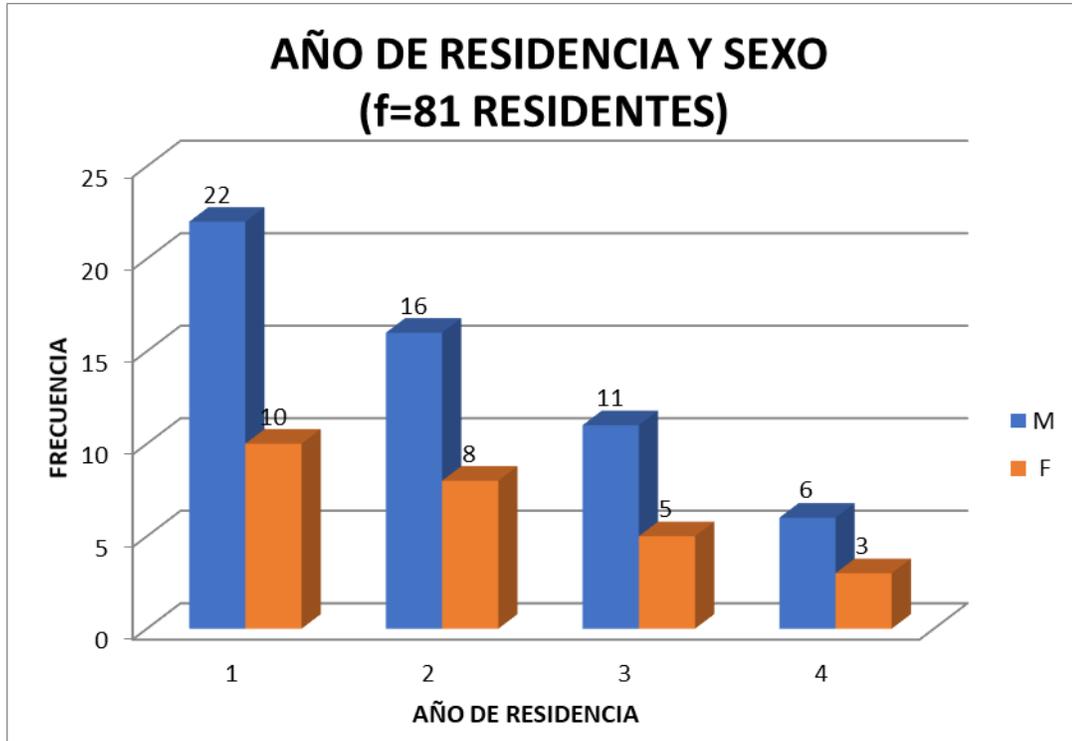
4.8.2 Humanos: Investigador, residentes médicos, asesor de la investigación.

