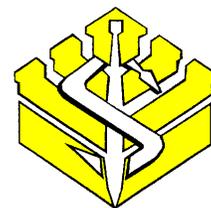




**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"**



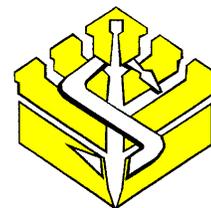
**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS RESIDENTES DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA  
"DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2020.**

**Autor: Katherine Elizabeth Abreu.**

**Valencia, 2020**



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA  
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”**



**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS RESIDENTES DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA  
“DR. ENRIQUE TEJERA” MAYO 2020.**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO QUE SE PRESENTA COMO  
REQUISITO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
INTERNA.**

**Autor: Katherine Elizabeth Abreu.**

**Tutor clínico: PhD Dra. Derika López.**

**Valencia, 2020**



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### "TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2020 "

Presentado para optar al grado de **Especialista en Medicina Interna** por el (la) aspirante:

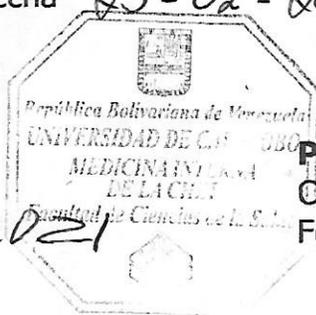
**ABREU C., KATHERINE E.**  
C.I. V – 19364608

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Derika López C.I. 11813922, decidimos que el mismo está **APROBADO** .

Acta que se expide en valencia, en fecha: 25/02/2021

*Derika Lopez*  
**Prof. Derika López (Pdte)**  
C.I. 11813922  
Fecha 25-02-2021

*Haydee Oliveros*  
**Prof. Haydee Oliveros**  
C.I. 3025988  
Fecha 25-02-2021



*María Pimentel*  
**Prof. María Pimentel**  
C.I. 13.119.162  
Fecha 25/02/2021

TG:

TG-CS:

**ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO**

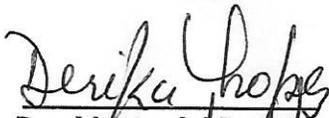
Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

""TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2020 "" Presentado por el (la) ciudadano (a): ABREU C., KATHERINE E. titular de la cédula de identidad N° V-19364608, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 10-02-2021 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 25-02-2021.

**RESOLUCIÓN**

Aprobado:  Fecha: 25/02/2021 \*Reprobado:  Fecha: \_\_\_\_\_.

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

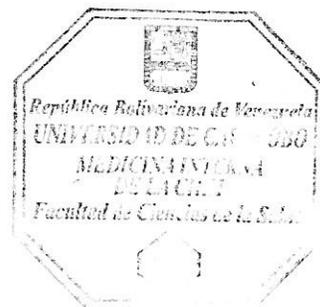
  
**Presidente del Jurado**  
Nombre: Derika Hope  
C.I. 11813922

  
**Miembro del Jurado**  
Nombre: Maria Jimenez  
C.I. 13.119162

  
**Miembro del Jurado**  
Nombre: Azulec Siveros  
C.I. 3005988

**Nota:**

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. \*En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



## ÍNDICE

INDICE DE TABLAS.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCION.....	1
METODOLOGIA.....	11
RESULTADOS.....	14
DISCUSION.....	18
CONCLUSIONES.....	22
RECOMENDACIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	24
ANEXOS	
TABLAS	

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de frecuencia de comorbilidades presentes en médicos residentes del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.

Tabla 2: Distribución de frecuencia del nivel de depresión de los médicos residentes, según el sexo del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.

Tabla 3: Distribución de frecuencia del nivel de ansiedad de los médicos residentes, según el sexo del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.

Tabla 4: Distribución de frecuencia de factores de riesgo que predisponen a la aparición de los trastornos del ánimo, según el sexo del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.

Tabla 5: Asociación entre trastornos del ánimo y factores predisponentes en médicos residentes de ambos sexos del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.

.

## RESUMEN

**TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. MAYO 2020.**

**Autor: Katherine Abreu  
Año: 2020**

Los trastornos afectivos o del estado de ánimo, se definen como un conjunto de trastornos que tienen como principal característica una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión o a la euforia. El personal de salud no está exento a presentar este tipo de trastornos, los cuáles influyen de forma negativa en la salud y en su desempeño laboral. **Objetivo:** identificar cuáles son los trastornos del ánimo más frecuente en los residentes del Departamento de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. **Metodología:** se realizó una investigación de tipo observacional, descriptiva, de campo y de corte transversal, con una muestra total de 63 médicos residentes, a los cuales se les aplicó el Test de Beck para Ansiedad, el Test de Hamilton para Depresión y el Test de Young para Manías. **Resultado:** la edad promedio fue 29,6 años; con predominancia del sexo femenino, 41,3% de los galenos presentó depresión, 69,8% cursaba con ansiedad y 52,4% presentó manía. **Conclusiones:** se demostró que el trastorno de ánimo de mayor frecuencia en los médicos residentes de la institución fue la ansiedad con grado de severidad mínima o leve.

**Palabras clave:** ansiedad, depresión, manía, afectivo, animo

## ABSTRACT

**DISORDERS OF THE STATE OF MOOD IN THE RESIDENTS OF THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE. HOSPITAL CITY “DR. ENRIQUE TEJERA” MAYO 2020.**

**Author: Katherine Abreu  
Year: 2020**

The affective or mood disorders are defined as a group of disorders that have as their main characteristic an alteration of mood or affectivity, which suffer from depression or euphoria. Health personnel are not exempt from presenting this type of disorders, those affected have a negative influence on health and their work performance. **Objective:** identify which are the most frequent mood disorders in the residents of the Department of Internal Medicine of the Hospital City Dr. Enrique Tejera. **Methodology:** an observational, descriptive, field and cross-sectional investigation was carried out, with a total sample of 63 resident doctors, to whom the Beck Test for Anxiety, the Hamilton Test for Depression and Young's Test for Mania were applied. **Result:** the average age was 29.6 years; with predominance of the female sex, 41.3% of the doctors presented depression, 69.8% had anxiety and 52.4% presented mania. **Conclusions:** it was shown that the most frequent mood disorder in the residents of the institution was anxiety with a degree of minimal or mild severity.

**Key words:** anxiety, depression, mania, affective, mood

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad <sup>1</sup>.

Asimismo, las alteraciones del estado de ánimo, también conocidos como trastornos afectivos, se describen como un conjunto de trastornos que tienen como principal característica una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión o a la euforia; representada por tristeza prolongada, ataques de llanto inexplicables, irritabilidad, incapacidad de concentrarse, ideación o intento suicida, pesimismo, indiferencia, vigilia prolongada sin fatiga manifiesta, cambios en el apetito y en los patrones de sueño <sup>1-2</sup>.

