



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS MEDIANTE LA ESCALA
DASS-21 EN MÉDICOS POSGRADISTAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCO, CUENCA-2020.**

Proyecto de investigación
previo a la obtención de título
de Médico.

Autoras:

Erika Estefanía Puga Bravo
CI: 0105723860
Correo: estefaniapb7@gmail.com

Janeth Alexandra Quiroga Loja
CI: 1450063555
Correo: janealexql22@gmail.com

Director:

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla
CI: 0103260675

Cuenca, Ecuador
17-Febrero-2021



RESUMEN

ANTECEDENTES. La depresión afecta a millones de personas a nivel mundial y ha cobrado miles de vidas, siendo incluso en el año 2012 considerada como una emergencia mundial por la OMS. A nivel global alrededor de 264 millones de personas padecen trastornos de ansiedad. En diferentes meta-análisis se ha relacionado al exceso de estrés con el deterioro en la salud mental. En la actualidad no existe información actualizada sobre la salud mental en médicos posgradistas de Cuenca - Ecuador.

OBJETIVO. Determinar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés mediante la escala DASS – 21 en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2020.

MÉTODO Y MATERIALES. Estudio descriptivo realizado en octubre de 2020. Se incluyó a estudiantes de posgrado de Medicina que se encontraban trabajando en el Hospital Vicente Corral Moscoso en octubre de 2020. Se estudiaron variables como: sexo, edad, estado civil, especialidad, año de posgrado, antecedentes personales de enfermedades previas, depresión, ansiedad y estrés. Se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel, y se expusieron tablas de frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS. Participaron 61 estudiantes de posgrado de medicina, la mayoría mujeres. La frecuencia de depresión fue de 31 casos (50,8%), la frecuencia de ansiedad fue de 42 casos (68,8%) y la frecuencia de estrés fue de 29 casos (47,5%).

CONCLUSIONES. La frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso superó a los resultados obtenidos en otras investigaciones a nivel nacional e internacional. Con mayores niveles de ansiedad, seguido de depresión y el estrés.

PALABRAS CLAVE. Ansiedad. Estrés. Depresión. Médico posgradista.



ABSTRACT

BACKGROUND. Depression affects millions of people around the world and has claimed thousands of lives. In 2012 it was proclaimed a global emergency by the World Health Organization (WHO). Globally, around 264 million people suffer from anxiety disorders. In different meta-analysis, excess of stress has been related with mental health deterioration. Nowadays, there is no updated information about mental health in postgraduate medical students from Cuenca - Ecuador.

OBJECTIVES. To determine the frequency of depression, anxiety and stress using the DASS - 21 scale in postgraduate medical students at the Vicente Corral Moscoso Hospital in 2020.

METHODS. A descriptive study was carried out on October 2020. It included postgraduate medical students who were working at the Vicente Corral Moscoso Hospital in October 2020. Some variables were studied as: sex, age, marital status, specialty, current postgraduate year, personal history of previous illnesses, depression, anxiety and stress. A database was created in Microsoft Excel where tables of frequencies and percentages were exposed.

RESULTS. A total of 61 postgraduate students participated, most of them were women. The frequency of depression was 31 cases (50, 8 %), the anxiety frequency was 42 cases (68, 8 %) and the frequency of stress was 29 cases (47, 5 %).

CONCLUSIONS. The frequency of depression, anxiety and stress in postgraduate medical students at the Vicente Corral Moscoso Hospital exceeded the results that were obtained in other national and international research, with higher levels of anxiety, followed by depression and stress.

KEY WORDS: Anxiety. Stress. Depression. Postgraduate medical student.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPITULO I	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
CAPITULO II	20
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	20
2.1.1 Depresión	20
2.1.2 Ansiedad.....	22
2.1.3 Estrés laboral.....	23
2.1.4 Escala DASS 21	25
CAPITULO III	26
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	26
3.1 Objetivo general.....	26
3.2 Objetivos específicos	26
CAPITULO IV	27
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
4.1. Tipo de estudio	27
4.2 Área de estudio.....	27
4.3 Universo y muestra	27
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	27
4.5 Variables de estudio	28
4.6 Operacionalización de las variables (Anexo #1)	28
4.7 Método, técnicas e instrumentos	28
4.8 Plan de tabulación y análisis.....	29
4.9 Consideraciones bioéticas	29
CAPITULO V	31
5. RESULTADOS	31
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	31
5.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN	31



