

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



INFORME FINAL DE INVESTIGACION:

**INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
MÉDICOS INTERNOS DEL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS
DE SAN MIGUEL. AÑO 2018.**

PRESENTADO POR:

**FLOR ESTEFANY MELGAR REYES
MIGUEL NICOLÁS MERINO HERNÁNDEZ
KELVIN JEANCARLOS RIVERA INTERIANO**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTOR EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:
DOCTORA NORMA OZIRIS DE JAIME.**

**DICIEMBRE DE 2018
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMERICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES**

**MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
RECTOR**

**DOCTOR MANUEL DE JESÚS JOYA ÁBREGO
VICERRECTOR ACADÉMICO**

**INGENIERO NELSON BERNABÉ GRANADOS
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICENCIADO CRISTOBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ
SECRETARIO GENERAL**

**LICENCIADO RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN
FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**

**INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO**

**LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO**

**LICENCIADO JORGE ALBERTO ORTÉZ HERNÁNDEZ
SECRETARIO**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA
AUTORIDADES**

**DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA.
DIRECTOR GENERAL DE PROCESO DE GRADUACIÓN.**

ASESORES DE LA INVESTIGACION.

DOCTORA NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLOS

ASESORA DE METODOLOGÍA

TRIBUNAL CALIFICADOR

DR. WILFREDO PÉREZ ROSALES
PRESIDENTE

DR. RADAMES VALDEMAR VILLATORO
SECRETARIO

DRA. NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME
VOCAL

Flor Estefany Melgar Reyes carné N°: MR10057

Miguel Nicolás Merino Hernández carné N°: MH10015

Kelvin Jeancarlos Rivera Interiano carné N°: RR09148

INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS INTERNOS DEL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL. AÑO 2018.

Este trabajo de investigación fue revisado, evaluado y aprobado para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

Dr. Wilfredo Pérez Rosales

Tribunal Calificador

Dr. Radames Valdemar Villatoro

Tribunal Calificador

Dra. Norma Oziris Sánchez de Jaime

Docente Asesor

Mtra. Elba Margarita Berríos Castillo

Coordinadora General de Procesos de Graduación

Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Jefe del Departamento

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre de 2018.

DEDICATORIA

A DIOS: por todas sus bendiciones, por su inmensurable amor y misericordia que nos permite finalizar con éxito nuestro estudio.

A nuestra familia: por todo su apoyo, comprensión, por creer en nosotros, por haber dado cada día su máximo esfuerzo para romper el esquema tradicional de nuestra comunidad de llegar hasta la educación media, la inspiración que cada día nos brindaban, y por sus valiosos consejos.

A nuestros amigos: por todo el apoyo brindado, por motivarnos cada vez que tenían la oportunidad, por hacernos reír cuando nos encontrábamos en situaciones difíciles.

A nuestra asesora de tesis: por su paciencia y apoyo en todo el proceso de la investigación, por recibirnos en cada sesión con amabilidad y optimismo.

Flor Estefany Melgar Reyes
Miguel Nicolás Merino Hernández
Kelvin Jeancarlos Rivera interiano

TABLA DE CONTENIDOS

Pág.

LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE GRAFICOS.....	x
LISTA DE ANEXOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCION.....	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
3. MARCO TEORICO.....	5
4. SISTEMA DE HIPOTÉSIS.....	14
5. DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
6. RESULTADOS.....	19
7. DISCUSIÓN.....	54
8. CONCLUSIONES.....	56
9. RECOMENDACIONES.....	57
10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de la población según sexo.....	16
Tabla 2. Distribución de la población por edad.....	19
Tabla 3. Distribución de la población por género.....	20
Tabla 4. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....	21
Tabla 5. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....	22
Tabla 6. ¿Se ha sentido muy irritable?	23
Tabla 7. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	24
Tabla 8. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	25
Tabla 9. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	26
Tabla 10. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?.....	27
Tabla 11. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....	28
Tabla 12. ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	29
Tabla 13. Resumen de sub-escala de ansiedad.....	30
Tabla 14. ¿Se ha sentido con poca energía?	31
Tabla 15. ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?	32
Tabla 16. ¿Ha perdido la confianza en Ud. mismo?.....	33
Tabla 17. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanza?	34
Tabla 18. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	35
Tabla 19. ¿Ha perdido peso? (a causa de su pérdida de apetito)	36
Tabla 20. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	37
Tabla 21. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?.....	38
Tabla 22. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia de encontrarse peor por las mañanas?.	39
Tabla 23. Resumen de sub escala de depresión.....	40
Tabla 24. Tabla comparativa de la frecuencia de ansiedad y depresión.....	41
Tabla 25. ¿Considera que las jornadas laborales son adecuadas?	42
Tabla 26. ¿Tiene tiempo para alimentarse entre la jornada laboral?.....	43
Tabla 27. ¿Le han faltado el respeto alguna vez en su trabajo?	44
Tabla 28. ¿Existe buen ambiente laboral entre compañeros, médicos residentes y staff?	45
Tabla 29. ¿Tiene tiempo para dedicarlo a estudiar?	46
Tabla 30. ¿Recibe incentivo económico por la labor que realiza?.....	47
Tabla 31. ¿Brinda el hospital todo el recurso tecnológico y didáctico para poder tener buen aprendizaje?	48
Tabla 32. ¿Posee tiempo para poder compartir con su familia?.....	49
Tabla 33. ¿Considera que la carga académica, trabajo y tiempo de reposo es equitativo?	50
Tabla 34. ¿Alguna vez sus jefes inmediatos le han hecho sentir que no vale nada?....	51

LISTA DE GRÁFICOS.

Pág.

Gráfico 1. Rango de edades de los médicos internos.	19
Gráfico 2. Distribución de la población por género.	20
Gráfico 3. Excitación, nerviosismo o tensión en la población estudiantil.	21
Gráfico 4. Estado de irritación de la población.	22
Gráfico 5. Síntomas de irritabilidad.	23
Gráfico 6. Dificultad para relajación.	24
Gráfico 7. Dificultad para dormir o no puede lograrlo.	25
Gráfico 8. Dolores de cabeza o nuca.	26
Gráfico 9. Síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea.	27
Gráfico 10. Preocupación por su salud.	28
Gráfico 11. Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o dormir.	29
Gráfico 12. Resumen de sub-escala de ansiedad.	30
Gráfico 13. Se ha sentido con poca energía.	31
Gráfico 14. Pérdida de interés por las cosas.	32
Gráfico 15. Pérdida de confianza.	33
Gráfico 16. Se ha sentido desesperanzado.	34
Gráfico 17. Dificultad para concentrarse.	35
Gráfico 18. Pérdida de peso.	36
Gráfico 19. Tendencia de despertar temprano.	37
Gráfico 20. Se ha sentido enlentecido.	38
Gráfico 21. Tendencia a encontrarse mal por las mañanas.	39
Gráfico 22. Pacientes que tienen sintomatología de depresión.	40
Gráfico 23. Comparación entre incidencia de ansiedad y depresión.	41
Gráfico 24. Frecuencia de jornadas laborales extensas.	42
Gráfico 25. Tienen tiempo libre para su alimentación.	43
Gráfico 26. ¿Le han faltado el respeto alguna vez?	44
Gráfico 27. Buena relación entre compañeros, médicos residentes y staff.	45
Gráfico 28. Tiene tiempo para dedicarlo al estudio.	46
Gráfico 29. Recibe algún incentivo por su trabajo.	47
Gráfico 30. Tiene los recursos tecnológicos y didácticos para un buen aprendizaje.	48
Gráfico 31. Tiempo para compartir en familia.	49
Gráfico 32. Carga de trabajo, académica y tiempo de reposo equitativo.	50
Gráfico 33. Alguna vez le han hecho sentir que no vale nada.	51

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Instrumento de redacción de información.....	61
Anexo 2. Consentimiento informado.....	65
Anexo 3. Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de la investigación.	66
Anexo 4. Presupuesto y financiamiento.	67
Anexo 5. Glosario.	68

RESUMEN.

La depresión y ansiedad como problema de salud afecta al ser humano sin distinción de sexo, edad, religión y clase social. La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos como disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. La ansiedad cognitiva, manifestada por la preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares. **Objetivo:** Determinar la incidencia y los factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina que realizan su internado rotatorio en Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel, en el periodo de Junio a Agosto del año 2018 **Metodología:** Fue descriptiva, según la ocurrencia de los hechos fue prospectiva de corte transversal, con una población de estudio de 78 estudiantes y se tabularon los datos utilizando el programa SPSS versión 19. **Conclusiones:** El porcentaje general de los estudiantes de medicina que realizan el internado rotatorio en el Hospital Nacional Regional San Juan de Dios que padecen ansiedad y depresión es de 53%, estadísticamente se comprobó que la incidencia es del 7.5 en comparación con el Z tabla 1.64. Un 76% de estudiantes tiene depresión y un 67% de los estudiantes tiene ansiedad. Los estudiantes más jóvenes son los que presentan más ansiedad y depresión. La depresión y ansiedad son similares tanto en mujeres como hombres, pero afecta más significativamente a las mujeres. Se demostró que los estudiantes tienen jornadas laborales extensas y una mala nutrición por falta de la disponibilidad de tiempo. Los estudiantes no tienen tiempo para sus estudios, no reciben incentivos y tampoco poseen el recurso tecnológico para tener una enseñanza de calidad, factores que condicionan mayor estrés y por ende aparición de ansiedad y depresión. La relación con la familia se pierde, el mal trato psicológico es común y la carga laboral exige más tiempo, dejando poco espacio para la formación académica y descanso de los estudiantes. Impacto: Lograr mejorar las condiciones del estudiante de séptimo año de medicina.

Palabras claves: depresión, ansiedad, incidencia, factores asociados.

INTRODUCCION.

Esta investigación se estructuró en diez apartados los cuales se describen a continuación:

El planteamiento del problema, los antecedentes del mismo, se formuló el enunciado del problema al cual se le dio respuesta y se presenta la justificación de este estudio como un problema de salud actual en nuestra población. En esta investigación se planteó investigar la incidencia de depresión y ansiedad en médicos que realizan internado rotatorio en Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel.

Los objetivos de la investigación que constan de un objetivo general y dos objetivos específicos.

El marco teórico de la investigación en donde se definen los conceptos de ansiedad y depresión, su clasificación, etiología (causas primarias y secundarias) el diagnóstico diferencial, así también como las manifestaciones clínicas que estos presentan, tratamiento y el diagnóstico utilizando el test de Goldberg.

También se elaboró un sistema de hipótesis que cuenta con: hipótesis de trabajo, una hipótesis nula y su respectiva operacionalización.

El diseño metodológico contiene el tipo de estudio, la población, criterios de inclusión y exclusión, técnica de recolección de datos, el instrumento, planificación de la investigación, ejecución y el plan de análisis.

Los resultados de la investigación se presentan mediante tablas y gráficos con sus respectivos análisis e interpretación.

La discusión en la que se realizó una comparación de los resultados obtenidos de la presente investigación con respecto a otros estudios en los que se utilizó el test de Goldberg.

La conclusión en la que se da respuesta a los objetivos de la investigación.

La Recomendaciones las cuales van dirigidas al Ministerio de Salud, a la dirección del Hospital San Juan de Dios de San Miguel y a los médicos internos.

Por último las referencias bibliográficas y anexos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática.

El profesional de la Salud es un trabajador diferente en muchos aspectos comparado a cualquier otro trabajador en general, con diferencias en días de trabajo, horarios y otras prestaciones. El médico y en el caso particular el estudiante de medicina, que también es trabajador de salud pero con responsabilidades académicas, es percibido como un individuo con altos niveles de estrés. Entre los estudiantes de Medicina el estrés ha sido reportado como una consecuencia debido a la demanda académica, laboral y la incapacidad de acoplar la presión psicológica, tensión mental y sobrecarga de trabajo (1)

Los estudios de medicina se caracterizan por una constante y creciente exigencia académica que demandan del estudiante esfuerzos de adaptación. A ello se agrega la necesidad de una preparación óptima, fundamental para un futuro profesional, en un mercado laboral cada vez más competitivo. Adicionalmente, la carrera se desarrolla en un periodo del ciclo vital con características que le son propias, la adolescencia y la adultez joven. Como corolario de lo expuesto, se postula que el estrés que soporta un estudiante de medicina durante su adiestramiento es obligadamente alto, con riesgo de menoscabo de su salud mental.

La depresión como problema de salud afecta al ser humano sin distinción de sexo, edad, religión y clase social. La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos como disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés en el trabajo, sentimiento de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. Así mismo interfiere de forma importante en la vida del paciente pudiendo afectar en el trabajo, estudios, relación con la familia y amigos. La depresión es un problema que no escapa la población estudiantil universitaria. Esta presenta características enmarcables como variables sociales y económicas: alejamiento del núcleo familiar y factores estresantes propios de la carrera los cuales pueden interferir en su rendimiento académico, salud física y bienestar psicosocial. Estas situaciones lo hacen más vulnerable a presentar depresión, abuso de alcohol, drogas, dificultades interpersonales al igual que intento suicida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 1990, la depresión ocupó la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial (Garfinke y Goldbloom, 2000:503-505) y se estima que para el año 2020 sea la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo. (2)

1.2. Enunciado del problema

¿Cuál es la incidencia de depresión y ansiedad en médicos que realizan internado rotatorio en Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel?

1.3. Justificación.

La depresión y la ansiedad son dos trastornos psiquiátricos de gran trascendencia mundial, volviéndose en la actualidad un problema en la salud pública (3). La ansiedad y la depresión se consideran dos de los desórdenes psicológicos de mayor registro en los centros de salud, en población general. Se conoce que la muerte por suicidio entre los profesionales médicos es una amenaza ocupacional. El riesgo de suicidio entre los profesionales médicos masculinos es 40% mayor que en la población en general y en mujeres el riesgo de suicidio es 130% mayor que en la población general. En el ámbito universitario existe una serie de factores estresantes que pueden generar depresión, ansiedad y comportamiento suicida. Los siguientes son algunos de esos factores: pruebas de evaluación académica, autoritarismo pedagógico, pérdidas académicas (asignaturas, semestres, años), dificultad para dar cumplimiento a las expectativas que el estudiante tiene respecto a la universidad y su carrera, falta de apoyo económico para responder a las demandas como estudiante, pérdidas afectivas, problemas de adaptación a la universidad, a otra ciudad y a otras familias separación de la familia de origen y asunción de nuevas y complejas responsabilidades académicas y personales. La mayoría de estudiantes son vulnerables al estrés, el estrés constituye un factor de riesgo para diversas afecciones y debe ser tomado muy en serio.

No sólo debe ser conocido sino que debe ser interiorizado por todos, puesto que constantemente están sometidos a su influencia. Los estudiantes universitarios y en particular los de ciencias médicas están frecuentemente imbuidos en situaciones estresantes por lo que se hace necesario conocer que sucesos les provocan mayor nivel de estrés y como lo enfrentan. La Organización Mundial de la Salud, menos del 30% de los casos, y en algunos países menos del 10%, obtienen tratamiento efectivo (4).

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

2.1. Objetivo general:

Determinar la incidencia y los factores asociados a la depresión y ansiedad en estudiantes de medicina que realizan su internado rotatorio en Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel, en el periodo de Junio a Agosto del año 2018.

2.2. Objetivos específicos:

- ✓ Determinar la incidencia de ansiedad en médicos internos del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.
- ✓ Determinar la incidencia de depresión en médicos internos del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.
- ✓ Determinar la incidencia de ansiedad y depresión en médicos internos del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel.
- ✓ Identificar los factores: personales, físicos, ambientales y organizacionales que inciden en la aparición de la depresión y ansiedad en la población en estudio.

3. MARCO TEORICO

3.1. Antecedentes históricos

Según el documento publicado en el diario oficial en San Salvador el 12 de diciembre de 2008, sobre política nacional de salud mental, el perfil epidemiológico en pacientes de salud mental en el año 2005 ascendía a 1262 casos, dato proporcionado por Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), de éstos el 32.6% con problemas de salud mental se encontraban en el área metropolitana; la edad promedio de los usuarios fue de 38.3 años. Resaltando el género femenino con un 74% como el sector que más consulta (5).

Los trastornos mentales más frecuentes fueron: ansiedad con un 46.4%; depresión recurrente, con un 30.9%; otros trastornos del comportamiento de la infancia y la adolescencia 5.2%; reacciones a estrés grave 4.1 % y 3.0% trastornos de adaptación y esquizofrenia, siendo estos los más relevantes (5).

Entre las asociaciones para depresión y ansiedad que resultaron estadísticamente significativas fueron: Programa de Desarrollo Familiar; sexo femenino; pérdidas afectivas, académicas, económicas y de salud; insatisfacción con la carrera; dificultades en las relaciones con compañeros y docentes; responsabilidades académicas, y comportamiento suicida. (6)

Según estudio realizado por estudiantes de medicina en la Universidad José Matías Delgado en el año 2015 El porcentaje general, de una muestra de estudiantes de la carrera de medicina de universidades del área de San Salvador que padecen cualquier nivel de ansiedad y depresión concomitante, es de 19.14%. Un 44.34% de estudiantes presenta algún nivel de ansiedad y un 24.80% de estudiantes presenta algún nivel de depresión (7). Porcentaje similar a la presentada por estudiantes de medicina en estudios internacionales

En cuanto a los estudiantes de medicina, según estudios internacionales, tomando en cuenta las diferencias de religión, creencias y costumbres se determinó por ejemplo que en la universidad nacional de Chile, la medición de niveles de ansiedad fue de 45.9% y los niveles de depresión fueron de 9,9%. Según la escuela de medicina de Carabobo, Venezuela, La prevalencia de la depresión encontrada oscilo entre 12,9% y 36,4% (2).

El mayor numero de casos de depresion se presento en el sexo femenino. Con relacion al año academico el quinto año presento mayor incidencia de depresion que en el cuarto año. Universidad Nacional Experimental Francisco Miranda, Venezuela, Los estados depresivos comúnmente se instauran de forma progresiva, es decir pueden fácilmente pueden evolucionar en el tiempo y ser agravados por la permanencias de circunstancias desencadenantes; es de gran importancia resaltar las condiciones estresantes y de maltrato que sobrelleva el estudiante de medicina como factor precipitante de manifestaciones depresivas. En la Universidad de Zimbabue, Vas y col,

en 109 estudiantes de 18 a 24 años de edad, de primer año de medicina, encontraron que 64,5% presentaban diversos niveles de estrés y depresión, 12% mostraba un riesgo suicida alto y alrededor de 20% se encontraba en serio riesgo de padecer depresión.