4.8.3 Economicos: Papeleria, útiles de oficina (Q400.00), tinta de computadora (Q250.00), impresión de tesis (Q500.00).

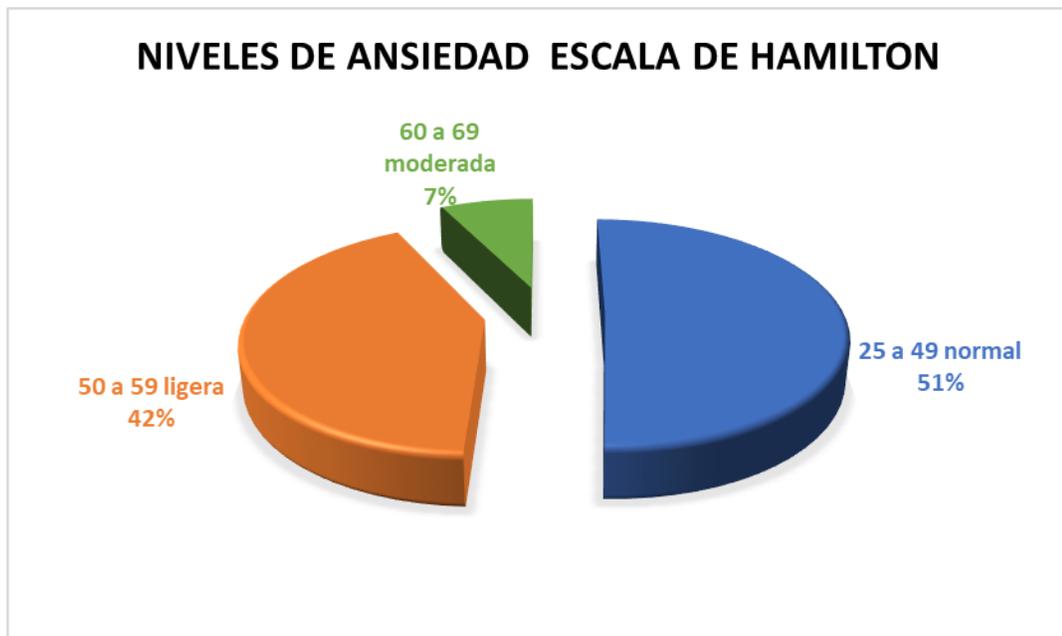
V. RESULTADOS

5.1 GRAFICAS

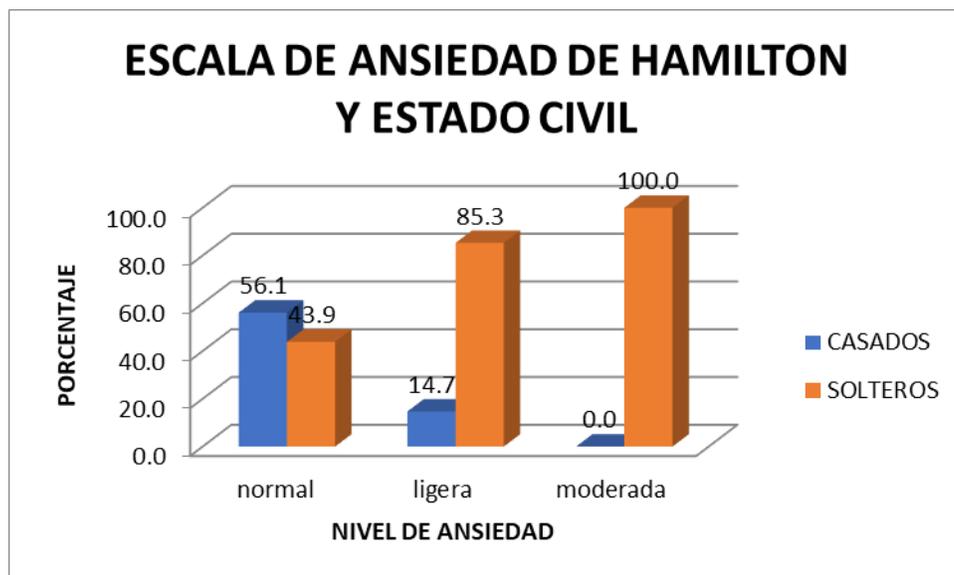
Gráfica No.01



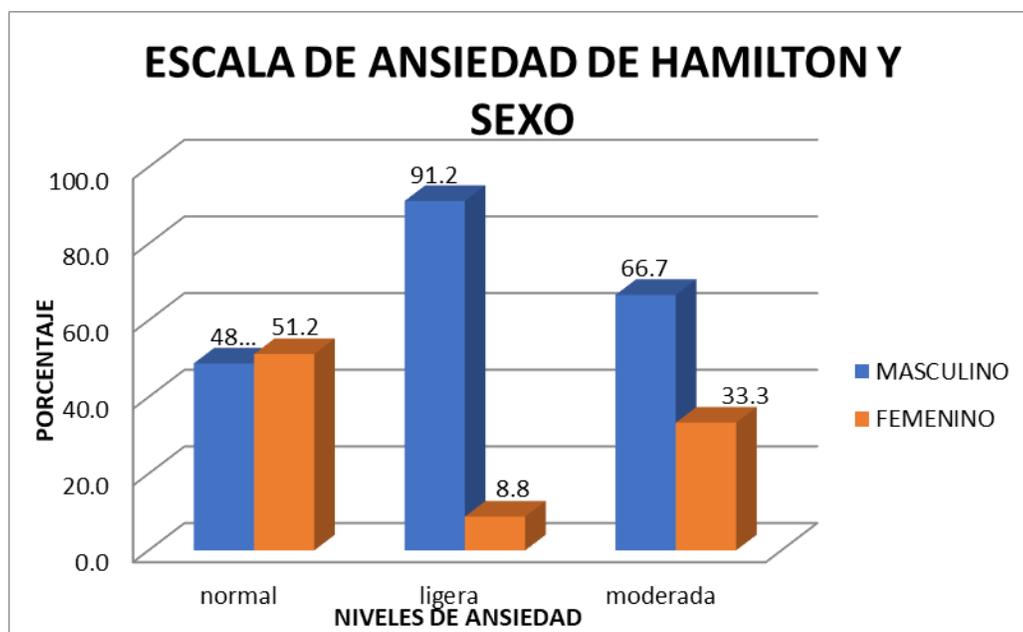
Gráfica No.02



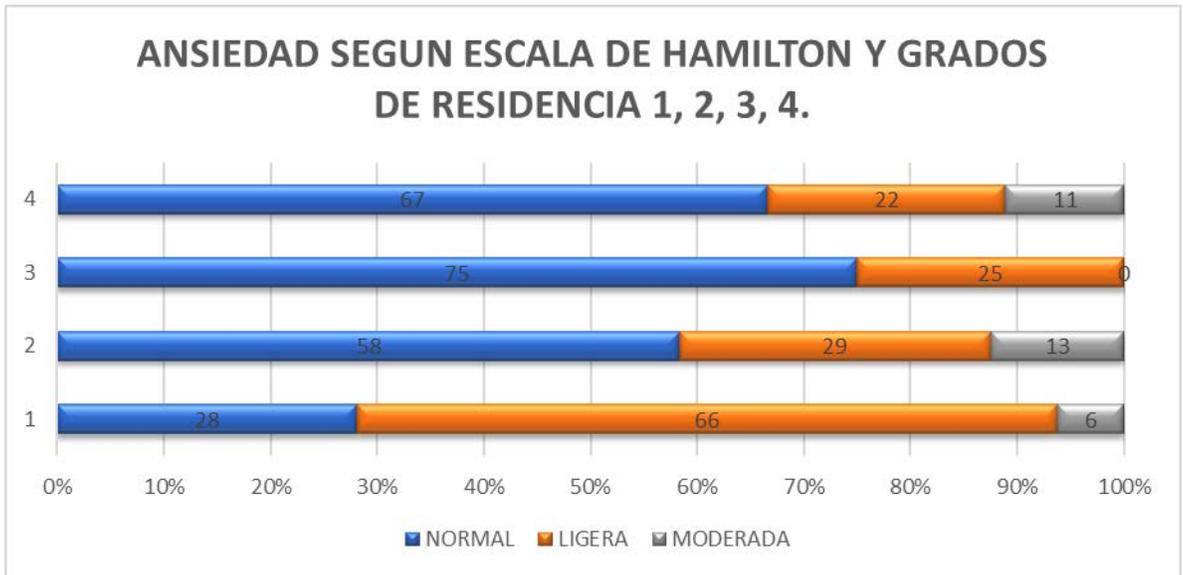
Gráfica No.03



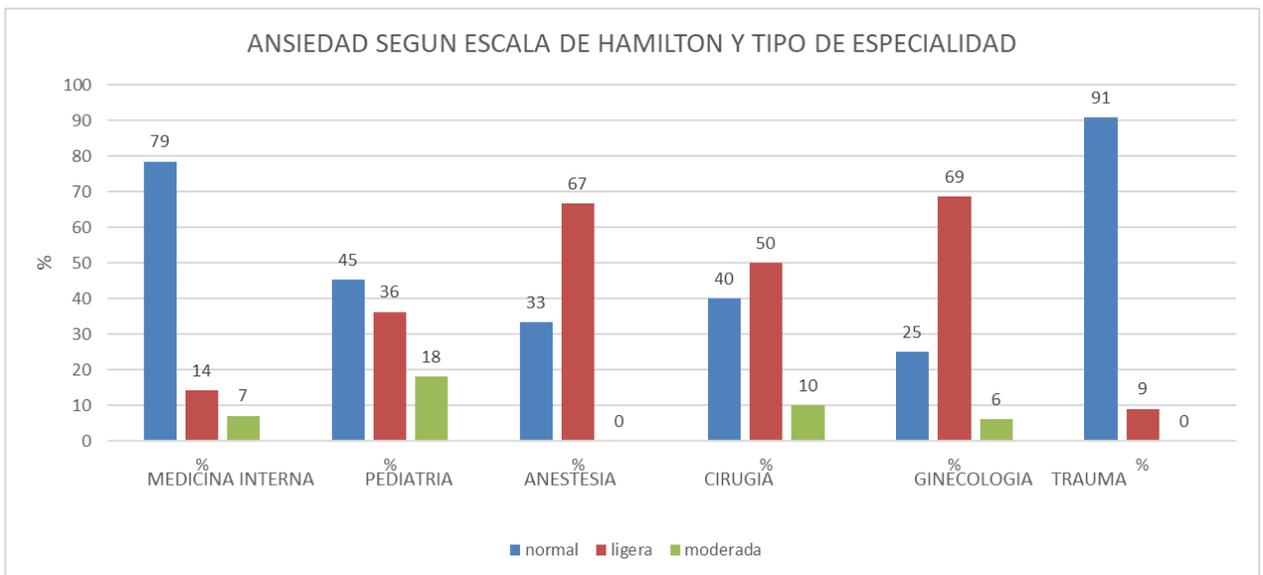
Gráfica No.04



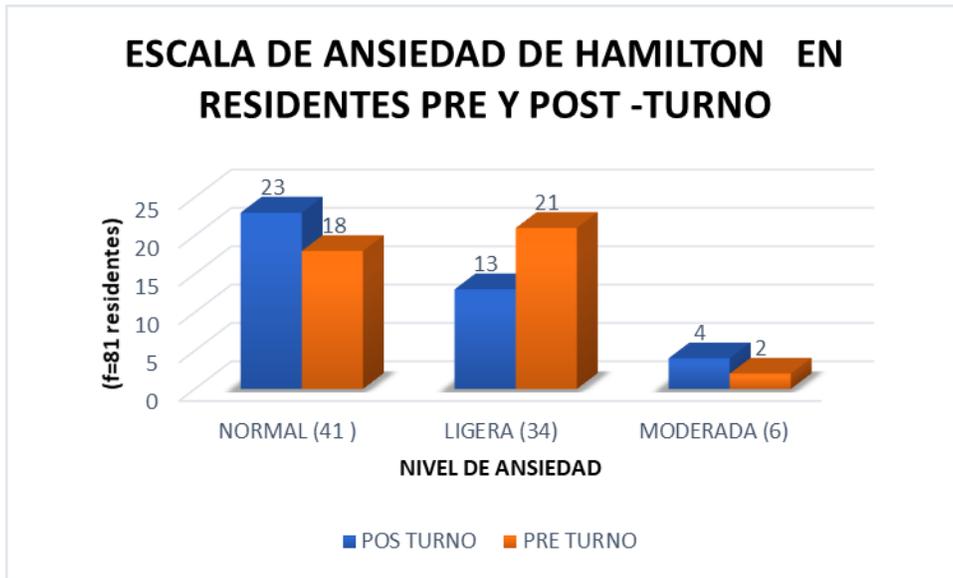
Gráfica No.05



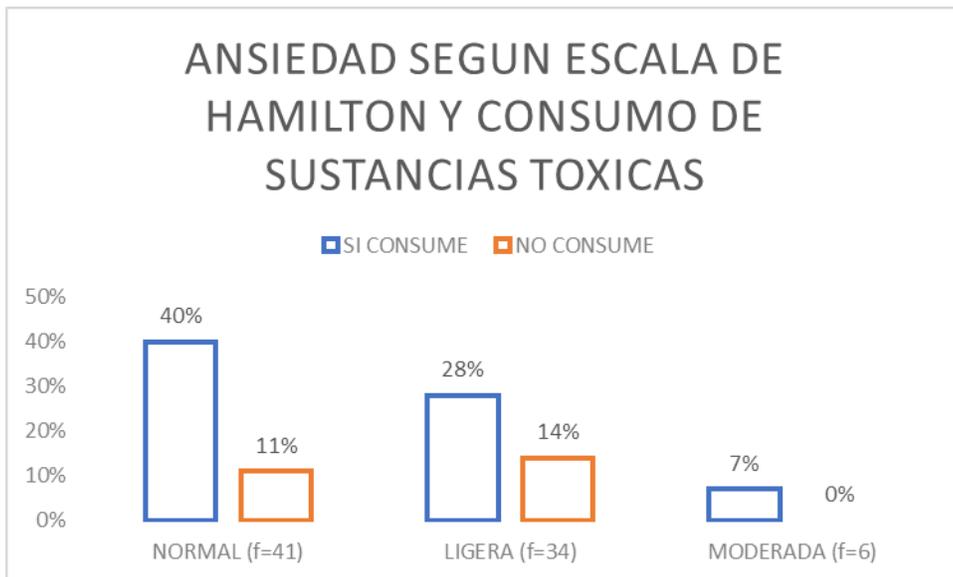
Gráfica No.06



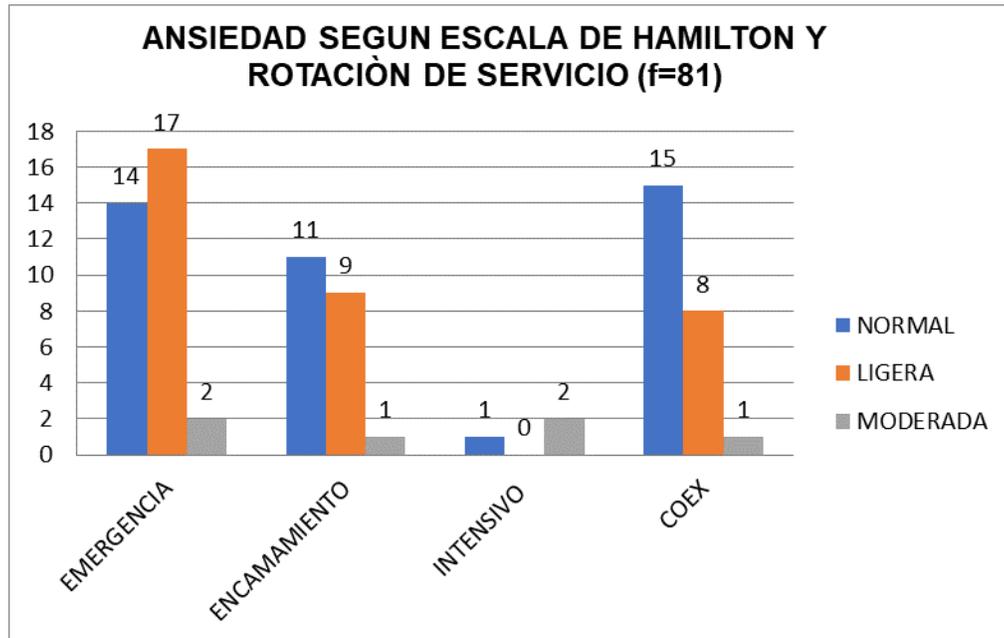
Gráfica No.07



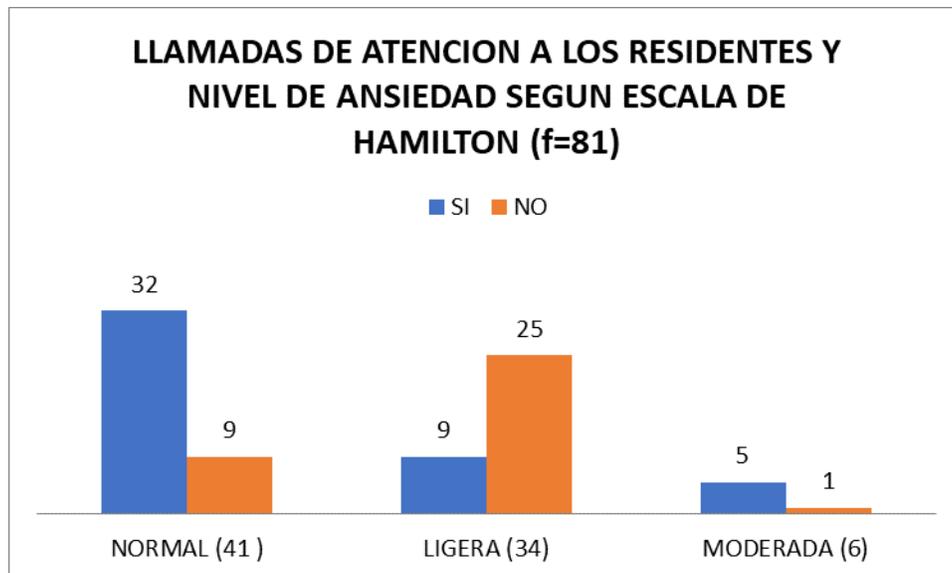
Gráfica No. 08



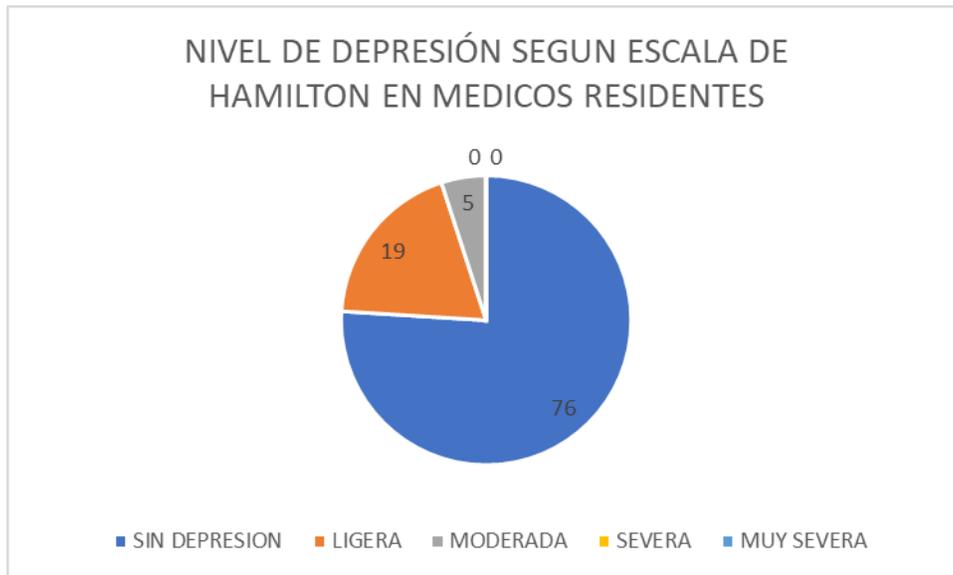
Gráfica No.09



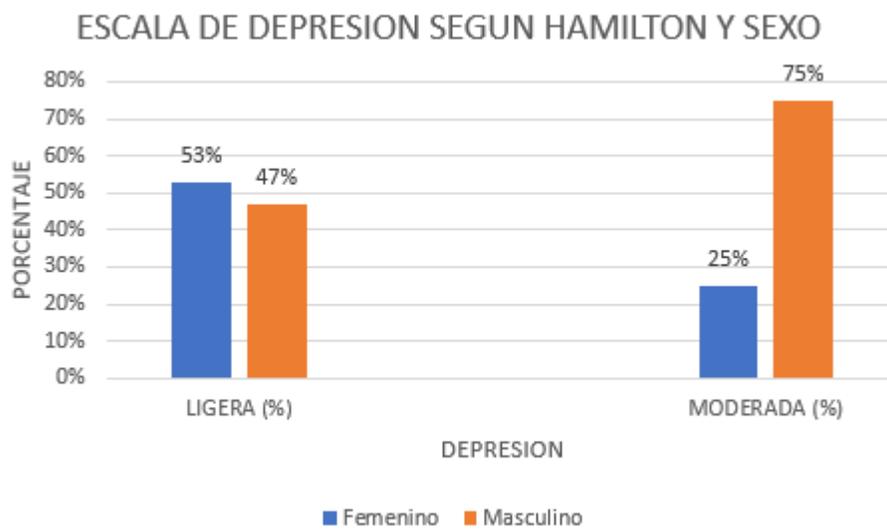
Gráfica No.10



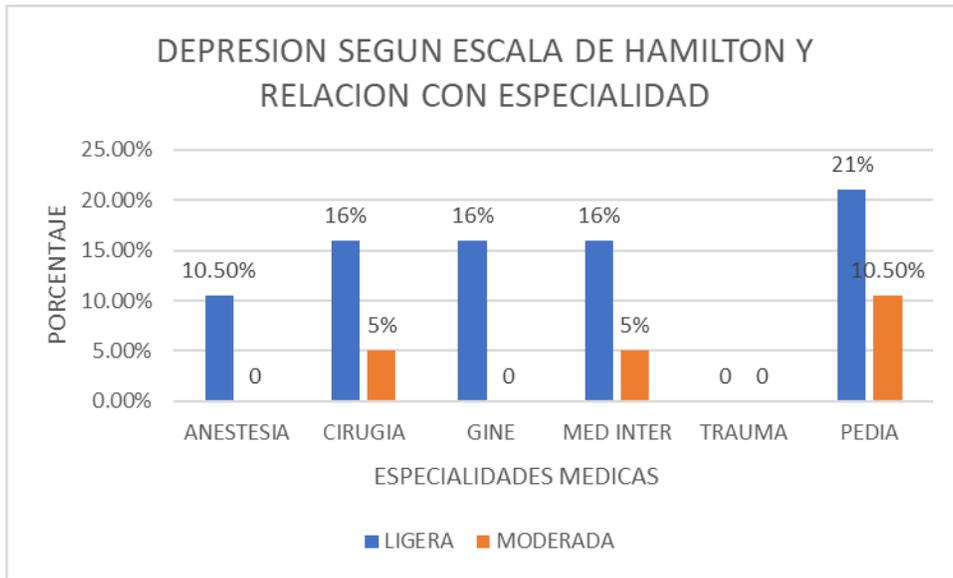
Gráfica No.11



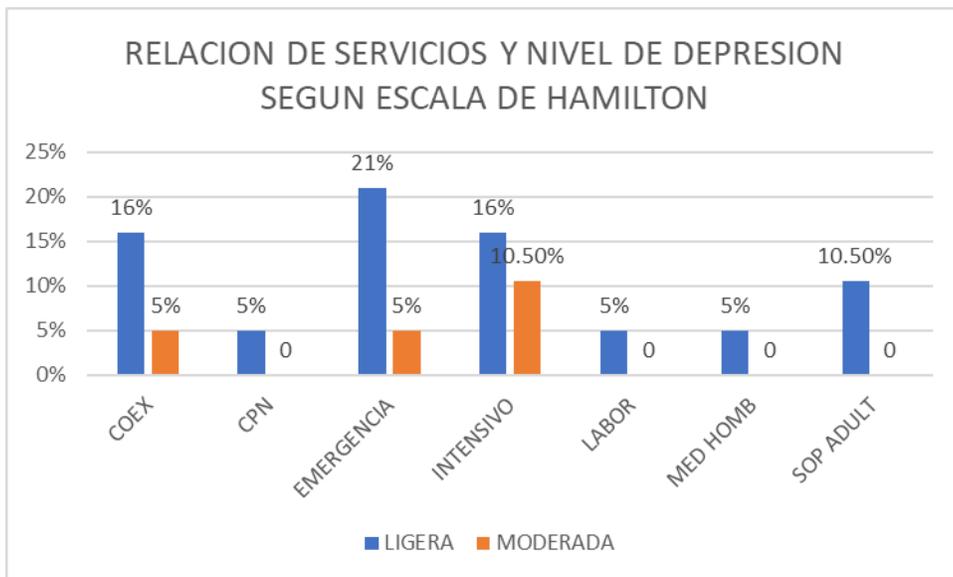
Gráfica No.12