5.3 EVALUACIÓN DE LA ESCALA DASS – 21.....	33
5.4 ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES	35
CAPITULO VI.....	43
6. DISCUSIÓN.....	43
CAPITULO VII.....	47
7.1 CONCLUSIONES	47
7.2 RECOMENDACIONES	48
CAPITULO VIII.....	49
8. BIBLIOGRAFÍA.....	49
CAPITULO IX.....	54
9. ANEXOS	54
Anexo #1 Operacionalización de las Variables	54
Anexo #2 Consentimiento Informado	56
Anexo #3: Encuesta a médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso.....	59



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de 61 médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, según características demográficas. Cuenca - 2020.....	31
Tabla 2. Distribución de 61 médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, según variables académicas. Cuenca - 2020.....	32
Tabla 3. Distribución de 61 médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, según antecedentes de enfermedades crónicas. Cuenca - 2020.	33
Tabla 4. Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés según la escala DASS - 21 en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - 2020.	33
Tabla 5. Niveles de depresión, ansiedad y estrés según la escala DASS - 21 en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.	34
<i>Tabla 6. Niveles de depresión según el sexo, edad y estado civil de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – 2020.</i>	<i>35</i>
<i>Tabla 7. Niveles de ansiedad según el sexo, edad y estado civil de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.</i>	<i>37</i>
<i>Tabla 8. Niveles de estrés según el sexo, edad y estado civil de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.</i>	<i>38</i>
<i>Tabla 9. Niveles de depresión según año de posgrado y especialidad de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.</i>	<i>39</i>
<i>Tabla 10. Niveles de ansiedad según el año de posgrado y especialidad de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.</i>	<i>40</i>
<i>Tabla 11. Niveles de estrés según el año de posgrado y especialidad de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.</i>	<i>41</i>



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Erika Estefanía Puga Bravo en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación "FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS MEDIANTE LA ESCALA DASS-21 EN MÉDICOS POSGRADISTAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-2020", de conformidad con el artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17/02/2021

Erika Estefanía Puga Bravo

CI: 0105723860



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Janeth Alexandra Quiroga Loja en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS MEDIANTE LA ESCALA DASS-21 EN MÉDICOS POSGRADISTAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-2020”, de conformidad con el artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 17/02/2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Janeth Quiroga'.

Janeth Alexandra Quiroga Loja

CI: 1450063555



Cláusula de Propiedad Intelectual

Erika Estefanía Puga Bravo, autora del proyecto de investigación “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS MEDIANTE LA ESCALA DASS-21 EN MÉDICOS POSGRADISTAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-2020”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17/02/2021

A handwritten signature in blue ink that reads "Erika Puga B".

Erika Estefanía Puga Bravo

CI: 0105723860



Cláusula de Propiedad Intelectual

Janeth Alexandra Quiroga Loja, autora del proyecto de investigación “FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS MEDIANTE LA ESCALA DASS-21 EN MÉDICOS POSGRADISTAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-2020”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 17/02/2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Janeth Quiroga', written over a horizontal line.

Janeth Alexandra Quiroga Loja

CI: 1450063555



AGRADECIMIENTO

De manera primordial queremos expresar nuestra inmensa gratitud hacia nuestro director y asesor de tesis, el Dr. Ismael Morocho, quien, pese a las dificultades presentadas durante el proceso, nos apoyó en todo momento y nos alentó a seguir adelante.

Además, un profundo agradecimiento a nuestros padres, pues confiaron en nosotros desde el inicio de este sueño, siendo un pilar fundamental en la culminación del mismo.

Las autoras



DEDICATORIA

A mis padres, pues son la razón que me impulsa a salir adelante, son el mejor ejemplo de amor y perseverancia, lo mejor ha sido compartir todo este tiempo a su lado. Siempre daré lo mejor de mí por y para ellos.

A mis hermanos, que a pesar de la distancia nunca me dejaron sola, gracias por sus palabras, su ayuda incondicional y la certeza de que siempre contaré con ustedes.