El clima familiar, la relación entre padres e hijos y los recursos afectivos dentro del sistema familiar, están relacionados con la sintomatología depresiva en los adolescentes. Más allá de intentar abrir nuevas líneas de estudio, el reconocimiento de las implicaciones que tienen las interacciones familiares en el desarrollo psicosocial de los adolescentes, y el impacto de ello en su estado emocional, es de gran relevancia y no sólo debe quedarse a nivel de investigación, ya que ésta es sólo el primer paso para el reconocimiento de las problemáticas sociales (8). Características generales de los sujetos, la población más afectada hacia el consumo de drogas son los hombres adolescentes. Este dato coincide con resultados anteriores (Medina-Mora y cols., 1995; Villatoro y cols., 1995 y 1996), en donde son los hombres quienes presentaron más el uso de sustancias. En este aspecto se podría considerar que la influencia del grupo de pares y el ambiente sociocultural en que se desenvuelven hombres y mujeres afecta de diferente manera a hombres y mujeres (9).

3.2. La depresión.

Las depresiones son tan prevalentes en la población general (3% a 5%) y tan comunes en la consulta médica (12,2% al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que las sufren. Más aún, según Watts solo un 0,2% de los pacientes deprimidos consulta al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acude a la consulta médica.

Si a la magnitud del problema contrastamos la facilidad y efectividad de los tratamientos existentes, se hace claro que es responsabilidad del médico general aprender a sospechar, diagnosticar y tratar de manera adecuada este inmenso número de pacientes deprimidos. La depresión se puede manifestar sin tener en cuenta la edad, el sexo, el estado socio económico y el programa académico cursado, y puede presentarse con síntomas primarios que no abarcan cambios en el estado de ánimo e inclusive no cambian la función cognitiva, por lo que no resulta difícil que cualquier individuo caiga en un estado depresivo (10).

Además, el médico general y de familia bien entrenado en el tratamiento del síndrome depresivo estará en una posición ventajosa para diagnosticarlo en forma precoz, y para ser más fácilmente aceptado por el paciente temeroso de la estigmatización que la cultura aplica a la consulta psiquiátrica. De lo anterior resultaría una disminución de la cronicidad, de las consecuencias funestas tanto familiares como económicas y posiblemente de los suicidios, como la que parece se ha registrado en Inglaterra al implementar programas de este tipo.

Infortunadamente tanto la experiencia personal de los editores de este libro como los datos publicados por Ayuso, demuestran que estamos muy lejos de alcanzar dicha meta, ya que en el momento los médicos generales, los especialistas no psiquiatras y aún muchos psiquiatras, no diagnostican bien estos trastornos, confundiéndolos a menudo con cuadros orgánicos o con trastornos de ansiedad.

Peor aún, cuando los diagnostican los tratan mal; a veces los medican con ansiolíticos que son inefectivos, pueden causar habituación y a menudo empeoran la depresión, y en otras ocasiones administran dosis bajas o durante un tiempo muy corto; los antidepresivos formulados adecuadamente pueden ser efectivos en el 70% de los casos.

Definición

Las depresiones son un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados. El paciente con depresión no tiene historia previa de manía o de hipomanía, dicho antecedente la convierte en trastorno bipolar (11).

Historia

Kraepelin diferenció la enfermedad maniaco depresiva de otras depresiones sin causa neuropatológica y que por lo tanto según él, no pertenecían a las enfermedades mentales; y las denominó “depresiones neuróticas reactivas”. Así se configura la separación dualista entre depresiones de tipo bioquímico (enfermedad maniaco-depresiva, depresión endógena, psicótica, etc.), y las de tipo psicógeno (depresión neurótica, exógena, reactiva).

Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión (12)

Este dualismo criticado desde 1926 por Mapother y Sir Aubrey Lewis, quien en 1934 escribió: “toda enfermedad es el producto de dos factores: el ambiente que trabaja sobre el organismo, hay un gran número de acciones posibles de acuerdo con la dotación hereditaria individual, el entrenamiento y la constelación particular de los factores ambientales”.

La psiquiatría norteamericana al seguir los estudios de Winokur y las ideas de Spitzer (reflejadas en la clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en inglés -DSM-IV), adopta una posición monista y descriptiva. Establece criterios diagnósticos específicos para las diferentes depresiones, sin implicaciones etiológicas, ya que considera que los conocimientos actuales no permiten hacer separaciones etiológicas precisas entre las diferentes categorías clásicas.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) también se unió a esta concepción y simplemente las divide en episodio único o recurrente y las clasifica de acuerdo con la intensidad del trastorno. En resumen, las aproximaciones actuales son monistas y dimensionales, en contraste con las anteriores que eran dualistas y categoriales.

Epidemiología

En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Estos son más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. Por otra parte, la edad de inicio de estos trastornos fluctúa entre los 7 años en el trastorno de fobia específica y los 28 años para el trastorno de estrés post traumático (13). La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación entre los 25 y los 30 años. Parece que la edad de iniciación disminuyó y la frecuencia aumentó en los nacidos después de 1945, esto se atribuye a que la cultura actual es “depresiva”.

Los cambios de la estructura familiar y la urbanización creciente, también aumentan la vulnerabilidad a la depresión. Otros factores que contribuyen a este aumento son, según la OMS, la longevidad, los cambios rápidos psicosociales, el aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno), el exagerado consumo de ciertas drogas como los tranquilizantes, los antihipertensivos y los anticonceptivos que con frecuencia producen depresiones secundarias. Según encuestas realizadas entre médicos, la depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuente que ellos diagnostican; y diferentes estudios demuestran que de todo el público de los médicos, entre el 12,2% y el 25% sufren predominantemente un cuadro depresivo (14).

Depresión con ansiedad.

Aproximadamente entre 20 a 25% de los pacientes que acuden a consulta con el médico general sufren algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos (ansiedad y depresión) de carácter habitualmente leve. La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más prevalentes, calculándose que más del 20% de la población general sufrirá alguno de estos en un momento de sus vidas (15). En el estudio realizado en Medellín por Alzate y colaboradores se encontró que aproximadamente el 50% de todos los pacientes vistos por tres psiquiatras durante dos meses en su consulta privada, padecían un trastorno afectivo, la mayoría de tipo depresivo.

En España en la seguridad social, Ayuso encontró que el 42% recibían ese diagnóstico. Las depresiones son más frecuentes en el sexo femenino (2:1) y esto se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del

papel femenino en nuestra sociedad. En relación con la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60 y en los hombres entre 40 y 70 años. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a los factores psicosociales propios de esas etapas. No se ha podido establecer una relación clara entre clase social y depresión, ya que los hallazgos de diferentes estudios son contradictorios.

Clasificación

Las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo con su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente las subdividen o califican de acuerdo con la intensidad en leves, moderadas y severas (con o sin síntomas psicóticos). Las depresiones según Robins, se dividen en dos grandes grupos: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo hipotiroidismo, cáncer del páncreas).

Etiología

Causas primarias

Bioquímicos cerebrales.

La teoría más popular postula cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas en su forma más simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella. Posteriormente se sugirió que un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión. Inclusive se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de células que usan dicho neurotransmisor, y que esto de manera secundaria produciría una disminución de la monoaminoxidasa (MAO), enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina. Las hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona post sináptica, tales como alteración en la membrana (proteína G), mensajeros secundarios y terciarios, alteración del glutamato y del calcio intracelular. Las alteraciones del factor de crecimiento neural y de la apoptosis producen aumento de la muerte y de la atrofia neuronal especialmente en el hipocampo. Estos cambios inicialmente pueden ser reversibles pero con el tiempo pueden volverse permanentes.

Neuroendocrinos.

Múltiples estudios demuestran anomalías en el eje hipotálamo pituitario adrenal (HPA) en los trastornos depresivos. Existe aumento del factor liberador de la corticotrofina (en inglés, CRF) en plasma y en LCR, curva plana de producción de

hormona adrenocorticotrópica (en inglés, ACTH) al estimular con CRF, aumento del cortisol, y no respuesta a la prueba de la supresión del cortisol con la dexametasona, en muchos pacientes deprimidos y sobre todo en aquellos con depresión psicótica.

Neurofisiológicos.

Uno de los hallazgos más consistentes en el electroencefalograma (EEG) del paciente deprimido es el del acortamiento de la latencia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño. También se han reportado, disminución de los estadios 3 y 4 del sueño no MOR, aumento de la actividad física MOR, etc. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y el otoño, sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales.

Neuroimágenes.

En las depresiones de iniciación temprana algunos estudios muestran disminución del volumen del hipocampo, aumento del volumen de la amígdala derecha, o pérdida de la asimetría normal de la amígdala, disminución del volumen de los ganglios basales, y disminución del volumen de la corteza pre frontal. En las de iniciación tardía se han descrito hiperintensidades en la sustancia blanca, atrofia difusa cortical y subcortical, y aumento de los infartos cerebrales silenciosos.

Genéticos y familiares.

Los estudios familiares y de pedigrí están a favor de la existencia de factores genéticos en la depresión. El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general. La concordancia en gemelos homocigóticos es de 37% en hombres y 31% en mujeres, en los dicigóticos es de 23% y 25% respectivamente. La heredabilidad en diferentes estudios se calcula que está entre 36% a 75%, lo que demuestra claramente un componente genético. En algunos subgrupos de unipolares se demuestra también que es frecuente que los hombres manifiesten alcoholismo y las mujeres depresiones recurrentes.

Factores psicológicos.

Muchos autores postulan que en las depresiones, sobre todo en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales. Freud estudió las diferencias entre el duelo normal y el anormal. En el duelo normal la persona lamenta la pérdida de un ser amado, propiedad o creencia ideológica, se siente triste, perdido e incapaz de disfrutar nada. Freud pensaba que después de la pérdida, la libido era retirada del objeto amado e investida en el sujeto. Este se retrae, siente culpa ambivalente por pecados de omisión y comisión hacia la persona perdida y agresión por sentirse abandonado.

La mayoría de las depresiones primarias estarían en la parte media de este espectro depresivo, en la cual habría una interacción variable entre la predisposición

genética (y sus consecuencias biológicas), los factores psicológicos y los estresantes ambientales.

Los trastornos de ansiedad, tales como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de pánico, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada, acompañan frecuentemente a la depresión (16)

Causas secundarias

Muchas drogas de uso común (hipotensores), enfermedades médicas (cáncer del páncreas) y psiquiátricas (alcoholismo), pueden ser la causa de una depresión. Esto es de primordial importancia para el médico no psiquiatra, quien debe conocer los medicamentos que como efecto secundario producen la depresión y sospechar las enfermedades cuya primera manifestación puede ser un cuadro depresivo.

Diagnóstico diferencial

Condiciones no psiquiátricas

El ejemplo típico de éstas es el duelo no complicado. La muerte de una persona amada puede producir un cuadro depresivo completo, incluso con alteraciones del apetito y del sueño. Su adecuación al ambiente cultural del paciente lo distingue de los episodios depresivos primarios. Cuando persiste más de dos meses o presenta marcado menoscabo psicosocial, ya se diagnostica la depresión. Síntomas depresivos secundarios a divorcio, separación, pérdida de empleo, etc., también son normales y en general no requieren tratamiento específico.

Trastornos de adaptación

Una persona puede tener una reacción mal adaptativa con síntomas depresivos como reacción a un estrés psicosocial. Esta reacción se encuentra dentro de los tres meses siguientes a la ocurrencia del estrés. La identificación de la causa y la desaparición de la depresión al eliminar el estrés o al lograr una mejor adaptación, confirman este diagnóstico.

Trastorno bipolar

En los casos típicos la diferenciación es fácil, la presencia o la historia de un episodio maníaco o hipomaníaco claramente confirman la presencia de este trastorno.

3.3. Trastorno de ansiedad generalizada.

La descripción de los trastornos de ansiedad data desde épocas Bíblicas. Burton a mediados del siglo XIX empieza a darle importancia al síntoma de forma independiente, así la taquicardia correspondía a una afección del corazón, o la taquipnea de los pulmones. A finales de este mismo siglo Freud agrupa los síntomas de

irritabilidad general, ansiedad anticipatoria y síntomas somáticos (cardiovasculares, respiratorios autonómicos) cuyo origen podía ser hereditario o sexual y formula la neurosis de ansiedad. Ésta incluía lo que hoy conocemos como trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno de pánico (TP).

Los criterios diagnósticos para el TAG cambiaron con el tiempo, aunque siempre se han incluido la ansiedad cognitiva excesiva y síntomas físicos generalizados y persistentes. Tanto la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (en inglés, *DSM-IV-TR*) tienen la misma denominación de TAG. El CIE-10 incluye el TAG dentro del bloque de los trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos colocando el TAG en la sección “otros trastornos de ansiedad”, donde también se incluyen, de manera separada, el trastorno de pánico y el trastorno mixto ansioso-depresivo, mientras que el DSM-IV asigna el TAG dentro de la categoría de trastornos de ansiedad

Manifestaciones clínicas

El síntoma cardinal del TAG es la excesiva ansiedad Cognitiva, manifestada por la preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, etc., a menudo con ansiedad anticipatoria. Se debe descartar que la preocupación del paciente no sea el temor a la presentación de un ataque de pánico o a enfrentar una situación fóbica.

Estas expectativas aprehensivas se asocian al menos a tres de los siguientes seis síntomas:

- Desasosiego o inquietud motora
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular. Puede causar diversas algias, temblor y dificultad para relajarse.
- Trastorno del sueño (dificultad para conciliarlo, mantenerlo o sueño inquieto no reparador).

La ansiedad generalizada produce a menudo síntomas de hiperactividad autonómica como dificultad para respirar, palpitaciones, mareos, sudación excesiva, sequedad de boca, polaquiuria, náuseas o diarrea. Todos estos pueden variar bastante de paciente a paciente.

Sin embargo deben estar presentes de manera continua, la mayor parte del tiempo en un periodo no menor de seis meses. Esto constituye una diferencia importante con el trastorno de pánico, en el que la sintomatología es en forma de crisis episódicas de ansiedad. En la consulta médica los pacientes con TAG hacen mayor

énfasis en quejas somáticas y no tanto en los síntomas de nerviosismo o ansiedad cognitiva.

Etiología

La etiología del TAG ha sido poco estudiada tanto en lo relativo a sus aspectos biológicos como psicológicos.

Prevalencia.

En la población general la prevalencia a un año es de 1,5% (1,2% a 1,9%) y del 5% (3% a 5,9%) en vida. En clínicas de ansiedad llega a ser hasta del 12%. El sexo femenino es el más afectado, hasta en dos terceras partes de los casos. En Colombia, el Estudio de Nacional de Salud Mental mostró una prevalencia en el último año de 0,7% (0,5% en mujeres y 0,9% en hombres) y en vida fue de 1,3%(1,2% en mujeres y 1,5% en hombres).

Curso

El TAG es considerado típicamente como una enfermedad crónica, ya que la mayor parte de los pacientes se encuentran afectados hasta 12 años después del diagnóstico. Alrededor de la mitad de los pacientes refieren que el inicio fue en la niñez o adolescencia. El resto comienza en la adultez temprana. El curso tiende a ser crónico y fluctuante con acentuación en períodos de estrés.

Tratamiento

Tratamiento ansiedad.

Según las Guías clínicas de Psiquiatría de El Salvador, frente a un trastorno de ansiedad, inicialmente se debe descartar una causa médica de los síntomas, realizando un diagnóstico presuntivo y la toma de exámenes complementarios.

Tratamiento farmacológico:

- Diazepam (10 mg/tableta) 5 - 10 mg/día por la noche ó
- Bromazepam (3 mg/tableta), de 3 - 6 mg/día ó
- Clonazepam (2 mg/tableta), de 2 - 4 mg/día.

Ante la mejoría se debe disminuir paulatinamente el fármaco durante dos a tres semanas para evitar síndrome de abstinencia; en caso contrario se deben indicar antidepresivos tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por cuatro semanas.

Tratamiento no farmacológico: Terapia cognitivo conductual, psicoterapias de apoyo, técnicas de relajación, entre otras, realizado por personal competente.

3.4. Test de Goldberg.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg -EADG (Goldberg et al., 1988): Como indica su nombre, consta de dos sub-escalas (ver anexo 2), una de ansiedad y otra de depresión. Cada sub-escala tiene 9 ítems de respuesta dicotómica (Si / No) y se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión), pero en la investigación se suele aplicar la escala completa, y de esa manera fue utilizada en el presente estudio.

Se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Goldberg et al. (1988) han propuesto como puntos de corte ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. Para estos valores se ha reportado una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. Se plantea que existe una mejora de la sensibilidad al aumentar la gravedad del trastorno psicopatológico, obteniéndose puntuaciones más altas que pueden proporcionar una medida dimensional de la gravedad de cada trastorno por separado (López et al., 2011) (17).

4. SISTEMA DE HIPOTÉISIS

Hi: La Incidencia de depresión y ansiedad en los médicos internos del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel es mayor del 19%.

Ho. La incidencia de depresión y ansiedad en los médicos internos del Hospital Nacional Regional San Juan De DIOS de San Miguel es menor o igual a 19%.

Operacionalización de las variables

Hipótesis	Variables	Definición de conceptos	Dimensiones	Indicadores
<p>Hi: La Incidencia de Depresión y ansiedad en los médicos internos del HNSJD de San Miguel es mayor a 19%</p>	V1: Incidencia ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado. 	Test de Goldberg	Es un test que cuenta con 18 preguntas las cuales permiten realizar diagnóstico de ansiedad y depresión.
	V2: incidencia de depresión	<p>- La ansiedad es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazante y/o peligroso, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión.</p> <p>-La depresión es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana.</p>	Factores asociados.	<p>Personales: físicos, sexo, edad,</p> <p>Ambientales: relaciones laborales, espacios de estudio.</p> <p>Organizacionales: tiempo laboral, tiempo de estudio y tiempo de recreación.</p>

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudio

Según el análisis y alcance de resultados de investigación fue:

Descriptiva: porque determinó y describió la incidencia de la depresión y ansiedad de los estudiantes de medicina en el internado rotatorio.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registrará de la información el estudio fue:

Prospectivo: durante nuestra investigación se registró los resultados obtenidos del test de Goldberg, se determinó si existía o no depresión y ansiedad, además en la entrevista se registró los factores asociados a estas patologías.