Los trastornos del estado de ánimo tienen su expresión en dos formas clínicas bien diferenciadas y extensamente estudiadas, depresión y manía. Sin embargo, la CIE 10 y el DSM-IV los encasilla dentro de los trastornos del humor (afectivos), y están divididos en trastornos depresivos, trastorno bipolar, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos, trastornos del sueño-vigilia y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y trastornos de ansiedad <sup>1-2</sup>.

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres, y la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5% respectivamente. De igual forma, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años

de edad, concluyó que los trastornos afectivos (en los que se encuentran incluidos los trastornos depresivos) se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia de alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%)<sup>3</sup>.

Para el año 2013, la OMS reportó un incremento de los trastornos del estado de ánimo, y afirmó que más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, y alrededor de 260 millones tienen trastornos de ansiedad<sup>1</sup>. Asimismo, en la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental, celebrada en Helsinki, estimaron que los trastornos mentales afectan a uno de cada cuatro europeos adultos y establecieron que las formas más comunes de enfermedad mental son la ansiedad y la depresión. En México la prevalencia y diagnóstico de la depresión en población adulta, reportó 4.5%, con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En dicho país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%, y la de hombres es 2.5%<sup>4</sup>.

El personal de salud no está exento a presentar este tipo de trastornos, los cuáles influyen de forma negativa en la salud y en la calidad de vida de este colectivo, provocando ausentismo laboral, alterando la relación médico-paciente, disminuyendo la calidad del trabajo realizado; a causa de lo expuesto anteriormente, surge la interrogante del estudio ¿Cuáles son los trastornos del ánimo que se presentan en los residentes del Departamento de Medicina Interna?

Aguirre R<sup>3</sup> et al, en el año 2011, realizó un estudio transversal con 71 estudiantes de especialidades médicas adscritos durante el ciclo académico 2009-2010 del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara”, a los cuales se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Beck,

obteniendo que la prevalencia de la ansiedad y la depresión en los residentes fue de 59.1% y 32.3% respectivamente; y el 29,6% de los médicos presento ambos trastornos del estado de ánimo.

Asimismo, Mascarúa E <sup>5</sup> et al, en un estudio observacional realizado en el 2011, emplearon el Test de Hamilton para evaluar ansiedad y el Test de Beck para depresión en residentes de medicina familiar, encontrando que del total de residentes evaluados el 41,1% presentó ansiedad y 19,7% de ellos presentaron depresión.

De igual forma, en el 2011, Plata G <sup>6</sup> y cols realizan una investigación para determinar la existencia de trastornos depresivos o ansiosos en un grupo de residentes de distintas especialidades (Medicina Interna, Urgencias, Terapia Intensiva y Anestesiología) del Hospital Regional 1° de Octubre, evidenciando que en el servicio de Anestesiología cinco residentes (50%) padecieron depresión y ansiedad; le siguió Terapia Intensiva, donde dos (33%) manifestaron ambos trastornos. La mayor estabilidad se identificó en los residentes de Medicina Interna, donde sólo dos (17%) padecieron depresión y ansiedad.

En este mismo orden de ideas, Velasquez L <sup>7</sup> y cols realizan en 2013 un estudio para evaluar los cambios en el estado de salud emocional de los médicos residentes de nuevo ingreso a los postgrados clínicos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) de la Ciudad de México; para evaluar dichos cambios aplicó la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) y el inventario de depresión de Beck (BDI) y se realizó seguimiento en el tiempo a los 6 y 12 meses posteriores a su ingreso; observando que al ingreso, el 97.7% de los médicos se encontraban sin depresión ( $p= 0.008$ ), sin embargo posteriormente se incrementó la sintomatología depresiva leve ( $p= 0.02$ ). Con respecto al MBI-HS, hubo incremento en el agotamiento emocional significativo a los 6 y 12 meses posteriores.

En este sentido, Saldaña O <sup>4</sup> et al elabora un estudio observacional en el Hospital General Xoco, el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana y el Hospital General Dr. Enrique Cabrera y Cossío en el año 2013, para analizar la prevalencia lápsica a 30 días de la depresión en médicos residentes Urgencias Médicas, Medicina Interna, Cirugía General y Medicina Familiar, mediante el uso del cuestionario SRQ; se valoraron 119 residentes donde el 52% eran de sexo femenino y 48% del masculino, obteniéndose una prevalencia de 7.56 por cada 100 médicos especialistas con probables casos de episodio depresivo grave y 27 de cada 100 con episodio depresivo moderado.

Igualmente, Tariffe M <sup>8</sup> en el 2014, realiza una investigación para evaluar el síndrome de Burnout en los residentes del 1, 2 y 3° año Postgrado de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, evidenciando una alta prevalencia del mencionado síndrome con un agotamiento emocional en 90% de los residentes de 1° año, 42.8% en los de 2° año y 57.2% en los de tercer año; con altos niveles de despersonalización y niveles intermedios de realización personal.

De la misma manera, Jimenez J <sup>9</sup> y cols en 2014, en su estudio “Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico”, evaluaron 108 residentes de segundo año que respondieron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después, encontrando que en la primera medición se reportó una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ( $p < 0.001$ ).

Análogamente, en 2015, Montiel-Jarquín <sup>10</sup> et al aplicaron el cuestionario HAM-D18 para depresión en residentes de traumatología de un hospital del seguro social mexicano, tomando en cuenta variables como género, edad, estado civil, grado académico, lugar de origen, tiempo de vivir fuera de su casa, tabaquismo y alcoholismo demostrando que estas variables representan un factor de riesgo para depresión.

Del mismo modo, Anticona E <sup>11</sup> et al en 2017, realizan un trabajo investigativo cuyo objetivo fue identificar los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, donde la muestra estuvo conformada por 241 sujetos entre médicos, enfermeros y técnicos en enfermería, evidenciando que 69% de los sujetos presentaron depresión en comparación con un 75% de ansiedad en los trabajadores de salud. Los niveles de depresión presentados fueron: Mínima (30,29%), leve (37,34%), moderada (24,90%) y grave (7,47%); en tanto los niveles de ansiedad fueron: Mínima (24,06%), leve (31,53%), moderada (34,02%) y grave (10,38%).

Igualmente, Castro V <sup>1</sup> et al realiza un estudio descriptivo en 2018, con la finalidad de caracterizar los trastornos del estado de ánimo en cuidadores de la salud pertenecientes a una institución de salud de tercer nivel en Colombia, reportando que 48 cuidadores de salud hicieron parte del estudio, dentro de los cuales se encontraban enfermeras profesionales (8.3%), auxiliares de enfermería (81.3%) y camilleros (10.4%). Derivado de la consulta psiquiátrica el 70.1% de la población fue diagnosticada con algún trastorno depresivo, siendo la depresión grave sin síntomas psicóticos el diagnóstico más frecuente.