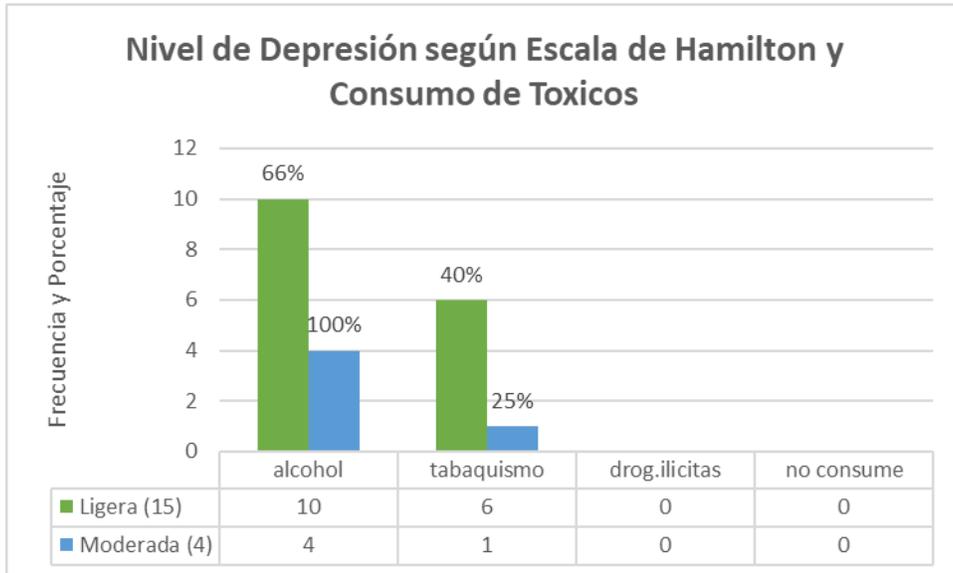
Gráfica No.13



Gráfica No.14



Gráfica No.15



5.2 CUADROS

CUADRO No.01

AÑO DE RESIDENCIA	MASCULINO	%	FEMENINO	%	TOTAL	% TOTAL
R1	22	68.75	10	31.3	32	100.0
R2	16	66.67	8	33.3	24	100.00
R3	11	68.75	5	31.3	16	100.0
R4	6	66.67	3	33.3	9	100.00

CUADRO No.02

NIVEL DE ANSIEDAD	(f) MASCULINO	%	(f) FEMENINO	%	(f) TOTAL	% ACUMULADO
normal	20	48.8	21	51.2	41	100.0
ligera	31	91.2	3	8.8	34	100.0
moderada	4	66.7	2	33.3	6	100.0
TOTAL	55		26		81	100

CUADRO No.03

NIVEL DE ANSIEDAD	(f) CASADOS	%	(f) SOLTEROS	%	TOTAL	% ACUMULADO
normal	23	56.1	18	43.9	41	100.0
ligera	5	14.7	29	85.3	34	100.0
moderada	0	0.0	6	100.0	6	100.0
TOTAL	28		53		81	100

CUADRO No.04

ANSIEDAD	TOTAL	%
normal	41	51
ligera	34	42
moderada	6	7
TOTAL	81	100.0

CUADRO No.05

NIVEL DE ANSIEDAD	GRADO DE RESIDENCIA		R1 (f) %		R2 (f) %		R3 (f) %		R4 (f) %	
	NORMAL	9	28	14	58	12	75	6	67	
LIGERA	21	66	7	29	4	25	2	22		