Según el periodo y secuencia del estudio fue:

Transversal: con nuestra investigación se determinó la incidencia y los factores asociados con la depresión y ansiedad en el período de Junio a Agosto del año 2018.

5.2. Universo y muestra.

Población.

La población que se estudio fue pequeña, por lo tanto se incluyeron todos en el estudio.

Tabla 1. Distribución de la población según sexo.

Médicos Internos Del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios	Población
Femenino	43
Masculino	35
Total:	78

Criterios para establecer la muestra

Criterio de Inclusión:

Toda la población es elegible para realizar la investigación por ser un grupo pequeño y que se puede tener el acceso a realizar la encuesta a todos.

Criterio de Exclusión

Médicos internos que no deseen participar en la investigación.

5.3. Técnica de Recolección de Datos

Técnica de Trabajo de Campo

Se hizo uso de la encuesta y del test de Goldberg para obtener la información necesaria para validar el estudio y cumplir con los objetivos.

5.4. Instrumento

Se utilizará el test de Goldberg para ansiedad y depresión, esta cuenta de 18 interrogantes las cuales tienen dos opciones de respuesta (si y no) y cada una tiene una puntuación, las cuales al final serán sumadas y así poder determinar si la persona tiene depresión y 10 interrogantes agregadas de factores que determinan la presencia de ansiedad y depresión en los encuestados.

5.5. Procedimiento

Planificación de la investigación:

Durante las primeras semanas de febrero el grupo se reunió con el asesor y la coordinadora de grupos para realizar la selección del tema de investigación para poder enviar la propuesta a la Junta Directiva.

Posterior a la selección del tema durante el mes de marzo y abril se realizó la identificación de fuentes de información confiables y seguras, dentro de las cuales se tienen libros, normativas de salud, investigaciones anteriores sobre el tema y toda aquella información pertinente que aporte conocimientos y orientación para tener una idea clara acerca de los procedimientos necesarios que conllevo la investigación.

Ejecución

La población estudiada fue de 78 estudiantes del Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel en el período de junio a Agosto de 2018.

El trabajo se realizó visitando a los estudiantes para la realización de la encuesta, se le informo del consentimiento informado y el mecanismo de la encuesta, se procedió a realizar la entrevista y dando respuesta a cada una de las interrogantes.

Validación del Instrumento.

El Test de Goldberg es un test bastante conocido por médicos Psiquiatras ya que es de mucha ayuda para ellos ya que permite realizar el diagnóstico oportuno, cuenta con 18 ítems, 4 preguntas de despistaje y 5 de sintomatología, son preguntas cerradas cada una de ellas con una puntuación las cuales son sumadas al final y así poder establecer si hay ansiedad o depresión, además determinar factores asociados a desarrollar estos trastornos.

Recolección de Datos

Mediante el test de Goldberg

5.6. Plan de análisis

Investigación que busca resolver un problema de salud mental de la población estudiantil y que contribuya a resolver o mejorar las condiciones de la población en cuestión.

Por ser un estudio descriptivo no se introdujeron medicamentos ni procedimientos que originaran daño iatrogeno punible de sanción, por lo que el estudio no tenía repercusiones.

Se determinó y dio respuesta a los resultados de la investigación con respecto a la incidencia y factores asociados a la depresión y ansiedad en médicos internos del hospital nacional regional san Juan de Dios San Miguel, se tabularon los datos utilizando el programa SPSS versión 19 (software procesador de datos estadísticos versión 19) y Microsoft Excel 2010. De esta manera se realizaron tablas y gráficos que permitieran el análisis e interpretación de los resultados de cada una de las respuestas a través de los métodos de frecuencia y porcentaje simple, lo cual presenta los datos de forma sistemática.

5.7. Consideraciones éticas.

Se explica durante la realización de la entrevista la importancia de la investigación, sobre la confidencialidad de los datos proporcionados.

Se realizó un consentimiento informado que fue firmado para la afirmación de la participación en el estudio.

Se trató con respeto y amabilidad a los entrevistados.

6. RESULTADOS

6.1. Tabulación, análisis e interpretación de datos.

Edad de la población en estudio

Tabla 2. Distribución de la población por edad.

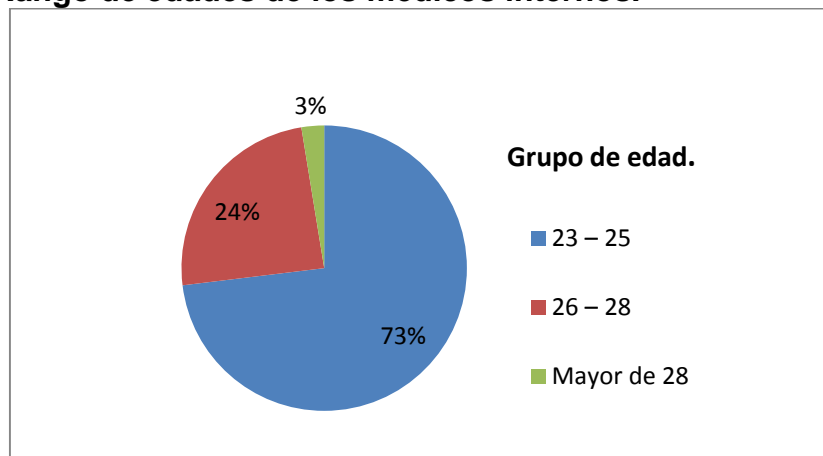
Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
23 – 25	57	73%
26 – 28	19	24%
Mayor de 28	2	3%
Total	78	100%

Fuente: Información brindada por la población en estudio.

ANALISIS: Podemos observar que en los médicos internos del Hospital Nacional San Juan de Dios de San Miguel, La mayoría se encuentra en un rango de edad de 23-25 años con un porcentaje de 73%, seguido de 24% que poseen entre los 26-28 años, y menos frecuencia en mayores de 28 años con solo el 3%.

INTERPRETACION: La mayor parte de la población en estudio son adultos jóvenes que en su mayoría tiene edad de entre los 23 y 25 años, lo que hace más vulnerables a problemas de ansiedad y depresión, por la dificultad de adaptación al entorno hospitalario.

Gráfico 1. Rango de edades de los médicos internos.



Fuente: cedula de entrevista.

Género de la población en estudio:

Tabla 3. Distribución de la población por género.

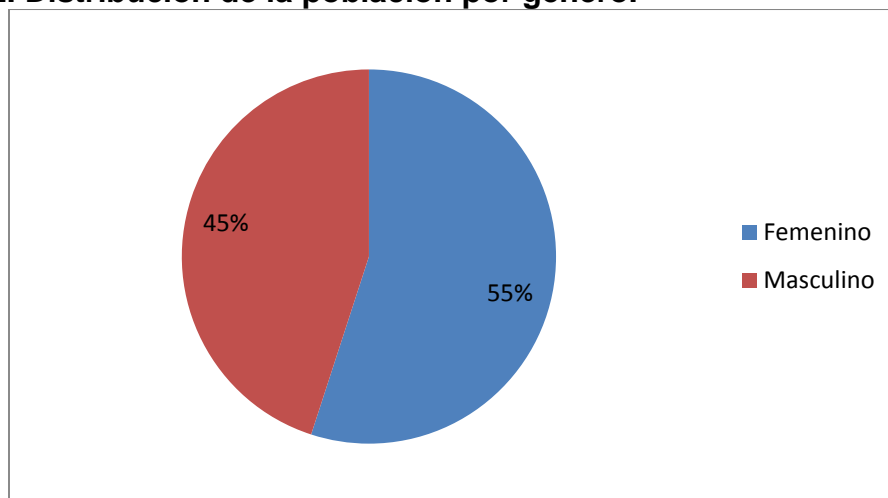
Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	43	55%
Masculino	35	45%
Total	78	100%

Fuente: Información brindada por la población en estudio.

ANALISIS: De la población en estudio se afirma que el género más frecuente es el femenino representado por el 55%, en contra parte del masculino que tiene el 45%.

INTERPRETACION: Se observa que la población femenina supera por 10% a la población masculina, cuando históricamente se había observado que la carrera de medicina había sido dominada por el género masculino, es importante mencionar que actualmente en la población en general predomina el sexo femenino.

Gráfico 2. Distribución de la población por género.



Fuente. Cédula de entrevista

SUB ESCALA DE ANSIEDAD.

Tabla 4. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?

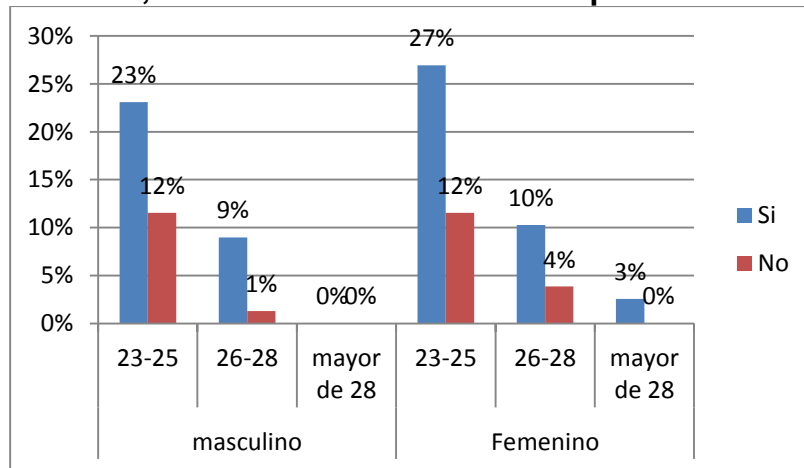
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	18	23%	9	12%	27	35%
	26-28	7	9%	1	1%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	21	27%	9	12%	30	38%
	26-28	8	10%	3	4%	11	14%
	mayor de 28	2	3%	0	0%	2	3%
Total		56	72%	22	28%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: La población femenina es la más afectada con un 40%, en contra parte de la población masculina con el 32%. La edad entre 23 a 25 años presenta mayor incidencia con el 50%.

INTERPRETACION: Las mujeres sufren más de excitación, nerviosismo y tensión en comparación con los hombres, en diferentes estudios se ha demostrado que los hombres tienen un manejo mejor de las situaciones estresantes comparado con las mujeres, quienes tienden a demostrar el estrés precozmente.

Gráfico 3. Excitación, nerviosismo o tensión en la población estudiantil.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 5. ¿Ha estado muy preocupado por algo?

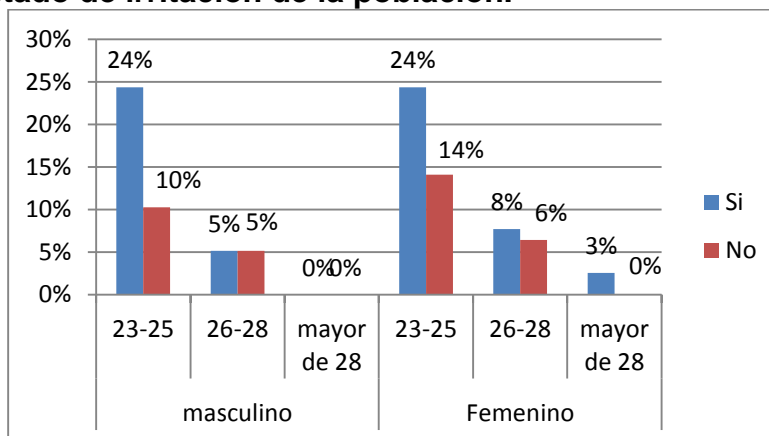
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	19	24%	8	10%	27	35%
	26-28	4	5%	4	5%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	19	24%	11	14%	30	38%
	26-28	6	8%	5	6%	11	14%
	mayor de 28	2	3%	0	0%	2	3%
Total		50	64%	28	36%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANÁLISIS: El 64% de la población en estudio ha presentado preocupación, siendo la población femenina mayor incidencia con el 35%, la edad más vulnerable se encuentra entre los 23 y 25 años con el 48%.

INTERPRETACION: Ambos sexos presentan preocupaciones, siendo la edad de 23 a 25 años la población más afectada con el 48%, manifiestan que las principales causas es terminar con los pendientes de cada servicio de asignación y cuentan con poca ayuda. Además le asignan trabajos que no les beneficia en su formación académica como: llevar pacientes a rayos X, descartar orina, llevar exámenes a laboratorio.

Gráfico 4. Estado de irritación de la población.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 6. ¿Se ha sentido muy irritable?

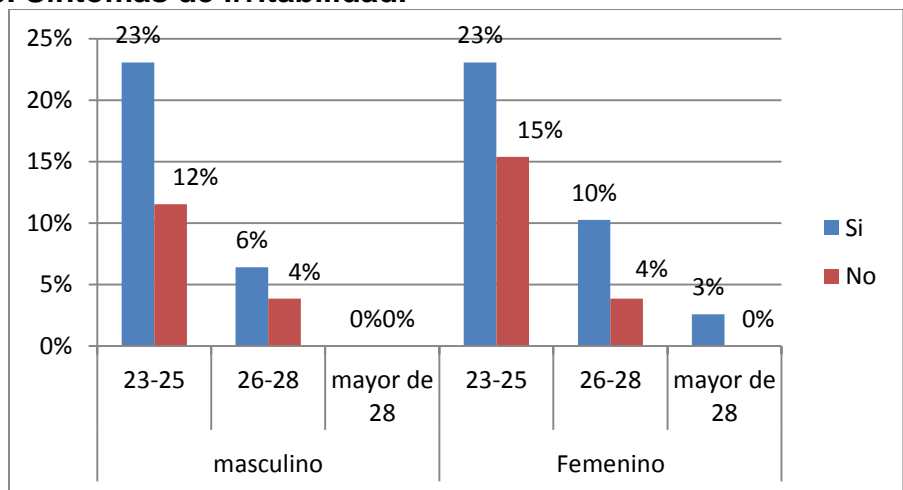
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	18	23%	9	12%	27	35%
	26-28	5	6%	3	4%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	18	23%	12	15%	30	38%
	26-28	8	10%	3	4%	11	14%
	mayor de 28	2	3%	0	0%	2	3%
Total		51	65%	27	35%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: Se puede observar que el 65% de la población manifestó sentirse irritable, la edad más afectada es de 23 a 25 con 46%.

INTERPRETACION: La mayoría de los médicos internos manifestó sentirse irritable por el exceso de trabajo en su cargo y por las relaciones tensas con sus superiores inmediatos. Pero notablemente se observa que es muy estrecha la relación entre las mujeres y los hombres con una representación del 23% en ambos sexos, siendo el grupo más representativo el rango de edad de 23 a 25 años en ambos. Quedando claramente representado que entre más edad mayor control emocional.

Gráfico 5. Síntomas de irritabilidad.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 7. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

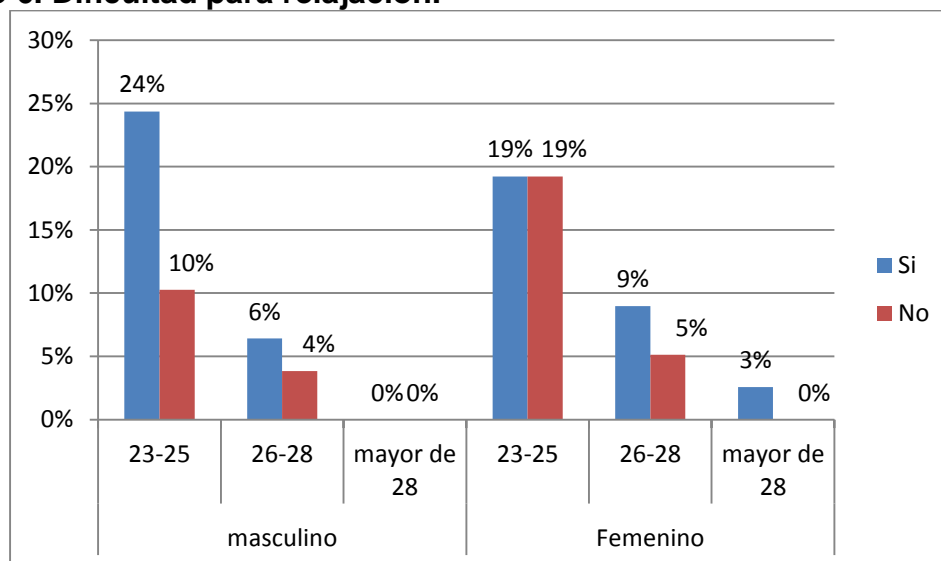
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	19	24%	8	10%	27	35%
	26-28	5	6%	3	4%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	15	19%	15	19%	30	38%
	26-28	7	9%	4	5%	11	14%
	mayor de 28	2	3%	0	0%	2	3%
Total		48	62%	30	38%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: el 62% presento dificultad para relajarse durante sus labores diarias o posteriores a estas, se observa predominio del sexo femenino con 32% y en el masculino un 30%.

INTERPRETACION: Los médicos internos que refirieron haber presentado dificultad para relajarse, acusaron que en la mayoría de ocasiones corren el riesgo de ser sancionados al no cumplir con todas las labores, la carga laboral que tienen hace que el tiempo libre sea únicamente por las noches.

Gráfico 6. Dificultad para relajación.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 8. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?