Por último, Valles F <sup>12</sup> et al elabora una investigación en el año 2018 con los residentes del primer año de postgrado que ingresaron en enero de 2017 en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo.” Aplicando un cuestionario y test de

Hamilton para ansiedad y depresión, al inicio del año, después del primer y segundo cuatrimestre, registrándose paralelamente las calificaciones y las enfermedades desarrolladas en esos periodos. Mostrando en los resultados que de los 101 residentes seleccionados 43 fueron excluidos manteniendo 58 residentes. Se encontró 16 residentes con cambios en el estado de ánimo (27,6%), 42 residentes con ausencia de estos cambios (72,4%). Se evidenció relación entre cambios del estado de ánimo y rendimiento académico en con una  $p$  de 0,008 y de 0,007 en el primer y segundo cuatrimestre respectivamente.

De esta manera, los trastornos primarios de la afectividad están caracterizados por sensaciones subjetivas de malestar y por una pérdida del sentido de control, las cuales se acompañan, además, de cambios en el nivel de actividad, en las funciones cognitivas, en el lenguaje y en las funciones vegetativas como el sueño, apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos<sup>13</sup>.

De igual forma, los trastornos del estado de ánimo (del humor afectivo) constituyen un conjunto heterogéneo de entidades nosológicas que abarcan el espectro afectivo, incluyendo las formas polares maníacas y depresivas, así como las formas clínicas mixtas y atípicas, siendo descritas estas últimas por los clásicos de la Psiquiatría y que son el resultado de las influencias socioculturales, propias de cada región o país<sup>13</sup>.

Las descripciones iniciales de los trastornos del ánimo ocurrieron en el período greco-romano, con los exégetas del Corpus Hipocraticum, al considerar la manía y la melancolía en la clasificación de las enfermedades mentales; la manía se caracterizaba por estados de excitación psicomotora, mientras que la melancolía se designaba a estados depresivos. Posteriormente Pinel incluyó ambas enfermedades en su clasificación de las enfermedades mentales y la escuela francesa conceptualiza en 1854, la

Folie Circulaire de Falret y la Folie a Doublé forme de Baillanger, pero su reconocimiento taxonómico definitivo aconteció gracias a la obra de Emil Kraepelin en el siglo XIX, quien desde entonces tuvo la genial concepción que la melancolía involutiva no era un ente nosológico, aparte a la otrora psicosis maníaco depresiva <sup>14</sup>.

Clínicamente estos trastornos se caracterizan por manifestaciones afectivas primarias de tipo exaltado o depresivo, con toma de las necesidades, y afectación de la adaptación creadora al medio. Pueden producir funcionamiento de nivel psicótico, con alucinaciones y delirios insertados, o expresarse de manera enmascarada, confundiendo con cuadros neuróticos ansiosos y depresivos y, en algunos casos, evolucionan de manera persistente a la cronicidad <sup>14</sup>.

Los estudios genéticos y bioquímicos han demostrado el componente hereditario de estos trastornos, que sientan su base material en alteraciones en la neurotransmisión y en la integración funcional del cerebro, lo cual cristaliza su determinación predominantemente endógena, posibilitando una debilidad del sujeto, que lo hace vulnerable a las noxas psicosociales y le resta capacidades adaptativas. Actualmente se reconocen las formas clínicas bipolares, cuando se han acontecido episodios maníacos, depresivos o mixtos y las formas monopolares, representadas por una polaridad ya sea depresión (forma más frecuente), manía o hipomanía <sup>14</sup>.

La depresión es un trastorno afectivo en el cual existe un estado emocional caracterizado por: tristeza, pérdida generalizada del interés o la percepción del placer en casi todas las actividades, acompañados por al menos otros cuatro de los siguientes síntomas: cambios de apetito o peso, cambios del patrón de sueño y en la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida <sup>7</sup>.

Perris y Jackson entre 1985 y 1986, contabilizaron hasta 53 tipos de depresión, entre las que se encontraban la depresión enmascarada, existencial, juvenil, alcohólica, endorreactiva, melancólica, post éxito, menstrual, postparto, endógena, reactiva, biológica, psicológica, entre otras; sin embargo, ninguna de estas clasificaciones es derivada del examen científico y clínico y por lo tanto no eran prácticas para el manejo y tratamiento. En vista de ello, el DSM-IV en 1995 clasifica los trastornos depresivos en 3 tipos: depresión mayor, distimia y trastorno depresivo no especificado; conformando parte de los trastornos unipolares <sup>15-16</sup>.

Por el contrario, el trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que alternan con episodios de manía o hipomanía, que clínicamente se manifiestan con alegría y euforia exagerada, exceso de autoestima, hiperactividad, irritabilidad, hostilidad y agresividad, conducta paranoide, hipersexualidad, logorrea y fuga de ideas, pobre control de impulsos, insomnio, aumento del apetito; se considera que la característica principal de los episodios maniacos es la expansividad anímica y cognitiva <sup>16</sup>.

De igual forma, El DSM-IV clasifica el trastorno bipolar en 3 tipos: trastorno bipolar tipo 1 el cual se caracteriza por la presencia de uno o más episodios maniacos acompañados generalmente de episodios depresivos mayores; trastorno bipolar tipo 2 es aquel en el cual el paciente presenta uno o más episodios depresivos mayores e hipomaniacos pero no desarrollan un episodio maniaco completo; y por último, el trastorno bipolar no especificado en el cual se incluyen aquellos trastornos del ánimo que exhiben característica de bipolaridad pero no cumplen criterios para clasificarlos en alguno de los dos subtipos anteriores <sup>15-16</sup>.

Asimismo, el trastorno ciclotímico o ciclotimia, se define como un trastorno bifásico en el cual se presentan oscilaciones con periodos breves (entre 2 y 6 días) de síntomas hipomaniacos con síntomas depresivos, sin cumplir

criterios para manía y depresión mayor; normalmente existe un equilibrio entre estos síntomas, pero la mayoría exhibe depresión como síntoma principal y es más probable que busquen tratamiento cuando están deprimidos que hipomaniacos<sup>16-17</sup>.

La sintomatología se caracteriza por aumento del deseo por dormir que alterna con insomnio, aislamiento social alternado con búsqueda social desinhibida, verborrea o mutismo, llanto inexplicable alternado con alegría excesiva, poca actividad o hiperactividad y agitación, malestar físico o sensación de plenitud, confusión mental alternado con pensamiento creativo, baja autoestima o confianza excesiva, pesimismo que alterna con optimismo<sup>17</sup>.

Los médicos residentes, son personal de salud que se encuentran en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales, caracterizadas por una gran demanda física, emocional e intelectual durante largas jornadas laborales, en ausencia de periodos de descanso adecuados y una alimentación adecuada, aunado a una inadecuada remuneración del trabajo realizado, pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental en forma regular; todos estos trastornos darán un resultado negativo en el profesional de la salud, provocando un deterioro en su rendimiento académico, personal y laboral.