A mis sobrinos, que llegaron en el mejor momento para alegrar mi vida y enseñarme a valorar lo mejor de ella, mi familia.

A mis amigos, que estuvieron en mis peores momentos y pese a eso se quedaron a mi lado. Después de tantos años, lo mejor es contar con ustedes.

A Janeth, mi compañera de tesis pero principalmente mi amiga, quien fue mi fortaleza durante este largo camino.

Erika.



DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen por siempre acompañarme y darme la fortaleza para afrontar la adversidad.

Con todo el cariño, a mi madre Marcia, la persona más extraordinaria del mundo, quien con esfuerzo y sacrificio me ha impulsado a ser cada día mejor y me ha enseñado a nunca rendirme. A mis hermanos Evelyn, John y Matías por llenar mi vida de alegría. A mi padrastro William por su apoyo incondicional. Y a todo el resto de mi familia por siempre creer en mí.

A mis amigos y colegas, que me enseñaron el valor de la verdadera amistad y con quienes recorrí este largo camino, llamado Universidad. Mika, Grace, Naty, Saúl y Luis estoy muy orgullosa de ustedes y siempre los llevaré en mi corazón.

A mi compañera de tesis y amiga Erika, por estar desde el comienzo de esta aventura y nunca alejarte pese a las dificultades. Es un privilegio compartir este logro contigo.

Janeth.



CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el bienestar mental constituye un componente fundamental dentro de la definición de salud (1). No obstante, reconoce que a nivel mundial los trastornos mentales van en ascenso con cifras de depresión que afectan a más de 300 millones de personas y de ansiedad que alcanzan los 264 millones de casos, siendo junto con el estrés laboral causas que interfieren directamente con el rendimiento y productividad laboral (2,3). El personal médico es considerado un grupo de riesgo que puede verse afectado por trastornos mentales debido al estrés que involucra su trabajo, relacionado con factores como: la carga horaria asistencial y académica, turnos, hábitos alimenticios y de sueño. El deterioro en la salud mental afecta directamente la calidad de vida del ser humano, estando asociado en este caso con un incremento de los errores médicos y una deficiente atención al paciente (4).

En la actualidad los trastornos mentales son considerados una epidemia entre los médicos y estudiantes de medicina. Diversos estudios a nivel mundial recopilados en 2015 en médicos residentes de múltiples especialidades indican una progresión de la depresión, siendo alrededor del 15.8% durante el primer año de residencia, y llegando del 20.9% al 43.2% en los siguientes años. Cifra que mencionan se puede adaptar a médicos becarios o asistentes y otros en proceso de formación (5). El estudio de la Dra. Deepika Tanwar realizado en EE.UU. 2018 reveló que la tasa de suicidio en médicos supera a otras profesiones y duplica la cifra de la población en general. Además, existe una relación entre el suicidio y enfermedades mentales que no reciben tratamiento oportuno, por lo que enfatiza la necesidad de una intervención temprana (6).

Existen múltiples factores asociados al desarrollo de trastornos mentales en médicos, entre ellos se incluye: horarios prolongados, trabajo administrativo excesivo, turnos extenuantes. Incluso se consideran la característica competitiva de la carrera, excesiva dedicación al trabajo, perfeccionismo, entre otros como corresponsables. Así también, existen factores externos que podrían afectar la salud mental como: presión del gobierno, recortes presupuestarios, sobrecarga de trabajo, un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa y aspectos propios de cada comunidad médica (4,7). Los médicos posgradistas son médicos en proceso de formación que laboran en unidades médicas para obtener una especialidad. En Ecuador existen 3505 estudiantes de posgrado, de los cuales el 67% es becario y el 33% es autofinanciado. En la actualidad se encuentra en constante disputa la situación legal de este grupo sanitario puesto que pese a tener cargas horarias extenuantes, para el Estado continúan siendo estudiantes sin recibir remuneración



económica en caso de los autofinanciados (8). Todos estos argumentos indican que los médicos posgradistas no están exentos de afectar su salud tanto física como mental (4).