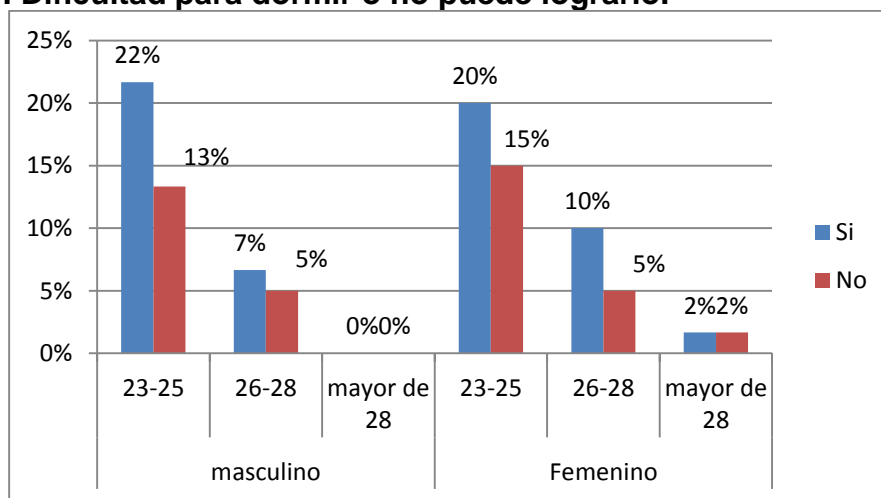
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	13	22%	8	13%	21	35%
	26-28	4	7%	3	5%	7	12%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	12	20%	9	15%	21	35%
	26-28	6	10%	3	5%	9	15%
	mayor de 28	1	2%	1	2%	2	3%
Total		36	60%	24	40%	60	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: De 60 estudiantes evaluados en esta interrogante, se evidencia que el 60% manifiesta haber dormido mal o no haberlo hecho. En contra parte el 40% refiere no tener problemas para hacerlo.

INTERPRETACION: El rango de edad que principalmente ha tenido este problema es el de 23-25 años con mayor prevalencia en el sexo masculino con un 22% y el femenino con un 20% y con el paso del tiempo entre mayor edad menos dificultad se presenta. Manifiestan que es debido a las diferentes actividades que realiza o por el poco tiempo que tienen para descansar. La población que manifiestan dormir refiere que por el cansancio se duermen en cualquier lugar, sillas, estaciones de enfermería, piso, ventilando pacientes.

Gráfico 7. Dificultad para dormir o no puede lograrlo.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg

Tabla 9. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?

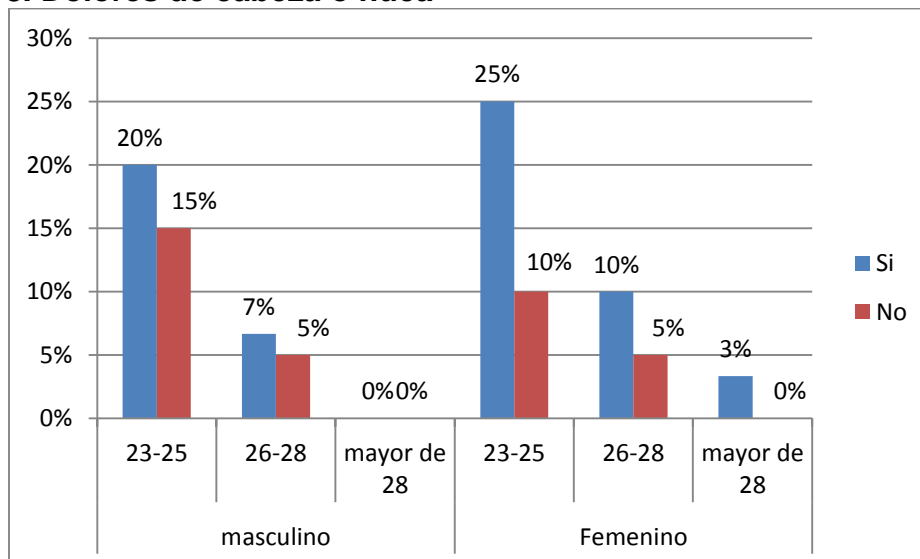
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	12	20%	9	15%	21	35%
	26-28	4	7%	3	5%	7	12%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	15	25%	6	10%	21	35%
	26-28	6	10%	3	5%	9	15%
	mayor de 28	2	3%	0	0%	2	3%
Total		39	65%	21	35%	60	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: Del 100% de la población solo el 79.5% aplico para esta pregunta, encontrando que el 50% de estos han tenido dolores de cabeza o nuca principalmente en el sexo femenino en el rango de edad de 23-25 con un 19%.

INTERPRETACION: Podemos observar en los resultados que la población estudiada en su mayoría ha presentado cefaleas o dolores de nuca, debido al estrés con el que viven el día a día en su desempeño laboral y la falta de descanso fuera de este. Aunado más a las largas jornadas de trabajo.

Gráfico 8. Dolores de cabeza o nuca



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 10. ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?

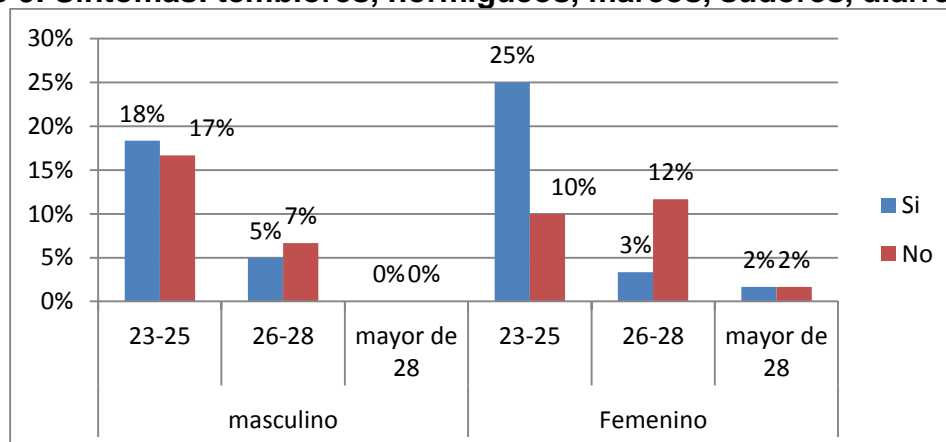
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	11	18%	10	17%	21	35%
	26-28	3	5%	4	7%	7	12%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	15	25%	6	10%	21	35%
	26-28	2	3%	7	12%	9	15%
	mayor de 28	1	2%	1	2%	2	3%
Total		32	53%	28	47%	60	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANÁLISIS: De los 78 médicos internos solo 62 aplicaron para esta pregunta, en la cual se observa que el 41% han presentado síntomas como temblores, hormigueos, mareos, sudores, y diarrea, siendo el sexo femenino más afectado con un 23%.

INTERPRETACION: El apareamiento de estos síntomas autonómico en esta población se ve relacionado con la tensión a la que se ven expuestos, más el cansancio y la mala higiene de algunos alimentos que consumen, manifestando que no tienen tiempo para una adecuada alimentación, a veces comen parados, caminando e incluso dando ventilación mecánica.

Gráfico 9. Síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 11. ¿Ha estado preocupado por su salud?

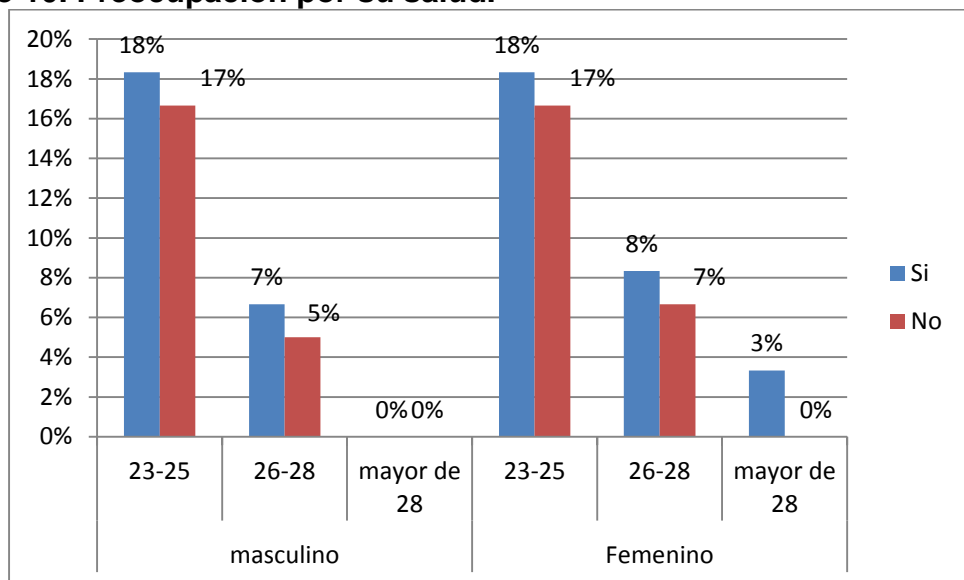
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	11	18%	10	17%	21	35%
	26-28	4	7%	3	5%	7	12%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	11	18%	10	17%	21	35%
	26-28	5	8%	4	7%	9	15%
	mayor de 28	2	3%	0	0%	2	3%
Total		33	54%	27	46%	60	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: La población femenina es la que presenta mayor preocupación por su salud evidenciándose con el 29%, en comparación con el 25% de la población masculina, 46% de los estudiados manifestaron no sentirse preocupados.

INTERPRETACION: Ambos géneros tienen preocupación por su salud, con una diferencia de 4% a favor de la población femenina, acusan que las jornadas laborales extensas, el estrés, la falta de reposo y la mal nutrición son factores que más les afecta.

Gráfico 10. Preocupación por su salud.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 12 . ¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

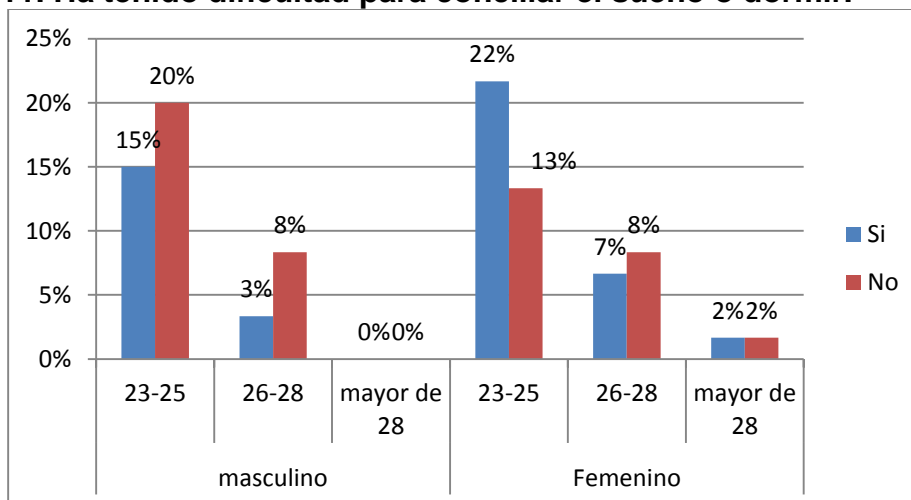
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	9	15%	12	20%	21	35%
	26-28	2	3%	5	8%	7	12%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	13	22%	8	13%	21	35%
	26-28	4	7%	5	8%	9	15%
	mayor de 28	1	2%	1	2%	2	3%
Total		29	48%	31	52%	60	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: El 52% de la población estudiada contestó que no ha tenido dificultad para conciliar el sueño, del cual el 28% corresponde al sexo masculino y el 23% al sexo femenino.

INTERPRETACION: Podemos observar que los médicos internos que han presentado dificultad para conciliar el sueño con los que no han tenido dificultad son similares. Comparando el género, el sexo femenino es el más afectado con el 31% y el sexo masculino con el 18%, ya que la mujer tiende a estar más propensa al estrés, lo cual dificulta el sueño.

Gráfico 11. Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o dormir.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 13. Resumen de sub-escala de ansiedad.

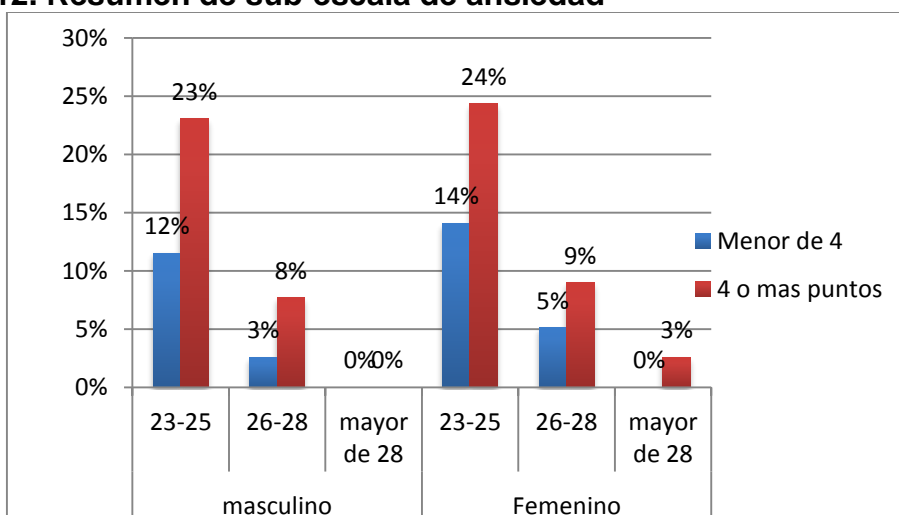
Género	Rango de edad	Menor 4 puntos	Porcentaje	4 o más puntos	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	9	12%	18	23%	27	35%
	26-28	2	3%	6	8%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	11	14%	19	24%	30	38%
	26-28	4	5%	7	9%	11	14%
	mayor de 28	0	0%	2	3%	2	3%
Total		26	33%	52	67%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Análisis: El 67% de los médicos internos tiene síntomas de ansiedad, evidenciando mayor frecuencia en la población femenina con un 36%, en contra parte la población masculina con un 31%, la edad más afectada es de 23 a 25 años tanto en mujeres (24%) como en hombre (23%).

Interpretación: Las mujeres siempre han sido más afectadas por la ansiedad en comparación con los hombres, como lo revela el estudio realizado por Universidad Austral de Chile, donde el 19.64% de la población femenina es afectada por la ansiedad, en contra parte que 3.57% de la población masculina afectada (18), los jóvenes adultos más afectados se observan entre los 23 y 25 años. Dado que son los que más difícilmente se adaptan al ámbito hospitalario.

Gráfico 12. Resumen de sub-escala de ansiedad



Fuentes: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Sub-escala de depresión

Tabla 14. ¿Se ha sentido con poca energía?

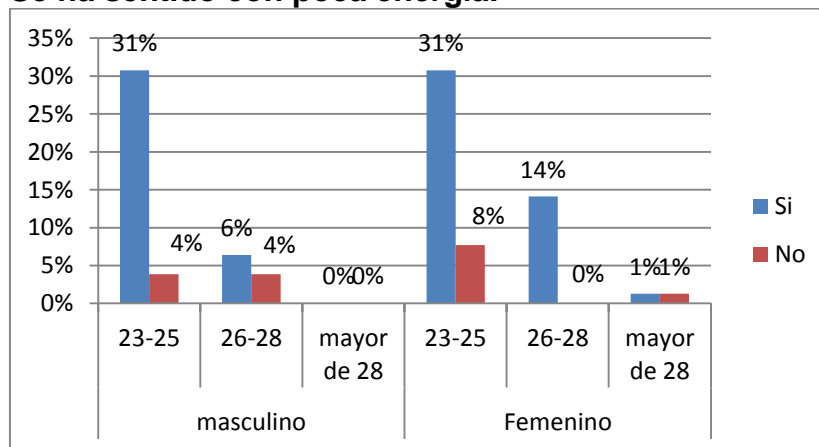
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	24	31%	3	4%	27	35%
	26-28	5	6%	3	4%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	24	31%	6	8%	30	39%
	26-28	11	14%	0	0%	11	14%
	mayor de 28	1	1%	1	1%	2	2%
Total		65	83%	13	17%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANÁLISIS: El 83% de la población estudiada manifestó sentirse con poca energía para realizar sus labores diarias, solo el 17% dijo que si tenían energía para realizar su trabajo.

INTERPRETACION: La mayoría de médicos internos refirió sentirse con poca energía durante sus horas de trabajo, debido a las jornadas laborales largas (36 horas en promedio) y extenuantes acompañada de la carga académica que llevan simultáneamente para cumplir los requisitos que la Universidad exige para aprobar el año académico. Además no cuentan con el tiempo necesario para estudiar, incluso refirieron que en ocasiones no tienen tiempo para el aseo personal en los post turnos.

Gráfico 13. Se ha sentido con poca energía.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 15. ¿Ha perdido Ud. el interés por las cosas?

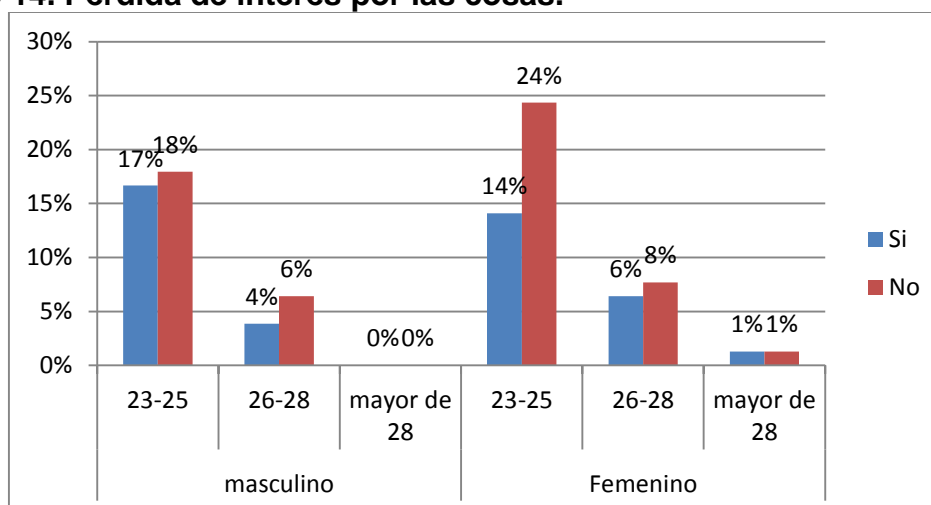
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	13	17%	14	18%	27	35%
	26-28	3	4%	5	6%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	11	14%	19	24%	30	38%
	26-28	5	6%	6	8%	11	14%
	mayor de 28	1	1%	1	1%	2	3%
Total		33	42%	45	58%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: El 58% de la población dijo que no ha perdido el interés por las cosas del cual hay mayor prevalencia en las mujeres con un porcentaje del 33% en comparación con los hombres con el 24%.