Todo trabajador de la salud, especialmente los médicos residentes, están expuestos a desarrollar trastornos afectivos primarios y secundarios acentuándose éstos en las labores hospitalarias, conllevando a una alteración de la salud integral, ausentismo y baja motivación en el trabajo, generando repercusión en la atención adecuada del paciente y ocasionaran un deterioro personal y profesional del médico, por eso resulta relevante la presente investigación, ya que se suele pasar por inadvertido el estado emocional y afectivo del profesional sin evaluaciones psicológicas regulares

por parte de las instituciones en las que el mismo presta servicio y no se ofrecen herramientas necesarias para superar dichos trastornos los cuales pudiesen incluso progresar a la cronicidad.

En relación con lo anteriormente expuesto, se planteó como:

**Objetivo general** de la presente investigación identificar cuáles son los trastornos del ánimo más frecuente en los residentes del Departamento de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.

**Objetivos específicos:** caracterizar a los residentes del Departamento de Medicina Interna según edad, sexo, comorbilidades y año de residencia; determinar la frecuencia y el tipo de trastorno del ánimo más común en los médicos residentes estudiados; identificar los factores que predisponen a la aparición de los trastornos del ánimo en la población estudiada y correlacionar factores de riesgo con alteraciones del estado en la población estudiada.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La presente fue una investigación de tipo observacional, descriptiva, de campo y de corte transversal; que fue realizada en el Departamento de Medicina Interna de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) en el periodo comprendido de Junio de 2019 a Junio de 2020.

El universo estuvo conformado por todos los residentes que hacen vida en la CHET, asimismo, la población estuvo conformada por los médicos residentes que desempeñan actividades asistenciales en el Departamento Médico-Quirúrgico de Adultos. De igual forma, la muestra no probabilística de tipo intencional, fue configurada por los médicos de los distintos postgrados que forman parte del Departamento de Medicina Interna, que incluye al servicio de Medicina Interna, Cardiología, Neurología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, infectología y Medicina Crítica, tomando como criterio de inclusión: 1) Ser residente en alguno de los postgrados anteriormente mencionados. No formaran parte del estudio aquellos residentes que se nieguen a participar en el mismo y no realicen el llenado de los distintos test.

Para resguardar la confidencialidad de los médicos que participaran en el estudio, se elaboró un Consentimiento Informado anexo A, siguiendo las normativas propuestas en las “Recomendaciones para Orientar a los Médicos en la Investigación Biomédica con Seres Humanos” instauradas en Junio de 1964, por la 18° Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia; así como también, en “El Informe Belmont: Principios y Guías Éticos para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación”, publicado el 18 de abril de 1979, en los Estados Unidos, por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento.

Se utilizaron como instrumentos ficha de recolección de datos anexo B, que consta de tres partes donde, se indicara datos generales como edad, sexo, tipo de postgrado y año en el que se encuentra cursando, por una segunda parte se aplicara el Test de Hamilton para Depresión anexo C, el cual es una escala hetero-aplicada, diseñada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido, la validación esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. El test está compuesto por 21 ítems, tipo Likert con una puntuación de 0 a 4 puntos para un total de 52 puntos. Dado 0-7 no presenta depresión, 8-13 depresión ligera, 14-18 depresión moderada, 19-22 depresión severa y mayor a 23 muy severa, riesgo a suicidio; tiene un  $\alpha$  de Cronbach de 0.87<sup>19</sup>.

De igual forma se aplicó el Test o Inventario de Beck para Ansiedad anexo D; realizado por Aaron Beck en 1988, el cual es una escala que mide de manera autoinformada el grado de ansiedad, se encarga de medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada; dicho inventario consta de 21 ítems tipo Likert; con una puntuación de 0 a 3 puntos por cada ítem, 0-7 nivel mínimo de ansiedad, 8-15 leve, 16-25 moderado y 26-63 grave para un total de 63 puntos; dicho test tiene un  $\alpha$  de Cronbach de 0.88.

Así mismo, para evaluar la presencia de manías o trastorno bipolar, se aplicó a los residentes la Escala de Young anexo E, la cual es una escala hetero-aplicada que evalúa la presencia y la intensidad de los síntomas maniacos, conformada por 11 ítems tipo Likert con un puntaje de 0 a 4 puntos para cada uno respectivamente para un total de 60 puntos, considerando un puntaje mayor de 12 puntos como diagnóstico para hipomanía y mayor de 20 puntos para manía, con un  $\alpha$  de Cronbach 0.72<sup>20</sup>.

Igualmente, el investigador tomará datos personales de interés para el estudio como son edad, sexo, comorbilidades, hábitos Psicobiológicos, como consumo tabáquico, alcohol y uso de estupefaciente e inclinaciones sexuales, previo a la aplicación de los distintos instrumentos, los cuales serán llenados en forma anónima para resguardar la integridad del entrevistado. Posteriormente, los datos y resultados obtenidos de las variables analizadas fueron introducidas en una base de datos computarizada, utilizando el programa Excel, que posteriormente, se exportó al programa SPSS 17.0 para Windows. Las variables cualitativas fueron analizadas por métodos porcentuales y se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, para ser representadas en tablas; las cuantitativas fueron analizadas con las estadísticas de uso básico y se expresaron en promedio y desviación estándar, para luego ser representados en gráficos. El grado de asociación entre las variables cualitativas se determinó mediante Chi-cuadrado. Para comparar las medias de variables cuantitativas se empleó la t de Student para muestras independientes; donde se consideró un valor estadísticamente significativo con una  $p \leq 0.05$ .

## RESULTADOS

Se evaluaron 63 médicos residentes con edades, en términos de media  $\pm$  desviación estándar, de  $29,6 \pm 2,8$  años. Entre ellos, 39 (61,9 %) pertenecieron al sexo femenino y 24 (38,1 %) al masculino. En la muestra analizada no se observó diferencias significativas entre las edades de ambos sexos (Femenino:  $29,5 \pm 2,7$  años vs. Masculino:  $29,6 \pm 3,1$  años;  $p=0,951$ ).

En cuanto a los postgrados en los que participaban los sujetos evaluados, 32 de ellos (50,8%) pertenecían a medicina interna, 11 (17,5%) a dermatología, 5 (7,9%) a cardiología, 4 (6,3%) a gastroenterología, 3 (4,8%) a infectología, 3 (4,8%) a endocrinología, 2 (3,2%) a neurología, 2 (3,2%) medicina intensiva, y 1 (1,6%) a nefrología. Adicionalmente, del total de los médicos estudiados, 26 (41,3 %) de ellos cursaban el primer año de residencia, mientras que 13 (20,6 %) y 24 (38,1 %) se encontraban cursando el segundo y tercer año de sus residencias, respectivamente.

La totalidad de los médicos, 15 (23,8%) de ellos refirieron presentar alguna comorbilidad. Las comorbilidades presentes en los médicos residentes evaluados tabla (1). En esta se observa que la migraña fue la comorbilidad más frecuentemente (13,3%). También destaca la presencia de más de una comorbilidad como resistencia a la insulina, obesidad, hipertensión arterial y trastorno depresivo (6,7%); epilepsia y patología tiroidea (6,7%); cefalea y epilepsia (6,7%) lupus y artritis (6,7%).