Investigaciones indican que es poco el porcentaje de médicos que consultan por asesoría en su salud mental y de aquellos las patologías comúnmente responsables de que lo hagan son la depresión, ansiedad, su coexistencia y por síntomas del trastorno de estrés postraumático (9). Por lo tanto, es extremadamente importante conocer la situación local frente a esta problemática ya que un deterioro en la salud mental afecta directamente no sólo el aspecto laboral sino la calidad de vida de las personas. Este trabajo pretende caracterizar al grupo de estudio y establecer la frecuencia con la que se presenta estrés, depresión y ansiedad en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Y de esta manera concientizar sobre la importancia de un diagnóstico y manejo oportuno de los trastornos mentales, a fin de que en un futuro se puedan desarrollar estrategias para precautelar la salud mental de este grupo ineludible de la poblacional.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS, los trastornos mentales han incrementado los últimos años, reportando más de 300 millones de personas con depresión y alrededor de 260 millones con trastornos de ansiedad en todo el mundo. Además, una de cada cinco personas puede experimentar un trastorno de salud mental causado por el estrés del ámbito laboral (10). En la actualidad la depresión es la segunda causa de discapacidad laboral a nivel mundial, siendo responsable de cerca de 800 mil suicidios cada año (2). A nivel de Latinoamérica, Ecuador es el undécimo país con más casos de depresión con un 4,6% y el décimo por casos de desórdenes de ansiedad (11).

Los trastornos mentales están relacionados con diversos factores desencadenantes y factores de riesgo a los que nos exponemos cada día. Uno de los escenarios que influye en gran medida en la salud mental de un individuo es el trabajo, debido al tiempo que se invierte en el mismo (10). Factores como largas jornadas de trabajo y un alto nivel de exigencia llegan a generar alteraciones en la salud mental del individuo. Numerosas investigaciones consideran que ser médico es un factor de riesgo para sufrir repercusiones psicológicas y trastornos depresivos debido al mayor grado de estrés laboral (12)(13). En las últimas décadas se ha registrado el aumento de suicidios en médicos, desde estudiantes de posgrado hasta especialistas, lo que en un principio se consideraba como una condición individual, actualmente se sabe que el incremento en los suicidios en el área médica está relacionado con la mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas como depresión, ansiedad, el estrés por su trabajo y el mayor acceso a medicamentos que pueden emplearse para su fin. Una investigación evidenció que la tasa de suicidio en médicos es de 28 a 40 por cada 100.000 habitantes en contraste con 12,3 por cada 100.000 habitantes en la población en general (12).

En Ecuador un gran número del equipo que conforma el personal en los hospitales corresponde a médicos posgradistas, los cuales son considerados estudiantes y sus años de práctica en el hospital constituyen su formación académica. El posgrado puede durar entre 3 a 5 años durante los cuales deberán cumplir un número de horas semanales de actividades en el hospital de aproximadamente 64 horas y 16 horas de clases teóricas. Sin embargo, estos horarios no son respetados, trabajando hasta más de 100 horas semanales en algunos casos. Además, se destaca que el 33% de los posgradistas no reciben ninguna remuneración por sus actividades asistenciales debido a que son autofinanciados y el otro 67% son becados pero la beca solo cubre las matrículas semestrales (8). Actualmente los médicos de posgrado trabajan sin horarios establecidos y sin ningún tipo de seguro social. Un meta-análisis estima que la prevalencia de depresión en médicos posgradistas es del 29% (14).



Si bien los factores que mencionamos alteran la salud mental; la situación de pandemia por COVID – 19, la falta de equipos de protección personal, el ambiente en el que se trabaja, la calidad asistencial y su estabilidad económica juegan un rol importante en alteraciones del estado mental del médico; disminuyendo la satisfacción laboral y provocando problemas psicológicos. A pesar de que el impacto psicológico ha ido en aumento en los últimos años en los servidores de salud, es poca la información con la que contamos a nivel nacional (15). Con el propósito de conocer la realidad local para que en un futuro se pueda analizar medidas que ayuden a mejorar la salud psicológica de los médicos posgradistas nos planteamos la siguiente pregunta:

¿PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN?

¿Cuál es la frecuencia de estrés, ansiedad y depresión de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca en el año 2020?