INTERPRETACION: Podemos observar que la mayoría de la población manifestó no haber perdido el interés por las cosas, solo el 42% de la población manifestó tener perdida de interés, uno de los síntomas más importantes en la depresión. Hay insatisfacción o pérdida del interés que antes les producían placer. En nuestra investigación se puede confirmar que la pérdida de interés tanto en hombres como en mujeres tiene el mismo porcentaje con el 21%.

Gráfico 14. Pérdida de interés por las cosas.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg

Tabla 16. ¿Ha perdido la confianza en Ud. mismo?

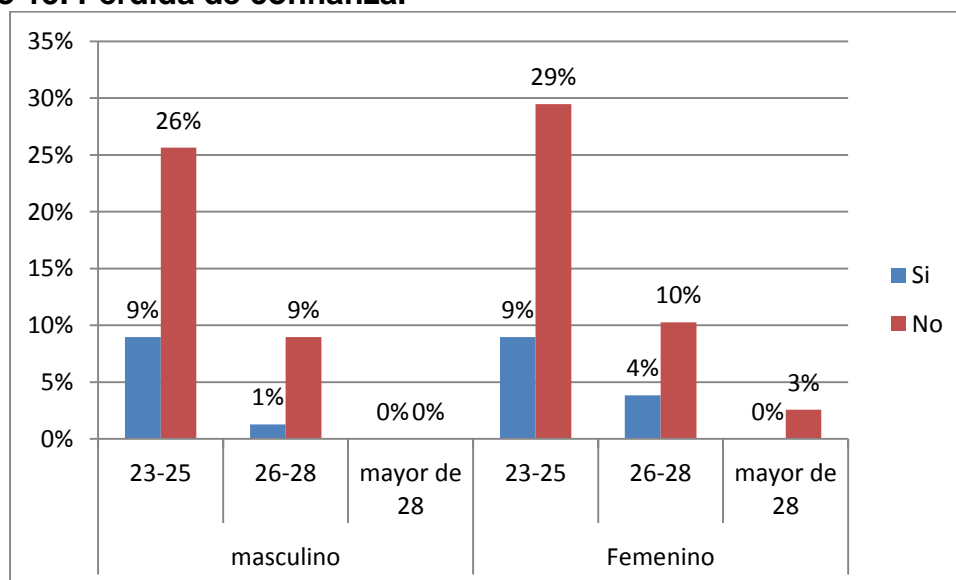
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	7	9%	20	26%	27	35%
	26-28	1	1%	7	9%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	7	9%	23	29%	30	38%
	26-28	3	4%	8	10%	11	14%
	mayor de 28	0	0%	2	3%	2	3%
Total		18	23%	60	77%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: Solo un pequeño porcentaje de los médicos internos han perdido la confianza en sí mismo (23%) y su mayoría (77%) respondió sentirse confiado de sus capacidades.

INTERPRETACION: El 23% de la población ha perdido la confianza en sí mismos manifestado que en la mayoría de ocasiones se debe a factores como el maltrato emocional y las humillaciones en público.

Gráfico 15. Pérdida de confianza.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 17. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanza?

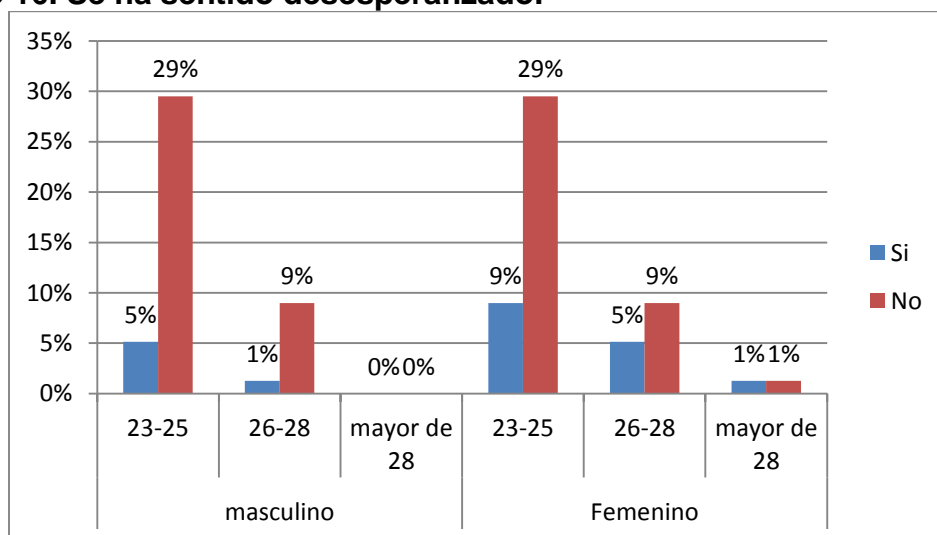
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	4	5%	23	29%	27	35%
	26-28	1	1%	7	9%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	7	9%	23	29%	30	38%
	26-28	4	5%	7	9%	11	14%
	mayor de 28	1	1%	1	1%	2	3%
Total		17	22%	61	78%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: Solo el 22% de la población estudiada contestó que se ha sentido desesperanzado. Siendo mayor en las mujeres con un 50% más que en los hombres.

INTERPRETACION: El 22% de los médicos internos manifestó sentirse sin esperanza, ocasionado por múltiples factores como: sin salarios, sin comida adecuada y lo más penoso continúan siendo mantenidos por sus padres y el futuro a corto plazo es desesperanzador año social igual laborando sin remuneración esto se convierte en un círculo vicioso para ansiedad y depresión.

Gráfico 16. Se ha sentido desesperanzado.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg

Tabla 18. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?

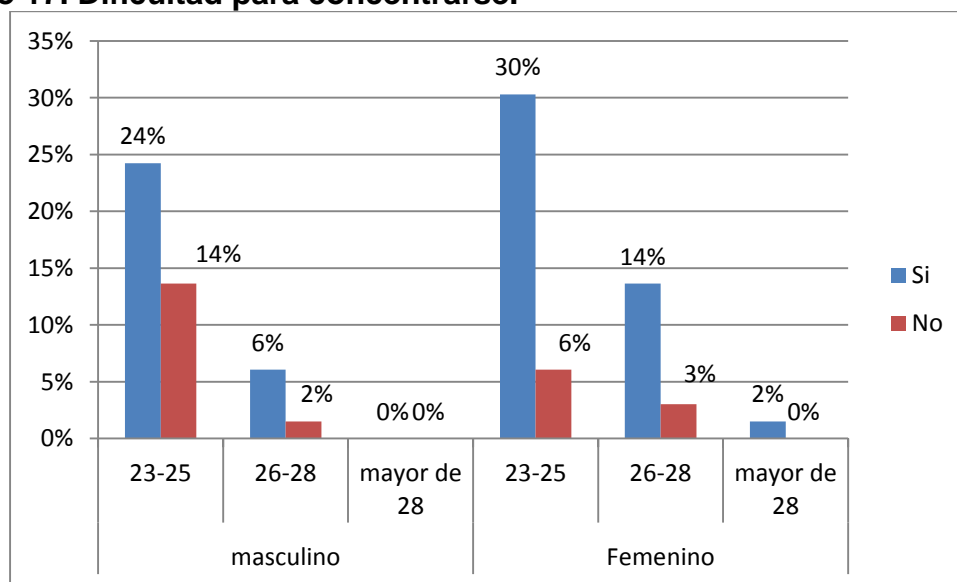
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	16	24%	9	14%	25	38%
	26-28	4	6%	1	2%	5	8%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	20	30%	4	6%	24	36%
	26-28	9	14%	2	3%	11	17%
	mayor de 28	1	2%	0	0%	1	2%
Total		50	76%	16	24%	66	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANÁLISIS: El 76% de los médicos internos ha tenido dificultad para la concentración, del cual la mayoría corresponden al sexo femenino con el 46%. La mayor frecuencia en edades de 23-25 años con el 54%

INTERPRETACION: El sexo femenino tiene mayor dificultad para la concentración comparado con el sexo masculino, la mayoría de la población manifestó que es resultado del agotamiento físico y mental que se desarrollan en su vida laboral, debido a sus jornadas largas de trabajo, la mal nutrición y el poco tiempo de descanso.

Gráfico 17. Dificultad para concentrarse.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 19. ¿Ha perdido peso? (a causa de su pérdida de apetito)

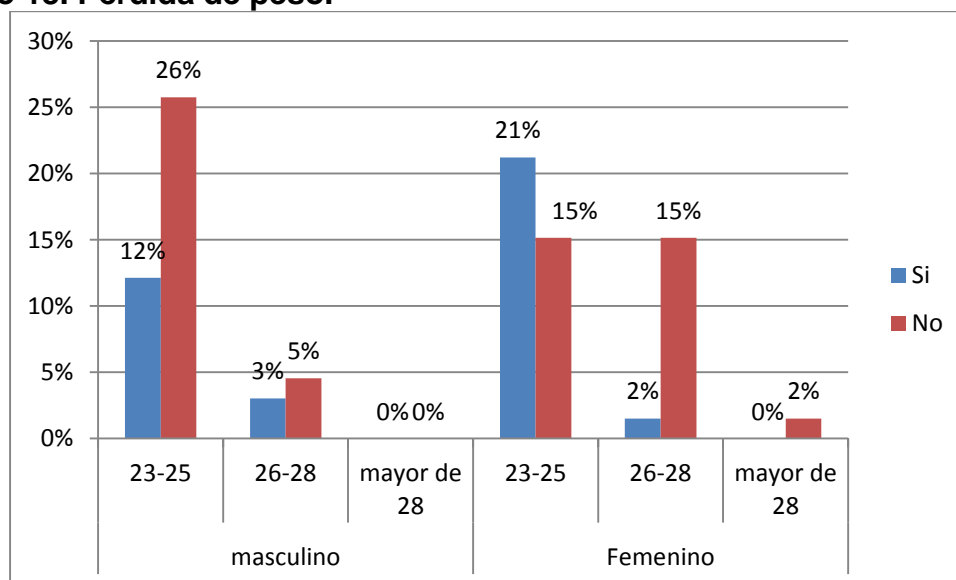
Género	rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
masculino	23-25	8	12%	17	26%	25	38%
	26-28	2	3%	3	5%	5	8%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	14	21%	10	15%	24	36%
	26-28	1	2%	10	15%	11	17%
	mayor de 28	0	0%	1	2%	1	2%
Total		25	38%	41	62%	66	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: El 62% de los estudiantes manifiestan no haber perdido peso, ni ha tenido pérdida de apetito, en contraparte 38% de la población refirió si tener pérdida del apetito y consiguiente pérdida de peso.

INTERPRETACION: La mayor parte de la población el 62% contestó que no ha perdido peso, haciendo énfasis que el estrés es un factor fundamental para la ganancia de peso al igual que la falta de descanso, y la ingesta de comida rápida lo cual es muy frecuente en el internado, solo el 38% de los médicos internos dijo haber perdido peso a consecuencia de la mal nutrición.

Gráfico 18. Pérdida de peso.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 20. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

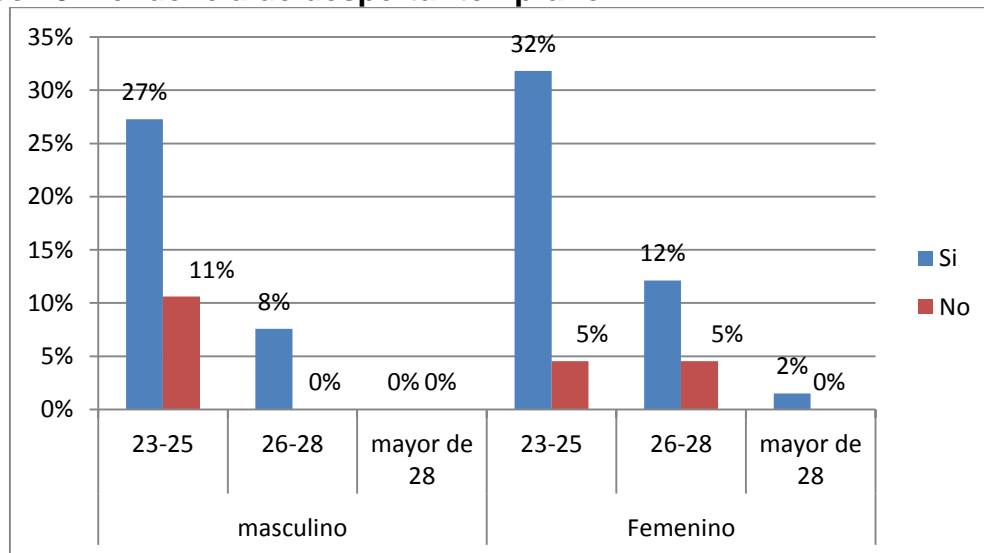
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	18	27%	7	11%	25	38%
	26-28	5	8%	0	0%	5	8%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	21	32%	3	5%	24	36%
	26-28	8	12%	3	5%	11	17%
	mayor de 28	1	2%	0	0%	1	2%
Total		53	80%	13	20%	66	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: Se puede observar que el 80% de los médicos internos se han estado despertando demasiado temprano, y solo el 20% dijo que no.

INTERPRETACION: Los estudiantes manifestaron que tienen despertares muy temprano para cumplir con todas sus asignaciones del servicio asignado, algunos refieren no poder dormir bien por el temor de dormirse, llegar tarde y ser castigados, la mayoría concuerda que su llegada al hospital es entre las 3 y 4 de la madrugada para poner indicaciones médicas, llevar pacientes a rayos X, buscar exámenes, tomar signos vitales antes que lleguen los médicos residentes.

Gráfico 19. Tendencia de despertar temprano.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 21. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?

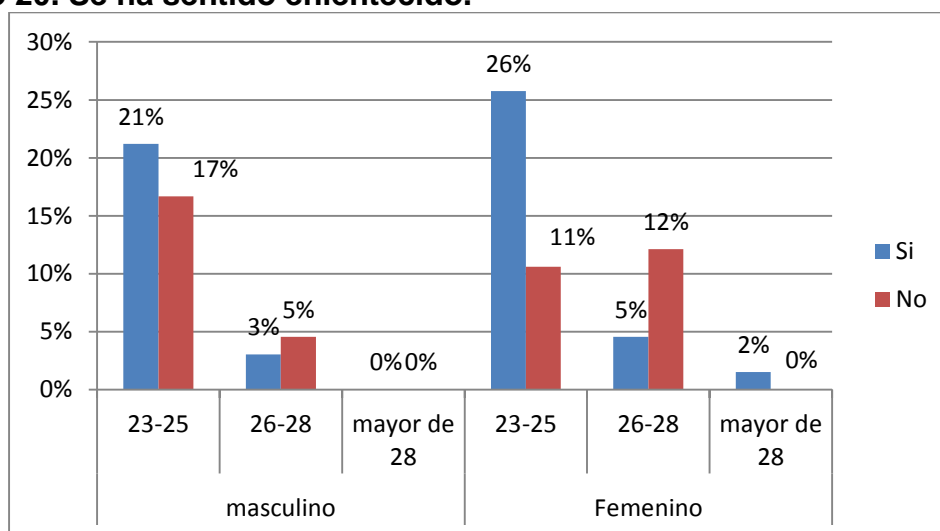
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje2	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	14	21%	11	17%	25	38%
	26-28	2	3%	3	5%	5	8%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	17	26%	7	11%	24	36%
	26-28	3	5%	8	12%	11	17%
	mayor de 28	1	2%	0	0%	1	2%
Total		37	56%	29	44%	66	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: La mayor parte de la población (56%) refiere haberse sentido enlentecido para desarrollar sus actividades diarias, del cual observamos un mayor porcentaje en el sexo femenino con el 33%; el 44% de la población respondió que no habían presentado enlentecimiento.

INTERPRETACION: El 56% dijo haberse sentido enlentecido en su ámbito laboral, manifiestan que esto es debido a la falta de descanso y a desvelos como resultado de los turnos frecuentes y a las jornadas laborales largas, necesitando más tiempo para poder realizar sus actividades laborales y personales.

Gráfico 20. Se ha sentido enlentecido.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg

Tabla 22. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia de encontrarse peor por las mañanas?

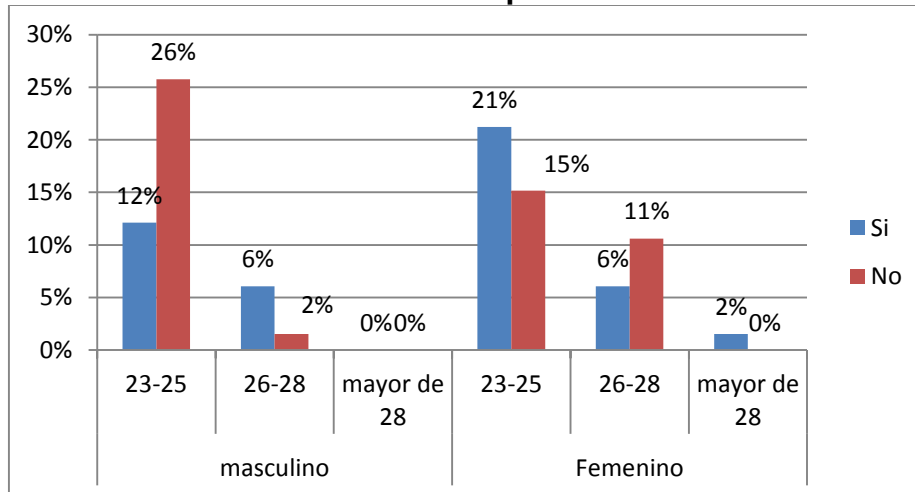
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	8	12%	17	26%	25	38%
	26-28	4	6%	1	2%	5	8%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	14	21%	10	15%	24	36%
	26-28	4	6%	7	11%	11	17%
	mayor de 28	1	2%	0	0%	1	2%
Total		31	47%	35	53%	66	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: Se observa que el 47% de los médicos internos han tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas y un 53% de la población no han presentado dicho síntoma.