En relación a la presencia de alteraciones del ánimo, en la muestra estudiada, 16 (25,4%) de ellos presentaron al menos una de las alteraciones evaluadas en la presente investigación (Depresión, ansiedad y manía). De los cuales, 8 (20,5%) fueron del sexo femenino y 8 (33,3%) del masculino. sin asociación estado ánimo y el sexo.

En cuanto a la depresión, este trastorno del ánimo estuvo presente en 26 (41,3%) de los cuales 13 (33,3%) fueron del sexo femenino y 13 (54,2%) del masculino. Adicionalmente, el análisis del nivel de depresión presentada reveló que 9 (14,3%) presentaron depresión ligera, mientras que 14 (22,2%) mostraron depresión moderada y en 3 de ellos (4,8%) fue severa.

El nivel de depresión presentada por los sujetos estudiados, según el sexo, tabla (2). Se observa que la mayoría del sexo femenino que padecía depresión fue en forma ligera (53,8%), mientras que el nivel de depresión más frecuente entre los del sexo masculino fue el moderado (69,2%). No se asocia el nivel de depresión con el sexo de los médicos residentes.

Referente a la ansiedad, dicho trastorno se presentó en 44 (69,8%) y entre ellos 28 (63,6%) fueron del sexo femenino y 16 (36,4%) del masculino. A pesar de que hubo mayor frecuencia de médicos residentes del sexo femenino con presencia de ansiedad que la observada en los del sexo masculino, sin asociación entre la presencia de ansiedad y el sexo ( $\text{Chi}^2=0,185$ ;  $p=0,667$ ). Por otro lado, el nivel de ansiedad en los médicos residentes mostró que 12 (27,3%) de ellos presentaron la forma mínima del trastorno, mientras que 27 (61,4%) y 5 (11,4%) mostraron las formas leve y moderada, respectivamente. En la tabla (3) en ambos sexos se observa que el nivel de ansiedad más frecuente fue el leve, pero también resalta el hecho de que entre los médicos residentes del sexo masculino no hubo casos de ansiedad moderada.

En cuanto a la manía, ésta se presentó en 33 (52,4%) entre los cuales 18 (54,5%) fueron del sexo femenino y 15 (45,5%) del masculino. Adicionalmente, entre el total de los médicos estudiados, 20 (31,7%) presentaron eutimia y 10 (15,9%) hipotimia.

Entre los factores que predisponen la aparición de los trastornos del ánimo se encuentran el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, el uso de estupefacientes y la orientación sexual. Al respecto, 12 (19%) de los médicos evaluados refirieron presentar el hábito tabáquico. De igual forma, 12 (19%) de ellos también indicaron que consumían alcohol, mientras que solo 3 (4,8%) revelaron que usaban estupefacientes. Por otro lado, 61 (96,8%) de los médicos objeto de estudio refirieron ser heterosexuales, mientras que solo 1 (1,6%) indicó ser homosexual. Además, 1 (1,6%) resultó ser bisexual.

Los residentes que refirieron hábitos tabáquicos, consumo de alcohol y uso de estupefacientes, así como también según la orientación sexual de acuerdo al sexo, se presenta en la tabla 4. En esta se observa que en el sexo femenino el consumo de alcohol fue el factor más frecuente, mientras que en el masculino lo fue el hábito tabáquico. se observa que el uso de estupefacientes fue más frecuente en los médicos residentes del sexo masculino. Por otro lado, la mayoría de los médicos de ambos sexos refirieron ser heterosexuales, en el caso de los del sexo femenino esa orientación sexual resultó ser la única referida.

Adicionalmente, en sexo masculino, se encontró que 1 (4,2%) reportó ser homosexual y otro más (4,2%) indicó tener una orientación bisexual. En la presente investigación, el hábito tabáquico, el uso de estupefacientes y la orientación sexual ( $\text{Chi}^2=3,968$ ;  $p=0,138$ ) no se asociaron al sexo, mientras que el consumo de alcohol si lo hizo ( $\text{Chi}^2=5,568$ ;  $p=0,018$ ).

La tabla 5 muestra que presentaban depresión y referían tener hábitos tabáquicos, consumo de alcohol o uso de estupefacientes, una cantidad menor que aquellos que presentaban dicho trastorno del ánimo sin la presencia de los factores de riesgo predisponentes antes mencionados. Se observa que los residentes con ansiedad o manía mostraron la misma

tendencia observada con la depresión, hubo menor frecuencia de sujetos que padecían de ansiedad o manía con presencia de hábito tabáquico, consumo de alcohol o uso de estupefacientes en comparación con aquellos quienes en presencia de algunos de los dos trastornos del ánimo mencionados no referían ninguno de los factores de riesgos conocidos.

La presencia de depresión no se asoció con el hábito tabáquico ( $p=0,746$ ), el consumo de alcohol ( $p=0,746$ ) ni el uso de estupefacientes ( $p=0,564$ ). De igual forma, tampoco hubo asociación significativa entre la presencia de ansiedad y el hábito tabáquico ( $p=0,485$ ), el consumo de alcohol ( $p=0,485$ ) ni el uso de estupefacientes ( $p=0,666$ ). Por su parte, la presencia de manía es objeto de estudio, al igual que la depresión y la ansiedad, tampoco mostraron una asociación significativa con el hábito tabáquico ( $p=0,655$ ), el consumo de alcohol ( $p=0,655$ ) ni el uso de estupefacientes ( $p=0,475$ ).

Por otro lado, la tabla 5 revela que la depresión, la ansiedad y la manía fueron más frecuentes en heterosexuales que la hallada en los homosexuales o bisexuales. Sin embargo, no hubo asociación en orientación sexual, y la presencia de depresión ( $p=0,242$ ), ansiedad ( $p=0,209$ ) o manía ( $p=0,609$ ).

## DISCUSIÓN

Los trastornos del estado de ánimo son un conglomerado de trastornos que se caracterizan principalmente por generar alteración del humor o de la afectividad, éstos afectan notablemente al personal médico influyendo en forma negativa en su estado de salud y en la calidad de vida de los mismos, generando ausentismo laboral y desmejorando la relación médico-paciente y el desempeño laboral. En el presente estudio conformado por 63 médicos residentes de distintos cursos de postgrado del departamento de Medicina interna, la edad promedio se situó en 29.6 años y el grupo etario predominante fue de 25 a 30 años lo cual se asemeja al estudio realizado por Valles F <sup>12</sup> en el cual la edad promedio fue de 30 años y difiere con resultado de Jiménez J <sup>9</sup> donde la edad promedio fue de 26.3 años.

En relación a la distribución de la muestra en base al sexo, que en la presente investigación el género predominantemente afectado fue el femenino (39 residentes), lo cual contrasta con el estudio realizado por Montiel A <sup>10</sup> en el cual la mayoría de los afectados pertenecían al sexo masculino y concuerda con el estudio de Saldaña O <sup>4</sup> donde los pacientes principalmente comprometidos correspondían al sexo femenino.