MODERADA	2	6	3	13	0	0	1	11		
TOTAL (f) %	32	100	24	100	16	100	9	100		

CUADRO No.06

NIVEL DE ANSIEDAD	MEDI		PEDIA		ANESTESIA		CIRU		GINE		TRAUMA	
	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%
normal	11	79	5	45	3	33	8	40	4	25	10	91
ligera	2	14	4	36	6	67	10	50	11	69	1	9
moderada	1	7	2	18	0	0	2	10	1	6	0	0
TOTAL	14	100	11	100	9	100	20	100	16	100	11	100

CUADRO No.07

TURNOS	ANSIEDAD ESCALA DE HAMILTON		
	NORMAL (41)	LIGERA (34)	MODERADA (6)
POS TURNO	23	13	4
PRE TURNO	18	21	2
TOTAL	41	34	6

CUADRO No.08

NIVEL DE ANSIEDAD	SUSTANCIAS TOXICAS		SUSTANCIAS TOXICAS	
	SI CONSUME (f)	%	NO CONSUME (f)	%
NORMAL (f=41)	32	40	9	11
LIGERA (f=34)	23	28	11	14
MODERADA (f=6)	6	7	0	0
TOTAL	61	75	20	25

CUADRO No.09

ANSIEDAD	ESCALA DE HAMILTON		Y		SERVICIO	
	NORMAL (f)	%	LIGERA (f)	%	MODERADA (f)	%
EMERGENCIA	14	34	17	50	2	33
ENCAMAMIENTO	11	27	9	26	1	17
INTENSIVO	1	2	0	0	2	33
COEX	15	37	8	24	1	17