INTERPRETACION: Podemos afirmar que la mayoría refiere sentirse mejor por las mañanas, esto puede ser debido a que han descansado un poco antes de sus trabajos y que a medida pasan las horas los ánimos y el rendimiento van decayendo. Se observa que el sexo femenino entre las edades de 23-25 años son las más afectadas con un porcentaje del 21%.

Gráfico 21. Tendencia a encontrarse mal por las mañanas.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 23. Resumen de sub escala de depresión.

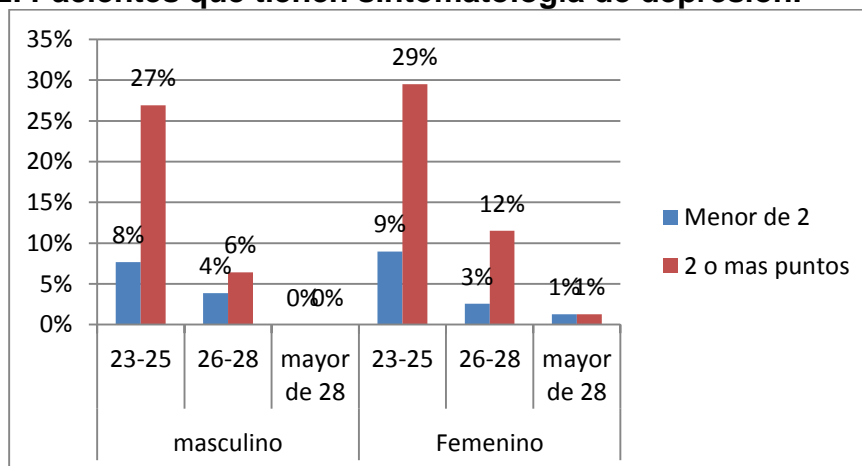
Género	Rango de edad	Menor 2 puntos	Porcentaje	2 o más puntos	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	6	8%	21	27%	27	35%
	26-28	3	4%	5	6%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	7	9%	23	29%	30	38%
	26-28	2	3%	9	12%	11	14%
	mayor de 28	1	1%	1	1%	2	3%
Total		19	24%	59	76%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Análisis: El 76% de la población encuestada presenta depresión, la población femenina es la más afectada con un 42% en comparación con la población masculina con 33%, la edad de los 23 a 25 años presentan mayores índices de depresión con 56%.

Interpretación: La población femenina es la más afectada en trastornos depresivos. Lo interesante de este estudio es que el índice de depresión observado es alto 76% comparado con el porcentaje del estudio nacional de la Universidad Dr. José Matías Delgado que fue del 24.80% en una población de 511 estudiantes. Se debe tomar en cuenta que la ansiedad es un trastorno que puede progresar a una depresión por lo que es de suma importancia su detección para un manejo adecuado y evitar así que esta se desarrolle.

Gráfico 22. Pacientes que tienen sintomatología de depresión.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Tabla 24. Tabla comparativa de la frecuencia de ansiedad y depresión.

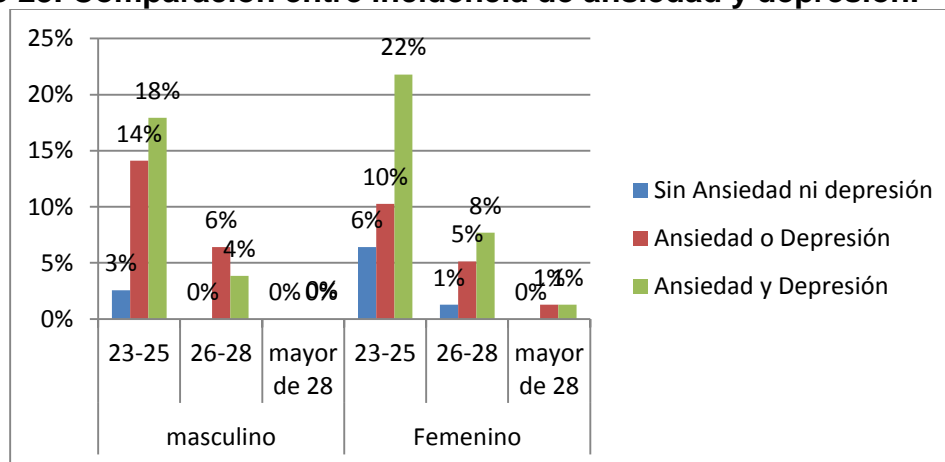
Género	Rango de edad	Sin ansiedad ni depresión	Porcentaje	Ansiedad o Depresión	Porcentaje	Ansiedad y Depresión	Porcentaje	Total frecuencia	Total porcentaje
Masculino	23-25	2	3%	11	14%	14	18%	27	35%
	26-28	0	0%	5	6%	3	4%	8	10%
	>28	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	5	6%	8	10%	17	22%	30	38%
	26-28	1	1%	4	5%	6	8%	11	14%
	>28	0	0%	1	1%	1	1%	2	3%
Total		8	10%	29	37%	41	53%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Análisis: De los 78 estudiantes sometidos a estudio, el 53% de la población presentó concomitantemente ansiedad y depresión, un 37 % presentó ya sea ansiedad o depresión y solamente el 10% de los estudiantes no presentó ninguna alteración.

Interpretación: La depresión y ansiedad se presenta de manera conjunta con mayor frecuencia y con prevalencia del sexo femenino, porcentaje mayor que el obtenido en estudio de la Universidad Dr. José Matías Delgado donde obtuvieron un porcentaje de síntomas concomitantes de 19.14% en una muestra de 511 participantes (19). Los que presentan ansiedad o depresión fue del 37%. Con predominio del sexo masculino, dato curioso ya que por lo general siempre las mujeres son más afectadas.

Gráfico 23. Comparación entre incidencia de ansiedad y depresión.



Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

Factores físicos, ambientales, organizacionales y personales asociados.

Factores físicos.

Tabla 25. ¿Considera que las jornadas laborales son adecuadas?

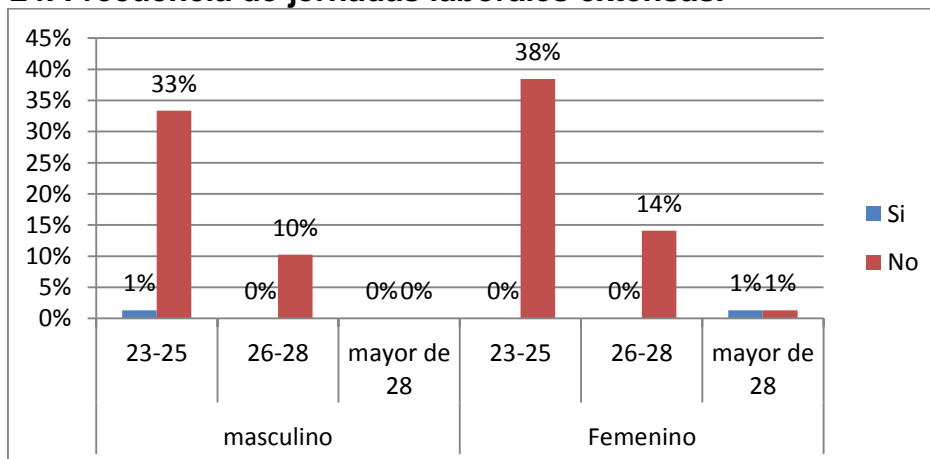
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	1	1%	26	33%	27	35%
	26-28	0	0%	8	10%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	0	0%	30	38%	30	38%
	26-28	0	0%	11	14%	11	14%
	>28	1	1%	1	1%	2	3%
Total		2	3%	76	97%	78	100%

Fuente: encuesta propia.

ANALISIS: El 97% de los médicos internos encuestados concuerdan que las jornadas laborales a las cuales son sometidos no son adecuadas en comparación con el demás personal médico (STAFF), paramédico y enfermería que labora en dicho Hospital.

INTERPRETACION: En cuanto al tiempo laboral diario en mayoría de los casos los médicos internos refieren que cada 3 días cumplen aproximadamente 36 horas laborales continuas, que semanal mente son 70 horas, sin incluir cuando tienen turnos los fines de semana que a esto se agrega 30 horas más.

Gráfico 24. Frecuencia de jornadas laborales extensas.



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 26. ¿Tiene tiempo para alimentarse entre la jornada laboral?

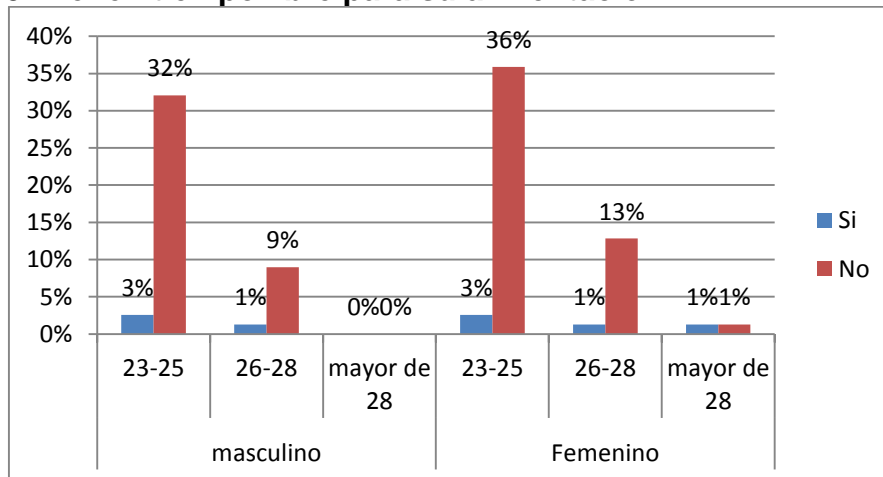
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	2	3%	25	32%	27	35%
	26-28	1	1%	7	9%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	2	3%	28	36%	30	38%
	26-28	1	1%	10	13%	11	14%
	mayor de 28	1	1%	1	1%	2	3%
Total		7	9%	71	91%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: De los encuestados el 91% concuerda en que no tienen tiempo para poder ingerir sus alimentos y el 9% que refiere si poder hacerlo, lo realizan a escondidas.

INTERPRETACION: Durante las jornadas laborales no se cuenta con una hora precisa de desayuno, acusan que la hora de llegada al hospital es alrededor de las 4 am, no tienen tiempo para poder desayunar en casa y no cuentan con un tiempo para hacerlo, ni en su almuerzo, refieren que en la mayoría de los casos les toca hacerlo a escondidas, mientras caminan o hacen otra actividad, en la mayoría de los casos no es comida saludable. Refieren que en el Hospital Nacional San Juan de Dios no se les brinda alimentación por parte de la institución y se prohíbe la venta de alimentos al interior del hospital.

Gráfico 25. Tienen tiempo libre para su alimentación.



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 27. ¿Le han faltado el respeto alguna vez en su trabajo?

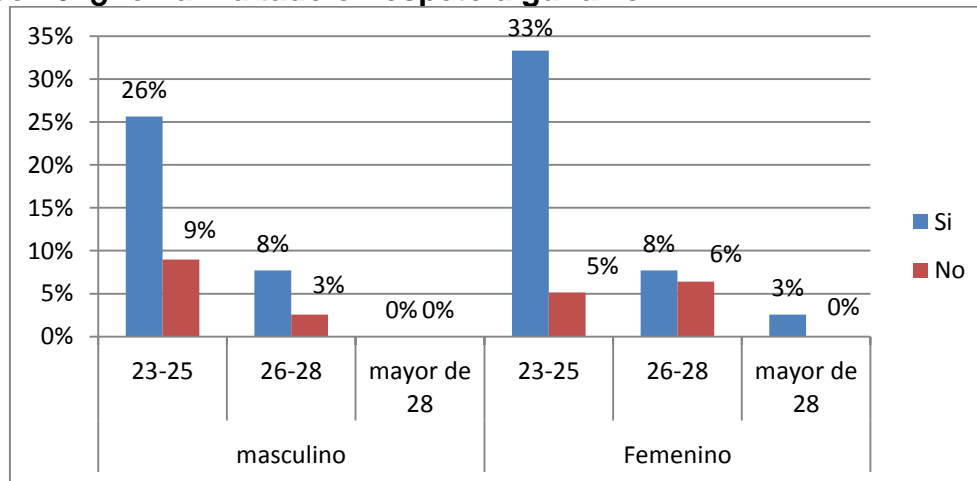
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	20	26%	7	9%	27	35%
	26-28	6	8%	2	3%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	26	33%	4	5%	30	38%
	26-28	6	8%	5	6%	11	14%
	mayor de 28	2	3%	0	0%	2	3%
Total		60	77%	18	23%	78	100%

Fuente: Guía de entrevista a la población, test de Goldberg.

ANALISIS: El 77% de los encuestados refieren que le han faltado al respeto en su trabajo, de los cuales una gran cantidad concuerda en que no ha sido en una sola ocasión, ya que refieren a diario sufren este tipo de abuso. El 23% refiere que no ha sufrido dicha situación.

INTERPRETACION: En la mayoría de los casos los médicos internos a los cuales se les formulo la pregunta refieren que en reiteradas ocasiones se les falta el respeto al momento de pedir que se realice una actividad o por errores que cometieron, esto es más frecuente en el área de cirugía y medicina interna, hay médicos Staff y Médicos residentes los cuales al momento de referirse a ellos en situaciones así no se les llama la atención de una manera adecuada, incluso por realizar una pregunta acerca del tratamiento o diagnóstico de un paciente.

Gráfico 26. ¿Le han faltado el respeto alguna vez?



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 28. ¿Existe buen ambiente laboral entre compañeros, médicos residentes y staff?

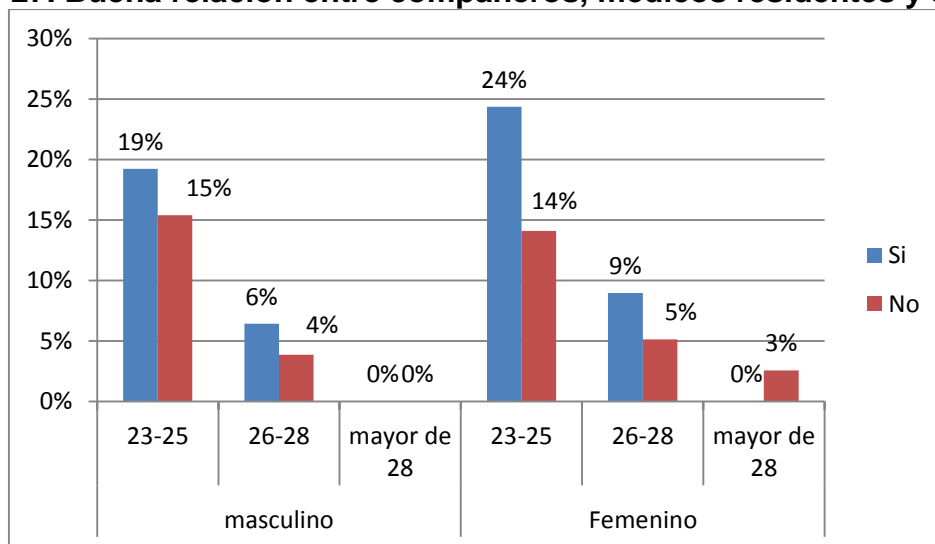
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	15	19%	12	15%	27	35%
	26-28	5	6%	3	4%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	19	24%	11	14%	30	38%
	26-28	7	9%	4	5%	11	14%
	mayor de 28	0	0%	2	3%	2	3%
Total		46	59%	32	41%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: En cuanto al ambiente laboral en el que trabajan el 59% refiere que es bueno, siendo una brecha significativa con los que refieren que no sienten que el ambiente en el que labora sea bueno los cuales representa un 41%

INTERPRETACION: La relación entre médicos internos y médicos residentes en ambiente extra laboral es buena, es decir en aquellas actividades de recreación como deporte o encuentros extra laborales, además manifiestan que hay algunos residentes que no son empáticos, no se llevan bien con nadie al igual que los médicos staff.

Gráfico 27. Buena relación entre compañeros, médicos residentes y staff.



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 29. ¿Tiene tiempo para dedicarlo a estudiar?

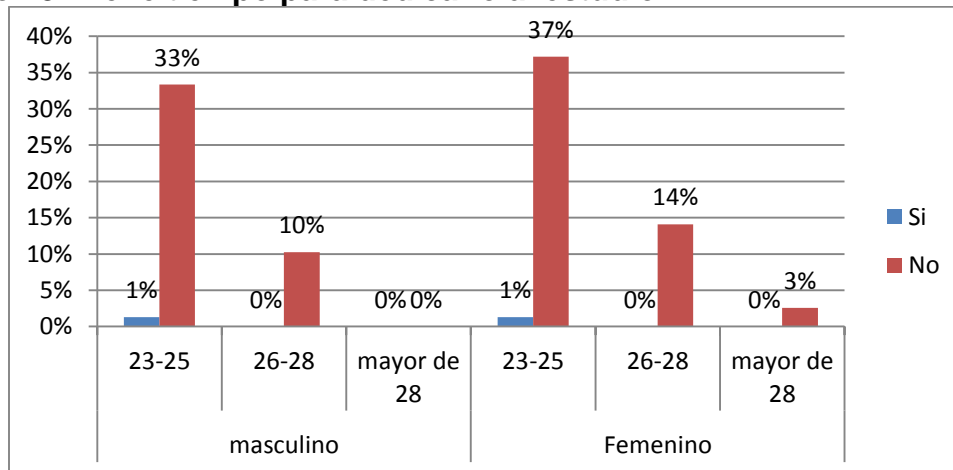
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	1	1%	26	33%	27	35%
	26-28	0	0%	8	10%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	1	1%	29	37%	30	38%
	26-28	0	0%	11	14%	11	14%
	mayor de 28	0	0%	2	3%	2	3%
Total		2	3%	76	97%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: El 97% refiere no tener tiempo para estudiar lo que representa la gran mayoría en los diferentes rangos de edades, y solo el 3% refiere si poder hacerlo, mostrando que el único rango de edad que dijo si poder hacerlo es el de 23 a 25 años de edad en ambos sexos.