De igual forma, en lo que respecta al postgrado al cual pertenecían los médicos residentes evaluados, destaca en la investigación que la mayoría de los afectados pertenecían a Medicina interna (32 residentes) difiriendo del estudio de Plata G <sup>6</sup> donde la mayor estabilidad se identificó en los residentes de Medicina Interna, (17%) padecieron depresión y ansiedad. Asimismo, en el año de residencia que cursaban los médicos del departamento, se apreció que la mayoría se encontraba en el primer año de su postgrado (41.3%) concordando con el trabajo elaborado por Saldaña O <sup>4</sup> donde los galenos evaluados pertenecían al primer año de residencia (88.5%) y difiere de la

investigación realizada por Montiel A <sup>10</sup> en la cual la mayoría de los sujetos afectados cursaban su segundo año de residencia (30%).

En cuanto a las comorbilidades asociadas en los médicos que presentaron trastornos afectivos predominó la migraña como la principal patología, resultados que son discordantes con los obtenidos en la investigación realizada por Velásquez L <sup>7</sup> en donde la mayoría de los médicos residentes no presentaron ningún tipo de patología médica o psiquiátrica previa. De igual forma difiere con el trabajo de Dois A <sup>20</sup>, en donde los sujetos evaluados presentaron hipertensión arterial como principal patología asociada (46.5%).

En el presente trabajo investigativo se presenció que el tabaquismo y el consumo de alcohol fueron los principales factores predisponentes presentes en los residentes estudiados (12 médicos en cada grupo), lo que se asemeja al resultado obtenido por Montiel A <sup>10</sup> en cuyo estudio expuso que el alcoholismo estuvo asociado como factor predisponente a la depresión y el tabaquismo a la ansiedad.

Por otra parte, en lo que concierne a los trastornos afectivos observados en los residentes de postgrado evaluados, en el presente estudio destaca la ansiedad como principal manifestación, la cual estuvo presente en 44 de los residentes; dicho resultado se asemeja al obtenido por Jiménez J <sup>9</sup> y Anticona E <sup>11</sup> en donde la ansiedad predominó sobre la depresión y otros trastornos del ánimo, y difiere del resultado obtenido por Castro V <sup>1</sup> donde 56.2% de los sujetos evaluados presentó síntomas depresivos.

En este mismo orden de ideas, en lo que respecta al grado de ansiedad observado en los médicos residentes, predominó el grado leve (27 residentes), concordando con el estudio de Jiménez J <sup>9</sup> donde predominó la ansiedad leve sobre los otros grados, y contrasta con los resultados obtenidos por Anticona E <sup>11</sup> y Montiel A <sup>10</sup> donde la ansiedad moderada fue significativamente mayor que los otros grados. Asimismo, en cuanto a la

distribución de frecuencia de la ansiedad en base al sexo, se observó que el género mayormente afectado fue el femenino (28 residentes) coincidiendo con los resultados de Anticona E<sup>11</sup> donde se presentaron 130 mujeres afectadas con dicho trastorno.

La manía se mostró en frecuencia como el segundo trastorno del ánimo que aquejó a los residentes del departamento (33 residentes), a predominio del sexo femenino (18 residentes), resultado que está en total discordancia con el obtenido en la investigación de Castro V<sup>1</sup> en el cual sólo 3 individuos analizados presentaron síntomas maniacos, de igual forma con predominio del sexo femenino.

Finalmente, la depresión se presentó como el trastorno afectivo menos frecuente en los residentes evaluados con un total de 26 médicos afectados, sin presentar diferencias entre ambos sexos y con predominio de depresión en grado moderado (14 residentes); coincidiendo con Anticona E<sup>11</sup> donde 90 de 168 sujetos evaluados presentaron depresión moderada, y discrepa del estudio de Castro V<sup>1</sup> donde 77.7% de los evaluados presentaron síntomas depresivos graves y de Saldaña O<sup>4</sup> donde 64.7% presentó depresión leve.

Se pudo observar en la presente investigación que los trastornos afectivos predominaron en los residentes del sexo femenino coincidiendo dicho resultado con otras investigaciones, llama la atención que las residentes evaluadas se encontraban en edad fértil (25 a 30 años) planteándose la importancia del estímulo hormonal que se presenta en las distintas fases del ciclo menstrual, donde tiene vital relevancia los niveles disminuidos de cortisol y progesterona que generan una mayor susceptibilidad a desarrollar respuestas desproporcionadas y patológicas de ansiedad ante un agente estresor. En este mismo orden de ideas, cabe destacar que los trastornos de ansiedad suelen estar asociados a situaciones estresante o amenazantes y están influenciados por las hormonas del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal;

Arenas M <sup>21</sup> en su estudio ha sugerido que el sexo femenino percibe los eventos estresantes de forma más amenazante y con mayor pérdida de control que el sexo masculino, mancomunado al hecho de que las mujeres presentan una recuperación más lenta que los hombres en la respuesta hormonal al estrés, la cual es necesaria para superar el trauma; coincidiendo de igual forma con el presente estudio en donde la mayoría de los afectados se encontraba en el primer año de residencia donde es mayor la cantidad de eventos estresantes que puedan generar episodios de ansiedad en el tiempo

## CONCLUSIONES

Concluyó con el presente estudio que el grupo etario de mayor incidencia fue de 25 a 30 años, donde el mayor número de pacientes pertenecía al sexo femenino y se encontraban en su primer año de residencia; de igual forma la principal comorbilidad asociada que se observó en los galenos evaluados fue la migraña, seguida en frecuencia por obesidad, epilepsia e hipertensión arterial.

Asimismo, la presente investigación concluye que el trastorno de ánimo de mayor frecuencia en los médicos residentes de la institución fue la ansiedad, apreciándose que el mismo predominó en el sexo femenino y el grado de severidad de mayor frecuencia fue leve seguido por el grado mínimo.

De igual forma, en lo que respecta a la asociación de hábitos Psicobiológicos como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos, el estudio concluye que el desarrollo y evolución de dichos trastornos es independiente del hábito tabáquico, alcoholismo, consumo de estupefacientes y orientación sexual.

## RECOMENDACIONES

Se recomienda la realización obligatoria de evaluación psiquiátrica a los médicos seleccionados para iniciar estudios de postgrado, para detectar en forma precoz trastornos de ánimos y evitar exacerbación de los mismos durante las jornadas laborales que conllevan una alta carga de estrés.

Igualmente, realizar evaluación psicológica o psiquiátrica a los médicos residentes en forma trimestral o semestral dependiendo del grado de severidad del trastorno afectivo diagnosticado. Asimismo, iniciar terapias para manejo del estrés laboral para evitar concurrir en los trastornos descritos.

Iniciar terapia farmacológica en forma inmediata a los residentes de postgrado que cursen con trastornos maniacos y presenten alguna comorbilidad o factor de riesgo asociado (alcoholismo, consumo de estupefacientes).