TOTAL	41	##	34	100	6	100

CUADRO No.10

ANSIEDAD SEGÚN ESCALA DE HAMILTON	Y	LLAMADAS DE ATENCION	
LLAMADA DE ATENCION	NORMAL (f=41)	LIGERA (f=34)	MODERADA (f=6)
SI	32	9	5
NO	9	25	1
TOTAL	41	34	6

CUADRO No.11

DEPRESION SEGÚN ESCALA DE HAMILTON (f=81) %		
SIN DEPRESION	62	76%
LIGERA	15	19%
MODERADA	4	5%
SEVERA	0	0
MUY SEVERA	0	0
TOTAL	81	100

CUADRO No.12

SEXO	DEPRESION LIGERA (f) %		DEPRESION MODERADA (f) %	
	Femenino	8	53	1
Masculino	7	47	3	75
TOTAL	15	100	4	100

CUADRO No.13

DEPRESION	ANESTESIA% (f)	CIRUGIA% (f)	GINE% (f)	MED INTER% (f)	TRAUMA % (f)	PEDIA% (f)	TOTAL (f)	TOTAL %
LIGERA	10.50% 2	16% 3	16% 3	16% 3	0 0	21% 4	15	79.5%
MODERADA	0 0	5% 1	0 0	5% 1	0 0	10.50% 2	4	20.5%
TOTAL							19	100.0%

CUADRO No.14

DEPRESION	COEX (f) %	CPN(f) %	EMERGENCIA (f) %	INTENSIVO (f) %	LABOR (f) %	MED HOMB (f) %	SOP ADULT(f) %	TOTAL (f)	% ACUMULADO
LIGERA	3 16%	1 5%	4 21%	3 16%	1 5%	1 5%	2 10.50%	15	79%
MODERADA	1 5%	0 0%	1 5%	2 10.50%	0 0	0 0	0 0	4	21%
TOTAL								19	100%

VI.DISCUSIÓN Y ANALISIS

Los trastornos del ánimo principalmente ansiedad y depresión se presentan en 10% de la población en general alrededor del mundo y en aquellas personas sometidas a estrés se observa un aumento de su incidencia de 16%.(10)

Se considera que estos trastornos son más comunes en mujeres que en varones por lo menos 6 veces más frecuente (8,9,10) esta población con trastornos del ánimo es más proclive al uso de sustancias tóxicas y en el personal médico puede llevar a una prescripción errónea para el paciente, por lo anterior el presente estudio determinó el grado de ansiedad normal 51%(41), ansiedad ligera 42% (34), ansiedad moderada 7% (6) que presentaron los médicos residentes del Hospital Regional de Cuilapa, y las características peculiares de esta población que fue sometida en estudio.