1.3 JUSTIFICACIÓN

La OMS indica que los trastornos por depresión y ansiedad provocan una pérdida de productividad de al menos un billón de dólares en la economía mundial cada año (16). Mientras que el estrés ha sido llamado la epidemia del siglo XXI. Un trabajador expuesto a elevados niveles de estrés podría perder la motivación y llegar a padecer depresión y/o ansiedad que puede llevar a una pérdida de seguridad laboral (17). El llamado agotamiento médico afecta directamente a la persona, pues se relaciona con la fatiga, estrés, ansiedad, depresión, trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, suicidios, una atención deficiente al paciente, jubilaciones anticipadas o renuncias inesperadas (18). Las investigaciones apuntan a que en aquellas personas que comenten suicidio más de la mitad de casos padecían síntomas depresivos y en menor cantidad síntomas de ansiedad. Entendiendo que en los casos en donde coexisten dichas enfermedades el riesgo de suicidio aumenta (19). El Ministerio de Salud Pública del Ecuador por su parte maneja diversos protocolos y lineamientos para precautelar la calidad de salud mental tanto del personal médico como del paciente siguiendo las directrices establecidas por la OMS (20).

Pasqualucci en 2019 realizó un estudio mediante la web a 606 médicos residentes/becarios en Brasil que determinó que la prevalencia de síntomas depresivos corresponde a un 19%, síntomas de ansiedad un 16% y síntomas de estrés un 17,7% (21). Por otra parte, Montenegro y Yumiseva en el año 2016 realizaron un estudio similar en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo - Ecuador con 181 participantes en los que se evidenció que el 55.25%, 36.46% y 9.94% presentaron algún grado de depresión, ansiedad y estrés respectivamente (22). Una respuesta temprana ante un problema de salud mental reduce significativamente las secuelas psiquiátricas en el personal de salud (23). Por lo que nuestra intención es que este estudio acentúe la necesidad de atención en salud mental a un grupo tan vulnerable como son los médicos. Este estudio está dirigido a médicos posgradistas de nuestro entorno local, pues representan una parte importante de la base del sistema de salud del Ecuador, enfatizando que son médicos que cumplen un proceso de formación y en un futuro trabajarán como médicos especialistas en las distintas áreas del país.

Este estudio estaría dentro de “Problemas de salud prevalentes prioritarios” y “Salud laboral” que la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca mantiene entre sus líneas de investigación. Por otro lado, entraría dentro de las prioridades del MSP definidas entre 2013 -2017 como tema dentro del área de “Salud mental y trastornos del comportamiento”.

Teniendo en cuenta la importancia de la intervención en salud mental es indispensable conocer la situación psicológica específica de la población sobre la que se quiere actuar, que a su vez es lo que propone esta investigación. Es decir,



establecer la realidad en salud mental de médicos que pertenecen a un entorno de estrés laboral local, pues su percepción será diferente a la de otros grupos. Los resultados obtenidos estarán disponibles en el repositorio digital de la Universidad de Cuenca para aquellos estudiantes y profesionales que tanto fuera como dentro de la Universidad estén interesados en el tema, esperando que el mismo sirva como base para investigaciones futuras.



CAPITULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1 Depresión

A. Definición

La OMS define a la depresión como “trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (24). La depresión es dos veces más común en las mujeres que en los hombres, y en ambos sexos existe un pico de prevalencia entre la segunda y tercera décadas de la vida, y posteriormente, un pico de menor prevalencia entre la quinta y sexta décadas (25). En su forma más grave, puede conducir al suicidio y se estima que es responsable de 800 mil suicidios anualmente (26).

La depresión provoca un nivel de angustia que afecta notablemente el estilo de vida de quien la padece, incapacitándolo de realizar las tareas cotidianas, incluso las más simples. Perjudica las relaciones personales y el rendimiento en el mundo laboral, provocando un impacto económico y social (26). Es una enfermedad inherentemente impredecible, ya que su inicio puede ser gradual o abrupto, puede presentarse de manera episódica, siendo la duración y la cantidad de sus episodios a lo largo de la vida muy variables (25).

La principal característica de un episodio depresivo, es que su duración debe ser de al menos 2 semanas, después del cual puede llegar a hacerse crónico o recurrente. Si el episodio depresivo es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando es moderado o grave se tratan con fármacos y psicoterapia profesional (22).