INTERPRETACION: La carga académica con que se cuenta durante se está realizando el internado rotatorio no disminuye, pero se hace más dificultoso el poder obtener buenas calificaciones refieren los encuestados, debido al cansancio físico que se tiene por las largas jornadas laborales no tienen el tiempo para poder estudiar el poco tiempo libre que les queda lo utilizan para poder dormir y los temas a evaluar son significativos, por lo cual no obtienen los resultados que desearían.

Gráfico 28. Tiene tiempo para dedicarlo al estudio.



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 30. ¿Recibe incentivo económico por la labor que realiza?

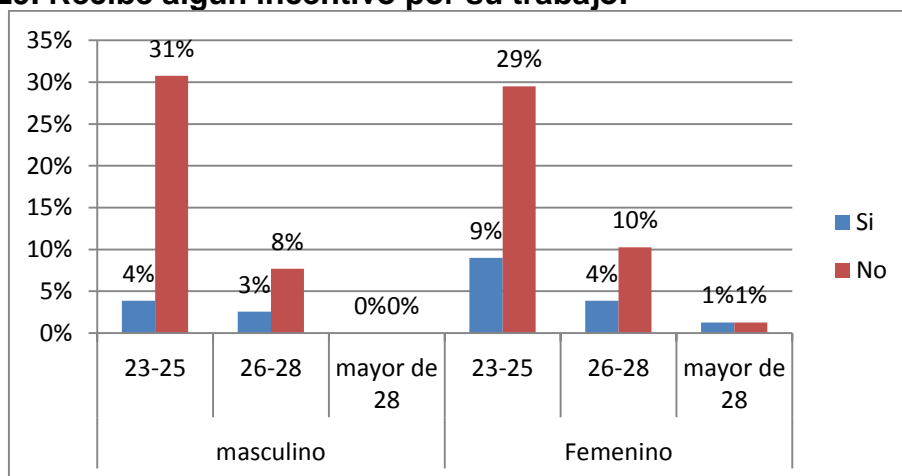
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	3	4%	24	31%	27	35%
	26-28	2	3%	6	8%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	7	9%	23	29%	30	38%
	26-28	3	4%	8	10%	11	14%
	mayor de 28	1	1%	1	1%	2	3%
Total		16	21%	62	79%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: El 79% de los médicos internos respondió que no reciben ningún incentivo para realizar sus labores, y solo el 21% dijo que si lo recibían.

INTERPRETACION: La mayoría de la población refirió que no reciben ningún incentivo para que realicen sus labores, solo un pequeño porcentaje contestó que sí, tomando en cuenta una pequeña cantidad de dinero que reciben la cual no supera los \$100.00 mensuales en la mayoría de veces ya que estos comparten las 20 plazas remuneradas que da el gobierno, es decir que de los 78 médicos internos 58 quedan sin paga. Según la organización internacional del trabajo todo trabajador debe devengar un salario.

Gráfico 29. Recibe algún incentivo por su trabajo.



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 31. ¿Brinda el hospital todo el recurso tecnológico y didáctico para poder tener buen aprendizaje?

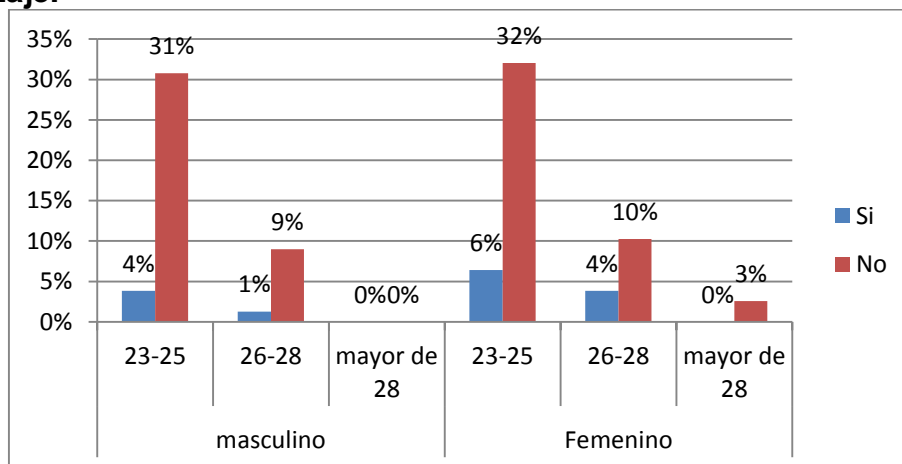
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	3	4%	24	31%	27	35%
	26-28	1	1%	7	9%	8	10%
	>28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	5	6%	25	32%	30	38%
	26-28	3	4%	8	10%	11	14%
	>28	0	0%	2	3%	2	3%
Total		12	15%	66	85%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: El 85% de la población tanto hombres como mujeres refirió que no poseen todos los recursos didácticos ni tecnológicos para poder tener buen aprendizaje.

INTERPRETACION: Observamos que la mayoría de médicos internos tanto hombres como mujeres no poseen los recursos necesarios como libros, computadoras, revistas médicas, internet etc. para lograr un aprendizaje adecuado e incluso dijeron que no tenían el tiempo necesario para poder estudiar o adquirir conocimientos mediante la lectura, y en ocasiones no contaban con proyector para poder recibir sus clases, caso contrario a otros países en los cuales poseen facilidades para su aprendizaje mediante recursos tecnológicos.

Gráfico 30. Tiene los recursos tecnológicos y didácticos para un buen aprendizaje.



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 32. ¿Posee tiempo para poder compartir con su familia?

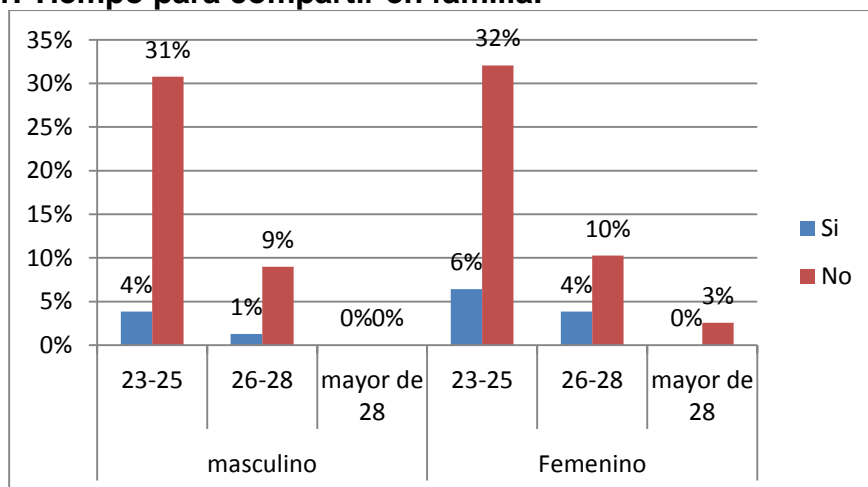
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	3	4%	24	31%	27	35%
	26-28	1	1%	7	9%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	5	6%	25	32%	30	38%
	26-28	3	4%	8	10%	11	14%
	mayor de 28	0	0%	2	3%	2	3%
Total		12	15%	66	85%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: Podemos ver que el 85 % refirió que no poseen tiempo para poder compartir con su familia, el porcentaje entre hombres como mujeres es similar y solo el 15% dijo poseer tiempo necesario para estar con sus seres queridos y familias.

INTERPRETACION: El 85 % de los médicos internos tanto hombres como mujeres manifestaron no poseer el tiempo necesario para compartir con sus familias ya que todo el día tienen que estar laborando en el hospital desde las primeras horas del día y que salen muy tarde, la mayoría dijo haberse perdido fechas importantes con su familia a causa de las largas jornadas laborales y a los turnos frecuentes, motivo que frustra a algunos médicos internos ya que son padres de familia. Manifiestan que el poco tiempo libre que poseen lo utilizan para dormir, que se pierde la costumbre de salir en familia.

Gráfico 31. Tiempo para compartir en familia.



Fuente: Encuesta propia

Tabla 33. ¿Considera que la carga académica, trabajo y tiempo de reposo es equitativo?

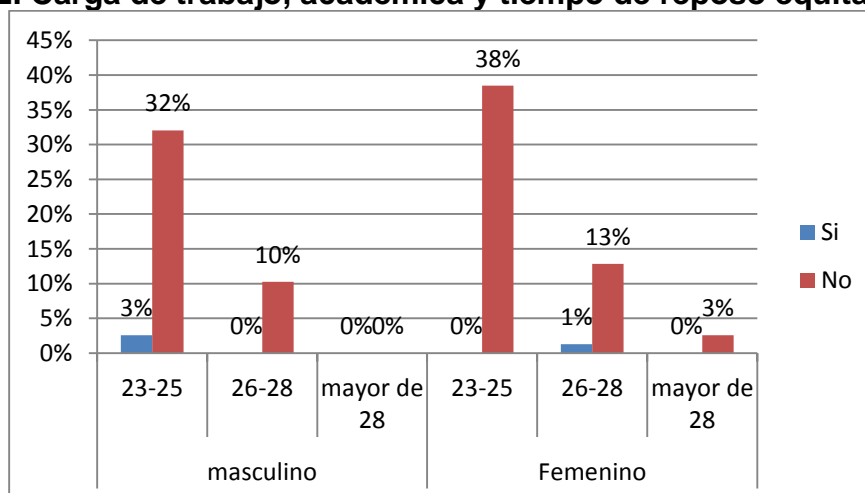
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	2	3%	25	32%	27	35%
	26-28	0	0%	8	10%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	0	0%	30	38%	30	38%
	26-28	1	1%	10	13%	11	14%
	mayor de 28	0	0%	2	3%	2	3%
Total		3	4%	75	96%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: El 96% de los médicos internos tanto hombres como mujeres manifestó que no poseen un tiempo equitativo entre trabajo, carga académica y el tiempo de reposo, solo el 3% de sexo masculino en las edades de 23-25 años y solo el 1% del sexo femenino entre los 26-28 años respondió que sí.

INTERPRETACION: Casi en su totalidad respondió que el tiempo de carga académica, trabajo y reposo no es equitativo, que las jornadas de trabajo son muchísimo más largas que el tiempo de reposo o incluso de carga académica. El tiempo de reposo para un médico interno es escaso el cual no es lo suficiente para reponer energías y de esta manera tener un mejor desempeño laboral o académico dentro de la institución.

Gráfico 32. Carga de trabajo, académica y tiempo de reposo equitativo.



Fuente: Encuesta propia.

Tabla 34. ¿Alguna vez sus jefes inmediatos le han hecho sentir que no vale nada?

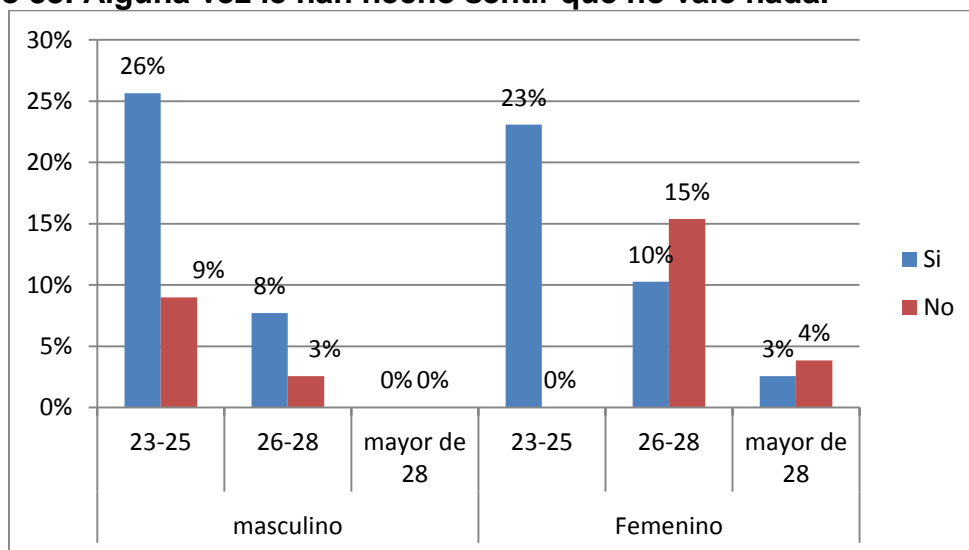
Género	Rango de edad	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	Total frecuencia	Total Porcentaje
Masculino	23-25	20	26%	7	9%	27	35%
	26-28	6	8%	2	3%	8	10%
	mayor de 28	0	0%	0	0%	0	0%
Femenino	23-25	18	23%	0	0%	18	23%
	26-28	8	10%	12	15%	20	26%
	mayor de 28	2	3%	3	4%	5	6%
Total		54	69%	24	31%	78	100%

Fuente: Encuesta propia.

ANALISIS: El 69% de los médicos internos contestó que algunas veces sus jefes superiores les han hecho sentir mal y que no valen nada, esta población tanto hombres como mujeres tienen porcentaje similar sin excepción de edades.

INTERPRETACION: Observamos el 69% de la población estudiada manifestó que han recibido comentarios u ofensas por parte de sus jefes inmediatos los cuales en muchas ocasiones ha bajado su moral al punto de sentirse ignorantes y que no vale nada.

Gráfico 33. Algunos le han hecho sentir que no vale nada.



Fuente: Encuesta propia.

6.2. Prueba de hipótesis.

Cálculos de los resultados de hipótesis

Hi: La Incidencia de depresión y ansiedad en los médicos internos del Hospital Nacional Regional San Juan de Dios de San Miguel es mayor del 19%.

Ho. La incidencia de depresión y ansiedad en los médicos internos del Hospital Nacional Regional San Juan De DIOS de San Miguel es menor o igual a 19%.

N= Tamaño de la muestra

X= Pacientes positivos

Vc= Valor crítico

Zc= Z crítico

Zp= Z prueba

P= Proporción de la muestra

Po= Proporción teórica o Nula

qo= Complemento teórico o Nulo

Hi = P = 0.19

p= X = 41 = 0.52

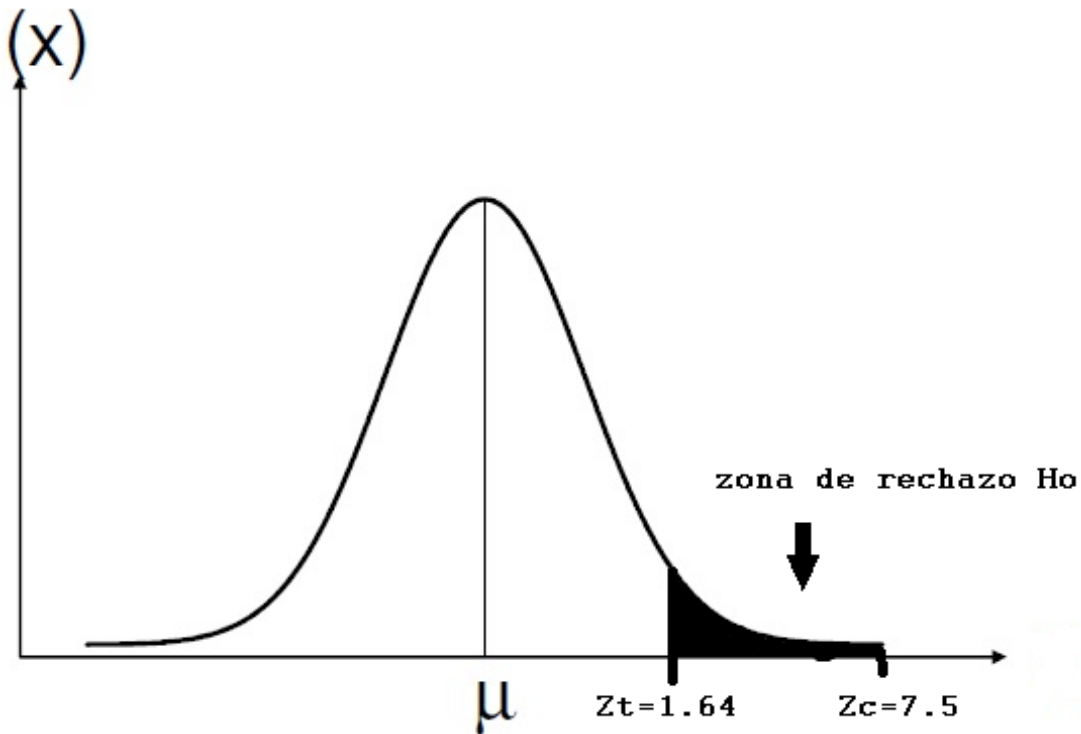
Ho = Po = 0.19

N 78

Significancia: 5%

Vc= Zc= 1,64

$$Vp= Zp= \frac{P-Po}{\sqrt{\frac{Poqo}{N}}} = \frac{0.52 - 0.19}{\sqrt{\frac{0.19 \times 0.81}{78}}} = \frac{0.33}{\sqrt{0.002044}} = \frac{0.33}{0.044} = 7.5$$



Decisión estadística.

La incidencia de depresión y ansiedad es del 53%, con un valor calculado de 7.5, lo cual se encuentra a la derecha de Z tabla que es de 1.64, razón por la cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo, por lo que podemos afirmar que la incidencia es mayor, así como lo han probado estudios anteriores ya mencionados en este estudio.

7. DISCUSIÓN

La carrera de medicina ha sido reconocida por mucho tiempo por incorporar elementos que afectan el bienestar de los estudiantes. La salud mental de los estudiantes de medicina ha sido un tema de discusión importante en los últimos años y ha sido tomada bajo muchas consideraciones, ya que es más susceptible de ser afectada por el estrés, que puede conducir a una serie de consecuencias tanto a nivel personal como a nivel profesional (19).

La ansiedad, definida como una sensación difusa de aprehensión o inquietud, comúnmente vaga y desagradable, suele acompañarse de manifestaciones somáticas (opresión torácica, vacío epigástrico, latido cardíaco intenso, sudoración, cefalea, urgencia para la micción o tensión muscular) (20).

La depresión se define como la emoción o sentimiento psicopatológico de tristeza que puede acompañarse de síntomas somáticos, cambios en los ritmos biológicos y alteraciones neuroendocrinas (21)

Muchos investigadores creen que el estrés crónico y severo juega un rol causal en el desarrollo de muchas enfermedades somáticas. En efecto, el estrés ante las situaciones traumáticas de la vida genera cambios, a los que el organismo puede responder inadecuadamente (22).