Se encontró que la población en estudio fue predominantemente masculina en los diversos grados de residencia y las diferentes especialidades lo cual pudo haber influido en que se observó que de la población con ansiedad ligera los hombres representan el 91.2% y las mujeres solamente el (8.8%) de igual forma en la población con ansiedad moderada que es considerada un estado patológico de ansiedad el género masculino tiene el 66.7% mientras que su contraparte femenina representa el 33.3%, lo cual no es peculiar de observar ya que las mujeres según datos estadísticos presentan con mayor frecuencia casos ansiedad y depresión.(10,11)

Se observó que las personas solteras constituyen la mayor parte de la población con trastorno de ansiedad ligera 29 (85%) y moderada 6 (100%), se deberán determinar en otros estudios subsecuentes si estar casado o en relación formal de pareja sentimental constituye un factor protector contra los estados de ansiedad patológicos. (11)

Se observó que de la población en estudio 51% presenta ansiedad normal aceptable para un individuo, el 42% ansiedad ligera y 7% ansiedad moderada este tipo de ansiedad es patológico y se asocia a suicidio en momentos de mayor estrés debido a que puede conducir al individuo a depresión. De la población con ansiedad moderada el 50% lo constituyen residentes de segundo año y 33% lo representan residentes de primer año de las distintas especialidades, llama la atención que los individuos con mayor experiencia o

mayores años de residencia presentan predominio de ansiedad normal que es un grado de ansiedad esperado en población. (10,14)

De la población con ansiedad ligera el 32.4% está conformado por residentes de ginecología y el 29.4% por residentes de cirugía, en lo que respecta al nivel de ansiedad moderada 66% lo constituyen residentes de pediatría y cirugía; de las especialidades con trastornos de ansiedad ligera y moderada aunque un estudio realizado en México determinó que la especialidad más afectada fue Medicina interna.(10)

El 51.2% de los pre turno presentan ansiedad ligera y el mayor porcentaje de los pos turno se encuentra con un nivel de ansiedad normal (57.5%), lo anterior implica la posibilidad que los pre turno se encuentran ansiosos por ignorar que complicaciones o situaciones depara el turno.

Se observó en los individuos con ansiedad normal y ligera que más del 50% de su población tiene consumo de alcohol y tabaco así mismo de los que presentaron ansiedad moderada el 83% consume alcohol. En estudios a nivel global se estableció que hay relación directa entre trastornos de ansiedad y mayor consumo de sustancias toxicas. (14)

Los servicios que generan ansiedad ligera son las emergencias y los encamamientos de pacientes probablemente se relacionen con la tensión constante que genera la atención al público como es el caso de las emergencias y cabe resaltar que el residente que se encuentra en los encamamientos deben pasar visita diariamente con jefes de servicio y se encuentra en constante evaluación; los individuos con ansiedad moderada se encontraban rotando en unidades de cuidado crítico y en encamamientos.

Se observó en los médicos residentes de las distintas especialidades 23% presentan depresión ligera y 18% depresión moderada, 77% de la población no presenta trastorno depresivo.

Se observó que 52.63% de la población con depresión pertenecen al genero masculino y 47.37% al genero femenino, de la población con depresión ligera 42% son mujeres predominantemente, mientras que los hombres constituyen el 15% de la población con depresión moderada, la cual debe recibir tratamiento farmacologico y tiene mayor propensión al suicidio y consumo de sustancias toxicas (alcohol, tabaco, etc).

Los médicos residentes pertenecientes al Departamento de Pediatría y Cirugía constituyen el 31.58% y 21% respectivamente de la población con depresión.

Se observó que los médicos con depresión 26% se encontraban rotando en los servicios de emergencia (26.3%) y cuidado crítico (26.2 %) de las distintas especialidades, representando estos los servicios que presentan mayor población depresiva.

Todos los médicos residentes con depresión tienen consumo de sustancias tóxicas lícitas (tabaco y alcohol) negando el consumo de sustancias ilícitas. En el grupo con depresión ligera 66% consumen alcohol y 40% son fumadores activos. Respecto a la población con depresión moderada 100% refirieron consumir alcohol y 25% de ellos fuman.

6.1 CONCLUSIONES

- 6.1.1** Se determinó que el trastorno del ánimo que presentaron los residentes de las distintas especialidades del Hospital Regional de Cuilapa fueron ansiedad ligera y moderada.
- 6.1.2** Los médicos residentes que presentaron estados patológicos de ansiedad ligera y modera son aquellos encargados de servicios como encamamiento, emergencia y cuidado crítico, al igual que predominan el género masculino y aquellos individuos solteros.
- 6.1.3** Se observó mayor consumo de alcohol en la población con ansiedad moderada que en la población que presenta ansiedad ligera aunque ambos tienen consumo de alcohol.
- 6.1.4** No se encuentra diferencia entre los individuos que presentan llamadas de atención en los grados de ansiedad normal y moderada ya que ambos grupos refirieron tener llamadas de atención y desarrollan distintos niveles de ansiedad.
- 6.1.5** Los individuos con depresión ligera son principalmente mujeres, el departamento de Pediatría y Cirugía constituyen principalmente la población con depresión, todos los médicos con depresión tienen consumo de alguna sustancia toxica, los servicios con mayor personal depresivo son emergencia y cuidado critico de las distintas especialidades.