Finalmente, continuar con la presente línea de investigación para poder ampliar la documentación bibliográfica existente sobre el desarrollo de trastornos de ánimos en médicos residentes de postgrado, dado que este representa un factor para que los galenos disminuyan su calidad de atención, y que usualmente son subestimados por los entes rectores de las instituciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castro V, Velásquez A, López L, Quintero J. Trastornos del Estado de Ánimo en Trabajadores de la Salud de un Hospital de Tercer Nivel de Complejidad, Medellín, Colombia, 2011-2016. Archivos de Medicina ISSN 1698-9465. 2018. Vol. 14 No. 3:3.
2. Universidad de Almeida. Cuidado en Trastornos Afectivos. Cátedra de Salud Mental de Enfermería. [base de datos en Internet]. Almeida: StuDocu [actualizada en abril 2004; acceso 20 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/u/1369490>
3. Aguirre R, López J, Flores R. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente. Julio-Septiembre 2011. Año 3 No. 8.
4. Saldaña O, Ozuna V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evid Med Invest Salud 2014; 7 (4): 170-178.
5. Mascarúa E, Vázquez E, Córdova J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. Aten Fam. 2014;21(2):55-57.
6. Plata G, Flores C, Curiel H, Juárez O, Rosas B. Depresión y ansiedad en la residencia médica. Rev Esp Med Quir 2011; 16 (3).
7. Velásquez L, Colin R, González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. Gaceta Médica de México. 2013;149:183-95.
8. Tariffe M. Síndrome de Burnout en Residentes del Postgrado de Medicina Interna de la Universidad de Carabobo, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Valencia-Venezuela. 2013. [Trabajo Especial de Grado]. Universidad de Carabobo: Valencia. 2013.
9. Jiménez J, Arenas J, Ángeles U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):20-8

10. Montiel A, Torres M, Herrera M, Ahumada O, Barragán R, García A, et al. Depresión y ansiedad en residentes de Ortopedia-Traumatología. *Educ Med.* 2015;16(2):116-125.
11. Anticona E, Maldonado M. Ansiedad y Depresión en el Personal de Salud del Hospital “Daniel Alcides Carrión” Huancayo 2017 [Trabajo Especial de Grado] Universidad Nacional del Centro de Perú: Huancayo. 2017.
12. Valles F, Mora M. Efectos del estado de ánimo en médicos residentes de primer año de postgrados y su relación con el rendimiento académico y con el desarrollo de enfermedades. 2018
13. Ramos R. Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, Agosto 2014, Vol. 39, número 8.
14. Hurtado Martínez, M. Los trastornos afectivos bipolares perspectivas diagnósticas y terapéuticas. 2ª ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2010.
15. Martínez R. Capítulo 2: Trastornos del Estado de Ánimo. Disponible en:[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lps/martinez\\_r\\_a/capitulo2.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo2.pdf)
16. Baena A, Sandoval M, Urbina C, Juárez N, Villaseñor S. Los Trastornos del Estado de Ánimo. *Revista Digital Universitaria.* 2005, Vol 6.num 11.
17. Shelton R. Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Primary Psychiatry*, 2006. 12(4): p. 73-82.
18. Yáñez C, García R. Instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en la infancia y adolescencia: análisis de sus aspectos metodológicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2013; 51 (3): 211-220.
19. Dois A, Cazenave A. Pesquisa de depresión mayor en hipertensos consultantes de la Atención Primaria. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 475-480.

## ANEXO A



Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Postgrado de Medicina Interna  
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente hago constar que autorizo al investigador a incluirme en el estudio titulado **TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN LOS RESIDENTES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA. CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA" MAYO 2020.** y he sido previamente informado de:

- Los beneficios y conocimientos que podrían aportar mi participación.
- No recibir ningún beneficio económico por parte del investigador.

Por lo tanto **acepto** los procedimientos a aplicar, considerándolos inocuos para la salud y acepto los derechos de:

- Conocer los resultados que se obtengan.
- Respetar mi integridad física y moral.
- Retirarme en cualquier momento del estudio si tal es mi deseo.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### Datos de Clasificación de la Población

#### Parte I datos generales:

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

Tipo de Postgrado: \_\_\_\_\_

Año de Residencia: \_\_\_\_\_

Comorbilidades:

---

#### Parte II tipo de trastorno de ánimo:

- a) Test Hamilton ( Anexo C)
- b) Test de Beck (Anexo D)
- c) Test de Young (Anexo E)

#### Parte III Factores de riesgo asociados a los test de ánimo

##### Hábitos Psicobiológicos:

- a) Tabáquicos: SI\_\_ NO\_\_
- b) Alcohol: SI\_\_ NO\_\_
- c) Estupefacientes : SI\_\_ NO\_\_
- d) Sexualidad: Heterosexual: \_\_ Homosexual: \_\_ Bisexual: \_\_  
Otros: \_\_

## ANEXO C

### TEST DE HALMITON

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas veces
B= Bastantes veces
C= Casi siempre
S= Siempre

	N	A	B	C	S
1.Me siento triste, desesperado inútil me encuentro pesimista lloro con facilidad					
2. Me siento culpable, creo haber de decepcionado a los demás pienso que mi enfermedad es un castigo					
3. Me parece que no vale la pena vivir, desearía estar muerto, pienso en quitarme la vida.					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo, hago mi trabajo porque antes me siento cansado, débil no tengo interés por nada					
5. Me encuentro lento parado me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable, todo me preocupa y me produce temor, presiento que hago malo puede ocurrir					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones dolores de cabeza, me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar, sudo copiosamente, necesito orinar con frecuencia					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud creo que necesito ayuda medica					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal					
10. Recelo de lo demás, no me fio de nade, a veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño, tardo mucho en dormirme					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y					

tardo en volver a dormirme					
13. Me despierto muy temprano ya no puedo volver a dormir					
14. Me siento intranquilo e inquieto no puedo estar quieto, me retuerzo las manos, me tiro de los cabellos, me muerdo las uñas y los labios.					
15. Tengo poco apetito sensación de pesadez en el abdomen necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado y fatigado, siento dolores pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo					
17. No tengo ninguna apetencia por actos sexuales, tengo desarreglos menstruales					
18. peso menos que antes, estoy perdiendo peso					
19. No se lo que pasa me siento confundido					
20. Por las mañanas o por las tardes me siento peor					
21. Se me meten en la cabeza ideas, medan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

**Total:**

## ANEXO D

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

### INVECTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o sensación de desvanecimiento				
7. Palpitaciones				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores fríos o calientes				

## ANEXO E

A continuación la siguiente escala consta de 11 ítems. Escala de manía y trastorno de bipolaridad de YOUNG

### A. Euforia

- 0 Ausente
- 1 Posible o moderada solo cuando se le pregunta
- 2 Clara aunque subjetiva y apropiada al contenido. Optimista, seguro de sí mismo/ a, alegre.