Un total de 78 estudiantes fueron incluidos en el estudio, la edad media oscilo entre 23 Y 25 años, es decir que los estudiantes son adultos jóvenes propensos a desarrollar estrés a las presiones propias de la vida universitaria. Se ha demostrado que los estudiantes de medicina más jóvenes son más propensos a ser afectados por la depresión y ansiedad.

Los trastornos mentales según la política nacional de la salud 2010 más frecuentes fueron: ansiedad con un 46.4%; depresión recurrente, con un 30.9%; otros trastornos del comportamiento de la infancia y la adolescencia 5.2%; reacciones a estrés grave 4.1 % y 3.0% trastornos de adaptación y esquizofrenia, siendo estos los más relevantes (5).

Un hallazgo importante en este estudio es que los estudiante, manifestaron sentirse más deprimidos que ansiosos, participaron 43 (75%) estudiantes femeninos y 35 (25%) estudiantes masculinos; los estudiantes con síntomas de depresión fueron 59 (76%), los estudiantes con síntomas de ansiedad fueron 52 (67%), los estudiantes con síntomas concomitantes fueron 41 (53%). Contrario a estudio nacional realizado por estudiantes de la Universidad Dr. José Matías Delgado en 511 estudiantes, concluyeron que la ansiedad es más frecuente que la depresión con 35.9% y 25.6% respectivamente, ansiedad y depresión concomitantes fue de 19.4% (19).

Otro de los hallazgos importante es la determinación de los diferentes factores que influyen en la aparición de ansiedad y depresión en los médicos

internos del Hospital Nacional San Juan de Dios, demostrando que los factores físicos como el soportar largas jornadas laborales largas y extenuantes y no poder alimentarse de la manera más adecuada y saludablemente posible genera problemas tanto físicos como psicológicos.

Los factores ambientales que son generadores de ansiedad y depresión se identificaron que la falta de respeto de forma repetitiva a los médicos internos y el ambiente laboral en el que se encuentran es importante para determinar el estado de ánimo.

De igual manera los factores el no recibir un incentivo económico por la labor que realizan y el no tener tiempo para poder estudiar dificultan poder desempeñar de mejor manera su trabajo.

Al igual que los síntomas depresivos, se ha observado, en la población general y en estudiantes universitarios, que los síntomas ansiosos se presentan con mayor frecuencia en mujeres que en hombres (23). Nuestra muestra de estudiantes presentó esa misma tendencia, siendo las medias de ansiedad de rasgo y estado significativamente mayores en las mujeres que en los hombres.

Watson et al. Concluyeron que numerosos estudios han demostrado que las escalas de auto-reporte de ansiedad y depresión están altamente correlacionadas, sugiriendo de esta manera que evalúan el mismo constructo. Además, afirman que los síntomas ansiosos y depresivos co-ocurren en la mayoría de los pacientes y que la mitad de las personas con diagnóstico de ansiedad o depresión presentan co-morbilidad en cuanto al síndrome clínico completo. Otros estudios reportan la estrecha relación entre ansiedad y depresión, fundamentalmente en el análisis de las bases fisiológicas común de las mismas, las cuales se sustentan en investigaciones que ha encontrado que la respuesta de ansiedad y depresión comparten características funcionales como hiperactividad de la amígdala y un déficit de control del córtex pre-frontal; los neurotransmisores implicados y los antidepresivos utilizados en el tratamiento parecen ser los mismos de la respuesta de ansiedad y depresión (24).

8. CONCLUSIONES

En los estudiantes de medicina que realizan el internado rotatorio en el Hospital nacional San Juan de Dios de San Miguel se determinó que la incidencia de depresión es del 76% y de ansiedad es del 67%, en ambos trastornos se observa predominio del sexo femenino en edades de 23 a 25 años, un 53% de la población presenta concomitantemente ansiedad y depresión.

Se identificó que los aspectos físicos que más afectan el desempeño de los estudiantes son las jornadas laborales extensas (97%) y una mal nutrición por falta de la disponibilidad de tiempo para hacerlo (91%), además que no se les proporciona alimentación por parte del Hospital.

Se demostró algunos factores ambientales que afectan el rendimiento del médico interno, entre ellos las buenas relaciones con 59%, contrario a ello la mayoría manifiestan que les han faltado el respeto en más de una ocasión (60%).

En los factores organizacionales encontramos: que el 97% de la población manifiesta no tener tiempo para estudiar (debido a la sobrecarga laboral); el 85% de los encuestados refieren que el hospital no brinda recurso tecnológico ni didácticos, y que el 79% manifiesta que no poseen ningún incentivo económico, que cuentan con 20 plazas para 78 internos.

Entre los factores personales, la población manifestó con el 96% que la carga académica, trabajo y tiempo de reposo no es equitativa; no tienen tiempo para compartir con su familiares (85%) y que su jefes les han hecho sentir que no valen nada con el 69%.

9. RECOMENDACIONES

a) Al ministerio de salud:

Que se logre la incorporación de más plazas remuneradas a los médicos internos del Hospital San Juan de Dios, realizar evaluaciones sobre el trato que reciben y verificar por medio de recursos humanos las horas laborales que tiene por semana cada médico interno.

b) A la Universidad Nacional de El Salvador:

Velar por el buen trato de los estudiantes desde 4^{to} hasta 7^{mo} año de medicina, ofrecer las mejores condiciones académicas a los estudiantes, construcción de aulas aledañas al Hospital San Juan de Dios.

c) Jefe Del departamento de Medicina:

Mantener una mejor comunicación con los estudiantes que cursan su práctica clínica en Hospital San Juan de Dios, evaluar el trato recibido por los alumnos, velar por el bienestar de los estudiantes.

d) A la dirección del Hospital San Juan de Dios:

Proporcionar alimentación a los médicos internos, reducir a ocho horas laborales diarias, que se realicen turnos cada cuatro días desde el inicio de cada rotación, tener fines de semana libre desde inicio de cada rotación, proporcionar treinta minutos para el almuerzo, eliminar sanciones de turnos extras, velar por el buen trato hacia los médicos internos a partir de los médicos residentes y Staff, mejorar las condiciones laborales de los médicos internos.

e) A Los Derechos Humanos:

Verificar el cumplimiento de los derechos civiles, humanos y sociales de los médicos internos del Hospital San Juan de Dios, proporcionar apoyo cuando se suscite una violación de los derechos humanos de los médicos internos.

f) A los médicos internos:

Velar por el cumplimiento de sus derechos como trabajadores del ministerio de salud, velar por sus derechos como estudiantes de la Universidad de El Salvador, reportar cualquier situación donde se vea afectada su integridad física y moral.

g) A los futuros internos:

Solicitar que se proporcionen más plazas remuneradas conforme a la cantidad de estudiantes que cursaran su internado rotatorio en Hospital San Juan de Dios, incentivar a la creación comisión de derechos universitarios.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

11.

1. Chavarria HD. Ansiedad y depresion en una muestra de estudiantes de medicina de San Salvador. Tesis doctoral. Antiguo Cuscatlan: Universidad Dr. Jose Matías Delgado, San Salvador; 2015.
2. Fuentes L, Librero L, Perez A. Factores epidemiologicos asociados a la depresion en estudiantes de medicina. tesis doctoral. carabobo: Escuela de medicina de Carabobo, Departamento de salud publica.
3. Agudelo DM, Casadie CP, Sanchez DL. Caracteristicas de la depresion y ansiedad en estudiantes de medicina. International Journal of Psychological Research. 2008; 1(1).
4. Perez GC. De la triseza a la depresion. revista electronica de Iztacala. 2011; 5(4).
5. Salvador MdSdE. Política nacional de Salud mental. ; junio 2010.
6. Medina MEA, Pérez REG, Mejía DZ. Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la poblacion en la escuela de pregrado. uniiversidad de Caldas; 2000.
7. Maestre MN, Vasquez DR. acercamiento al estres en una muestra de estudiantes de medicina. 2000.
8. Zuñiga MA, Jacobo BR, Rodriiguez AS. relacion entre depresion y conflictos familiares en adolescentes. tesis. Mexico: universidad nacional autonoma de Mexico; 2009.
9. Blancas ARG. LA INFLUENCIA DE LA FAMILIA Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN. tesis de licenciatura en psicologia. Distrito federal: Universidad autonoma de Mexico, Mexico D.F; 2002.
10. Ferrer R, Celiz A, Hernandez O. Depresión y factores socio demográficos asociados en estudiantes universitarios de ciencias de la salud de una universidad pública. Psicologia desde el Caribe. 2011 enero- junio;(27).
11. Toro RJ, Yepes LE, Palacios CA. fundamentos de medicina psiquiatria. quinta ed. Telles-Vargas JE, editor. medellin: corporacion para investigaciones biologicas; 2010.
12. Alonso IS. depresion: generalidades y particularidades Remedios ME, editor. Habana: editoriales ciencias medicas; 2011.
13. Posada-Villa J, Buitrago-Bonilla J, Medina-Barreto Y, Rodríguez-Ospina M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud

Mental-Colombia. NOVA. 2006; 4(6).

14. Miranda CA,GJC,B&E. Prevalencia de depresión en estudiantes de Medicina de la U del Valle. • Miranda, C. A., Gutiérrez, J. C., Bernal, F., & Escobar, C. A. (2000). PrevalRevista Colombiana de Psiquiatría. 2000;(29, 251-260.).
15. Gutierrez JR. Prevalencia de alteraciones: depresion y ansiedad en la poblacion salvadoreña. San salvador: Universidad tecnologica; 2010.
16. instituto nacional de salud mental. depreion. 2009.
17. Carbonell MM, Diaz RP. Valor diagnóstico de la Escala de Goldberg en adultos cubanos. universidad psicologica. 2013 junio; 1(15).
18. Proboste D, Manqui f, Novoa A. factores asociados a ansiedad en estdudiantes desegundo años de las carreras de la facultad de mMedicina de la Universidad austral de Chile. tesis doctoral. Universidad Austral de Chile, valdivia; 2013.
19. Chavarria H, Quintanilla A. Ansiedad y depresion en unua muestra de estudiantes de medicina de San Salvador. Tesis doctoral. Universidad Dr. jose Matías Delgado, San Salvador; 2015.
20. Marsiglia I. Estudio clinico y epidemiologico de la ansiedad y depresion en una muestra de 1159 pacientes. Gaceta medica de Caracas. 2010 Enero; 118(1).
21. I M. Ansiedad y depresión en el marco de la medicina interna. Med Inter (Caracas). 1983.
22. H.I k, B S. Clinical Psychiatry. In Wilkins BW&. Synopsis of Psychiatry.: Behavioral Sciences; 1994. p. 498-504.
23. Guerrero López JB, Martin GH. Factores que predicen depresión en estudiantes. Gaceta Medica de Mexico. 2013;(588).
24. Arrieta Vergara KM, Cárdenas SD. Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. Revista clinica de medicina de familia. 2014 Febrero; 7.
25. Rosales-Aguilar M, Ortiz EC, Trujillo CGD. Consumo de bebidas con cafeína y sus efectos en. Revista iberoamericana de las ciencias de la salud. 2018; 7(13).

12. ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de redacción de información.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTORADO EN MEDICINA

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS A LA POBLACION EN ESTUDIO. TEST DE GOLDBERG

Edad: _____

Sexo: _____

SUBESCALA DE ANSIEDAD

Sí

No

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?.....

2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?.....

3. ¿Se ha sentido muy irritable?.....

4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?.....

Subtotal

(Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

Sí

No

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?.....

6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?.....

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)

8. ¿Ha estado preocupado por su salud?.....

9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?.....

TOTAL ANSIEDAD _____

SUBESCALA DE DEPRESIÓN Sí No

1. ¿Se ha sentido con poca energía?.....

2. ¿Ha perdido Ud. su interés por las cosas?.....

3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?.....

4. ¿Se ha sentido Ud. desesperanzado, sin esperanzas?.....

Subtotal

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

Sí No

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?.....

6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)

7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?

8. ¿Se ha sentido Ud. enlentecido?

9. ¿Cree Ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
.....

TOTAL DEPRESIÓN: _____

Factores Físicos

1. ¿Considera que las jornadas laborales son adecuadas?

Sí No

2. ¿Tiene tiempo para poder ingerir sus alimentos entre la jornada laboral?

Sí No

Factores Ambientales

3. ¿Le han faltado el respeto alguna vez en su trabajo?

Sí No

4. ¿Existe buen ambiente laboral entre compañeros y médicos residentes y Staff?

Sí No

Factores Organizacionales

5. ¿En su trabajo tiene tiempo para dedicarlo a estudiar?

Sí No

6. ¿Recibe incentivo por la labor que realiza?

Sí No

7. ¿Brinda el hospital todo el recurso tecnológico y didáctico para poder tener buen aprendizaje?

Sí No

Factores Personales

8. ¿Posee tiempo para poder compartir con su familia?

Sí No

9. ¿Considera que la carga académica, trabajo y tiempo de reposo es equitativo?

Sí No

10. ¿Alguna vez sus jefes superiores le han hecho sentir que no vale nada?

Sí No

Anexo 2. Consentimiento informado

Yo, he sido elegido para participar en la investigación INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS INTERNOS DEL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS DE SAN MIGUEL. AÑO 2018.

Nombre del participante:

Firma o huella dactilar del participante:

Fecha _____

Anexo 3. Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Proceso de la investigación.

Meses	FEB/2018				MARZ/2018				ABRIL/2018				MAY/2018				JUN/2018				JUL/2018				AGOST/2018				SEPT/2018				OCT/2018				NOV/2018				DIC/2018											
	Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas				Semanas															
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades																																																				
1. Reuniones Generales con la coordinación del Proceso de Graduación y asesorías		■			■	■			■	■			■	■			■	■			■	■			■	■			■	■			■	■			■	■			■	■			■	■						
2. Inscripción del proceso de graduación.	■																																																			
3. Aprobación del tema de investigación			■																																																	
4. Elaboración del Protocolo de Investigación	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																																				
5. Presentación escrita del Protocolo de Investigación									Entrega 11 de mayo de 2018																																											
6. Ejecución de la Investigación													■	■	■	■	■	■	■	■																																
7. Procesamiento de los datos																			■	■	■	■																														
8. Elaboración de la discusión y prueba de hipótesis																							■	■																												
9. Elaboración de Conclusiones y recomendaciones																											■	■																								
10. Redacción del Informe Final																																																				
11. Entrega del Informe Final																											■	■																								
12. Exposición de Resultados y Defensa del Informe final de Investigación																																																				

Anexo 4. Presupuesto y financiamiento.

Presupuesto y financiamiento

RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
MATERIALES Y SUMINISTRO DE OFICINA			
Resma papel bond T/carta	7	\$ 3.50	\$24.50
Lápices	90	\$ 0.12	\$10.80
Bolígrafos color azul	15	\$ 0.25	\$3.75
Bolígrafos color negro	15	\$ 0.25	\$3.75
Folder de papel T/carta	100	\$0.10	\$10.00
Caja de fastenes.	2	\$1.33	\$2.66
Caja de clip	1	\$0.69	\$0.69
Engrapadora	1	\$4.73	\$4.73
Saca grapas	1	\$0.43	\$0.43
Anillados plastificado	10	\$3.00	\$30.00
Anillado	10	\$2.50	\$25.00
Fotocopias blanco y negro	1000	\$0.05	\$50.00
MATERIALES Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS			
Botella de Tinta color negro.	10	\$7.80	\$78.00
Botella de Tinta color amarillo	5	\$7.50	\$37.50
Botella de Tinta color magenta	5	\$7.50	\$37.50
Botella de Tinta color cian	5	\$7.50	\$37.50
Memoria USB	2	\$39.99	\$79.98
USB 4 puertos	1	\$18.00	\$18.00
EQUIPO			
Laptop	3	\$1.060.00	\$3,180.00
Impresora de tinta continúa. (Multifuncional)	1	\$169.99	\$169.99
Cámara Digital	1	\$439.00	\$439.00
Calculadora	3	\$4.79	\$14.37
TOTAL			\$4,258.15

Anexo 5. Glosario.

- 1. Ansiedad:** Estado de inquietud inespecífica, con miedo, aprensión, preocupación y sentimiento de incertidumbre. Suele ir acompañado por activación fisiológica y conductual: tensión, dificultades respiratorias, aumento de sudoración, taquicardia, temblores, agitación y conductas de evitación.

- 2. Antidepresivos:** Fármaco que se utiliza para combatir la depresión. Hay más de 30 antidepresivos en el mercado. Los más utilizados son los ISRS, los antidepresivos tricíclicos y los IMAO.

- 3. Ansiolíticos:** Sedante, tranquilizante menor que tiene una acción depresora del Sistema Nervioso Central y que se usa para reducir y tratar los episodios de ansiedad.

- 4. Depresión:** Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de tristeza, enlentecimiento físico e intelectual y falta de motivación. Se da un exceso de ideas pesimistas y de desesperanza. Se altera el sueño (insomnio), el apetito (por exceso o por defecto) y la capacidad de concentrarse.

- 5. Fobia:** Miedo angustioso a una situación u objeto, que normalmente no representa ningún peligro. Conlleva una intensa conflictividad interior.

- 6. Hipersomnias:** Trastorno caracterizado por un exceso de sueño nocturno y diurno. Se tienen periodos recurrentes de sueño de una duración anormalmente larga. Por las mañanas hay dificultad para despertarse y se padece un estado de confusión.

- 7. Hipocondría:** Miedo a estar padeciendo una enfermedad. Los hipocondríacos están convencidos de que pueden padecer una enfermedad y sufren una considerable ansiedad por ello. Tienen una obsesión por la salud y tratan de no desestabilizarla con nada.

- 8. Insomnio:** Trastorno del sueño que consiste en una dificultad para dormirse. Habitualmente indica que algo va mal en relación a nuestro descanso y que no preparamos bien el descanso nocturno. Tener insomnio nos avisa de que

no tomamos las medidas higiénicas apropiadas respecto al sueño o es síntoma de que se padece alguna enfermedad.

9. Psicógeno: Que se origina en la mente por causas psicológicas o emocionales, sin que haya una etiología biológica clara.