6.2 RECOMENDACIONES

- 6.2.1** Evaluaciones psiquiátricas al inicio del ciclo académico y al final del mismo para determinar si existe progresión del individuo en el desarrollo de trastornos patológicos del ánimo.
- 6.2.2** Realizar más estudios sobre la salud mental de los médicos residentes debido a que en Guatemala no existen estudios publicados.
- 6.2.3** Implementar talleres de apoyo psicológico sobre inteligencia emocional y realizar dos evaluaciones medicas conductuales anuales para proporcionar detección y tratamiento temprano en los casos de depresión-
- 6.2.4** Favorecer la rotación mensual de los médicos residentes en los distintos servicios que posea el Departamento, alternando entre los servicios que generan ansiedad moderada (encamamiento, emergencia, cuidado crítico) y aquellos servicios en los que se presenta ansiedad ligera (consulta externa) y depresión.

VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:355.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:593.
3. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, et al. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. Psychol Med 2008; 38:365.
4. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21:655.
5. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15:357.
6. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M, et al. Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. Arch Gen Psychiatry 2011; 68:90.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
8. USAC Encuesta Nacional Salud Mental Guatemala 2009; MSPAS;Guatemala, 2009.
9. Pérez Cruz, Elizabeth, Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos Residentes; Medicina Interna de Mexico Volumen 22, Núm. 4, julio-agosto, 2006
10. Rosales Eduardo, Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México; Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2005; Volumen 10, Núm.1(enero-abril).
11. Tango D. La depresión se relaciona con errores en los medicamentos en los médicos ;Medical Journal, news release, Feb. 8, 2008 Bmj; www. HealthDay.com.

12. Amezcuita Medina MA, González Pérez RE, Zuluaga Mejia D. Prevalence of depression, anxiety and suicidal behavior among pregraduate. Students in the University of Caldas, Year 2000. *rev.colomb.psiquiatr.* [online]. Oct./Dec. 2003, vol.32, no.4 [cited 19 February 2009], p.341-356. Available from World Wide Web: <http://www.scielo.com>.
13. Miranda CA, Gutiérrez JC, Bernal F, Escobar CA. Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Rev Colomb Psiquiatr* 2000; 29: 251-260.
14. Martínez-Lanz Patricia; Adicciones, Depresión y Estrés en médicos residentes; *Revista de Salud Mental*, Vol.No.6, Diciembre 2004, pp17-27.
15. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23): p. 56-62.
16. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): p. 278-296.
17. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986(14): p.324-334.
18. Ramos-Brieva, J.C., A A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res* 1988(22): p. 21-28.
19. Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin*, 2003. 120(18): p. 693-700.
20. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
21. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Primary Psychiatry*, 2006. 12(4): p. 73-82.
22. Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? *J Nerv Ment Dis*, 2005. 193(3): p. 170-5.
23. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55.
24. Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*. 1969; 3: 76 - 79.
25. Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en española de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9.

26. Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.
27. Lusilla, M.P., Sánchez, A., Sanz, C., & López, J. (1990). Validación estructural de la escala heteroevaluada de ansiedad de Zung (XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría). Anales de Psiquiatría, 6, Sup 1, 39.
28. Peña-Casanova, J., Aguilar, M., Bertran-Serra, I., Santacruz, P., Hernández, G., Insa, R., Pujol, A., Sol, J. M, Blesa, R., & Grupo NORMACODEM. (1997). Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia (NORMACODEM) (I): objetivos, contenidos y población. Neurología, 2, 61-68.

VII. ANEXOS

8.1 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS:

1. fecha:_____
2. edad_____
3. sexo_____
4. Religión: cristiana:____ ateísmo:____ otra:_____
5. Estado Civil: soltero_____ unido_____ casado_____
6. especialidad_____ año_____
7. usted esta: de turno:____ posturno:____ preturno:_____
8. SI ESTA POSTURNO: DURMIO SI___ NO___
CUANTO DURMIO: _____
COMIO: SI___ NO: _____
9. servicio actual:_____
10. padece de alguna enfermedad: SI:___ NO___
Cual/les

11. ha tenido tratamiento psiquiátrico alguna vez: SI___ NO___
porque:_____
12. fuma: si___ no___ cuantos cigarrillos al día_____
13. bebe alcohol: si___ no___ frecuente_____ ocasional___
14. ha utilizado algún tipo de droga ilícita:
15. si___ no___ cual:_____
16. utiliza algún medicamento: Si___ No___ cual _____
Para que: _____
17. en el postgrado usted va: Excelente:____ Bien:___ Regular:____ Mal:_____
18. Su jefe inmediato o Jefe de Residente le han llamado la atención:
SI___ NO___
19. SI SU RESPUESTA AFIRMATIVA:
20. COMO FUE: PRIVADO_____ PUBLICO: _____ ESCRITO: _____

8.2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	leve	moderado	grave	muy grave/incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4

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

ANSIEDAD	
ANSIEDAD SOMÁTICA	
TOTAL	

8.3 ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente- Estas sensaciones las relata espontáneamente- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.
<p>Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none">- Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana- Pérdida de más de 500 gr. en una semana- Pérdida de más de 1 Kg. en una semana
<p>Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none">- Se da cuenta que esta deprimido y enfermo- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.- No se da cuenta que está enfermo
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Tensión subjetiva e irritabilidad- Preocupación por pequeñas cosas- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla- Expresa sus temores sin que le pregunten
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Ligera- Moderada- Severa- Incapacitante
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none">- Ninguno- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen- Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

Síntomas somáticos generales

- Ninguno
- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

- Ausente
- Débil
- Grave

Hipocondría

- Ausente
 - Preocupado de si mismo (corporalmente)
 - Preocupado por su salud
 - Se lamenta constantemente, solicita ayuda
-

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: "Trastornos Del Estado De Animo (Ansiedad Y Depresión) En Medicos Residentes (Hospital Regional De Cuilapa, Santa Rosa 2014)" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.