### B. Hiperactividad

- 0 Ausente
- 1 Subjetivamente aumentada
- 2 Vigoroso/a, hipergestual
- 3 Energía excesiva, hiperactividad fluctuante, inquietud
- 4 Agitación o hiperactividad constante

### C. Impulso sexual

- 0 No aumentado
- 1 Posible o moderadamente aumentado
- 2 Claro aumento al preguntar
- 3 Espontáneamente referido como elevado, contenido sexual del discurso, preocupación por temas sexuales
- 4 Actos o incitaciones sexuales evidentes

### D. Sueño

- 0 No reducido
- 1 Disminución en menos de una hora
- 2 Disminuciones en más de una hora
- 3 Refiere disminución de la necesidad de dormir
- 4 Niega necesidad de dormir

### E. Irritabilidad

- 0 Ausente
- 2 Subjetivamente aumentada
- 4 Irritabilidad fluctuante, episodio reciente de rabia o enfado
- 6 Predominante irritable, brusco y cortante
- 8 Hostil no colaborador/a no entrevistable

- F. Expresión verbal
  - 0 No aumentada
  - 2 Sensaciones de locuacidad
  - 4 Aumentada de forma fluctuante, prolijidad
  - 6 Claramente aumentada, difícil de interrumpir, intrusiva
  - 8 Verborrea ininterrumpible y continua
  
- G. Trastornos del curso pensamiento
  - 0 Ausentes
  - 1 Circunstancialidad, distracción moderada, aceleración del pensamiento
  - 2 Distracción clara, descarrilamiento, taquipsiquia
  - 3 Fuga de ideas, tangencialidad, rimas, ecolalia
  - 4 Incoherencia, ininteligibilidad
  
- H. Trastornos formales del pensamiento
  - 0 Ausente
  - 2 Planes discutibles nuevos intereses
  - 4 Proyectos especiales, misticismo
  - 6 Ideas grandiosas o paranoides, ideas de referencia
  - 8 Delirios, alucinaciones
  
- I. Agresividad
  - 0 Ausente
  - 2 Sarcástico/a , enfático/a lacónico/a
  - 4 Querulante, pone en guardia
  - 6 Amenazador/a habla a gritos, entrevista difícil
  - 8 Agresivo/a destructivo/a entrevista imposible
  
- J. Apariencia
  - 0 Indumentaria apropiada y limpia
  - 1 Ligeramente descuidada
  - 2 Mal arreglado/a, moderadamente despeinado/a, indumentaria sobrecargada
  - 3 Despeinado/o semidesnudo/a maquillaje llamativo
  - 4 Completamente desaseado/a adornado/a, indumentaria bizarra
  
- K. Conciencia de enfermedad
  - 0 Presente, admite la enfermedad acepta tratamiento

- 1 Según el/ella posiblemente enfermo
- 2 Admite cambio de conducta pero niega enfermedad
- 3 Admite posible cambio de conducta pero niega enfermedad
- 4 Niega cualquier cambio de conducta

Total =

**Tabla 1. Distribución de frecuencia de comorbilidades presentes en médicos residentes del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.**

<b>Comorbilidades</b>	<b>n (%)</b>
Obesidad	1 (6,7)
Leucopenia en estudio	1 (6,7)
Acs Antifosfolípidos	1 (6,7)
Miomatosis uterina	1 (6,7)
Taquicardia sinusal	1 (6,7)
Lupus+Artritis	1 (6,7)
Trastorno depresivo	1 (6,7)
Resistencia a la insulina + Obesidad + HTA + T. depresivo	1 (6,7)
Trastorno de conducta	1 (6,7)
Epileptica + tiroidea	1 (6,7)
Cefalea + epilepsia	1 (6,7)
Migraña	2 (13,3)
Arritmia	1 (6,7)
HTA	1 (6,7)

HTA: Hipertensión arterial.

**Tabla 2. Distribución de frecuencia del nivel de depresión de los médicos residentes, según el sexo del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.**

<b>Nivel de depresión</b>	<b>Sexo</b>	
	<b>Femenino (n=13)</b>	<b>Masculino (n=13)</b>
Ligera	7 (53,8)	2 (15,4)
Moderada	5 (38,5)	9 (69,2)
Severa	1 (7,7)	2 (15,4)

Los resultados se muestran en n (%).

**Tabla 3. Distribución de frecuencia del nivel de ansiedad de los médicos residentes, según el sexo del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.**

<b>Nivel de ansiedad</b>	<b>Sexo</b>	
	<b>Femenino (n=28)</b>	<b>Masculino (n=16)</b>
Mínima	7 (25,0)	5 (31,3)
Leve	16 (57,1)	11 (68,8)
Moderada	5 (17,9)	0

Los resultados se muestran en n (%).

**Tabla 4. Distribución de frecuencia de factores de riesgo que predisponen a la aparición de los trastornos del ánimo, según el sexo del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.**

Factores que predisponen a la aparición de los trastornos del ánimo	Sexo	
	Femenino (n=39)	Masculino (n=24)
Hábito tabáquico	7 (17,9)	5 (20,8)
Consumo de alcohol	11 (28,2)	1 (4,2)
Uso de estupefacientes	1 (2,6)	2 (8,3)
Orientación sexual	Heterosexual	39 (100)
	Homosexual	22 (91,7)
	Bisexual	0
		1 (4,2)
		1 (4,2)

Los resultados se muestran en n (%).

**Tabla 5. Asociación entre trastornos del ánimo y factores predisponentes en médicos residentes de ambos sexos del departamento de Medicina Interna. Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” Mayo 2020.**

Factores de riesgo		Trastornos del ánimo					
		Depresión		Ansiedad		Manía	
		Pte. (n=26)	Ate. (n=37)	Pte. (n=44)	Ate. (n=19)	Pte. (n=33)	Ate. (n=30)
Hábito Tabáquico	Pte. (n=12)	4 (15,4)	8 (21,6)	7 (15,9)	5 (26,3)	8 (24,2)	4 (13,3)
	Ate. (n=51)	22 (84,6)	29 (78,4)	37 (84,1)	14 (73,7)	25 (75,8)	26 (86,7)
Consumo Alcohol	Pte. (n=12)	4 (15,4)	8 (21,6)	7 (15,9)	5 (26,3)	7 (21,2)	5 (16,7)
	Ate. (n=51)	22 (84,6)	29 (78,4)	37 (84,1)	14 (73,7)	26 (78,8)	25 (83,3)
Uso Estupefacientes	Pte. (n=3)	2 (7,7)	1 (2,7)	2 (4,5)	1 (5,3)	3 (9,1)	0
	Ate. (n=60)	24 (92,3)	36 (97,3)	42 (95,5)	18 (94,7)	30 (90,9)	30 (100)
Orientación Sexual	Heterosexual (n=61)	25 (96,2)	36 (97,3)	43 (97,7)	18 (94,7)	31 (93,9)	30 (100)
	Homosexual (n=1)	1 (3,8)	1 (2,7)	1 (2,3)	0	1 (3,0)	0
	Bisexual (n=1)	0	0	0	1 (5,3)	1 (3,0)	0

Los resultados se expresan en n (%) / Pte: Presente / Ate: Ausente.