B. Fisiopatología

La depresión es un trastorno sistémico y multifactorial, su desarrollo depende la interacción de varios factores, entre ellos factores genéticos, biológico – químicos y psicosociales. El tercio del riesgo de desarrollar depresión es heredado y los dos tercios ambiental (27).

- Factores genéticos

Según estudios realizados existe un riesgo de depresión en parientes de primer grado, afectando más a mujeres que a hombres. Hasta el momento se han reportado casi 200 genes involucrados con el trastorno depresivo mayor. Pero la expresión de la depresión no involucra únicamente un gen, se produce debido a una influencia poligénica con interacciones tanto de variantes genéticas como de exposición ambiental (28).



- Factores biológico - químicos

Existen varias hipótesis relacionadas con la etiología del trastorno depresivo, pero de ellas destaca la hipótesis de las monoaminas, la cual plantea que la depresión es causada por un déficit funcional de los neurotransmisores como la noradrenalina y serotonina en las regiones límbicas del cerebro (28). La serotonina es un neurotransmisor sintetizado a partir del L-triptófano, obtenido de la dieta, influye en varias funciones cerebrales incluidos el sueño, la actividad motora, percepción sensorial, el comportamiento sexual, el apetito, la nocicepción, la regulación de la temperatura y la secreción de las hormonas. Por otro lado, la noradrenalina también es un neurotransmisor, sintetizado a partir del aminoácido L-tirosina, se relaciona con la motivación, el estado alerta – vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de los impulsos sensitivos, la regulación del sueño, el apetito, la conducta sexual, la neuro-modulación de los mecanismos de recompensa, el aprendizaje y la memoria. Todas estas funciones reguladas tanto por la serotonina como la noradrenalina con frecuencia se alteran en pacientes deprimidos, por lo que se concluye que la disminución de los niveles de serotonina y noradrenalina en el cerebro induce síntomas depresivos. En la actualidad un gran número de fármacos antidepresivos inhiben los transportadores específicos que recapturan la serotonina y noradrenalina en la membrana presináptica, prolongando su permanencia en la hendidura sináptica, alargando su efecto y disminuyendo los síntomas depresivos, también los fármacos inhibidores de la enzima monoaminoxidas (IMAO) que degrada e inactiva a estos dos neurotransmisores ayudan a reforzar la hipótesis que la depresión es producto de una deficiencia de la transmisión de serotonina y noradrenalina (29).

Otra hipótesis sobre la etiología de la depresión es la del estrés crónico, que sugiere: “la exposición a eventos estresantes puede tener impacto en el cerebro, alterando su estructura y función, afectando el sistema nervioso central, el sistema inmune y el eje hipotálamo-pituitario-adrenal”. Todo esto desencadena trastornos psiquiátricos como el estrés postraumático y la depresión mayor. La hipótesis neurotrófica sugiere que la reducción de neurotróficas, que son proteínas que influyen en los procesos de neurogénesis y plasticidad neuronal afectan las funciones límbicas y cognitivas. También, existe una hipótesis pro - inflamatoria que respalda que las citocinas proinflamatorias producen alteraciones en la neuroplasticidad, causando atrofia y muerte neuronal, favoreciendo la manifestación de síntomas depresivos, esto se ve más en pacientes con enfermedades crónicas como cáncer, VIH-SIDA, hepatitis B o C (28).

- Factores psicosociales

Los determinantes psicosociales juegan un papel importante en la prevalencia de la depresión. Ciertos tipos de personalidad como la obsesiva compulsiva, dependiente



o histórica presentan mayor riesgo de depresión (22). También, personas que se encuentran sometidos a mayor estrés social por ejemplo desempleo, altos niveles de exigencia en el trabajo, exclusión del mercado laboral, malas condiciones de vivienda son más propensos a padecer depresión (26).

Se puede concluir, que los episodios depresivos no se producen únicamente por la manifestación de un factor sino que surgen de la interacción de factores genéticos, biológicos y sociales, en diferentes grados de intensidad y que van incrementando su capacidad patogénica (22).

C. Manifestaciones clínicas

En los episodios depresivos típicos, tanto leves, moderados o graves, el paciente sufre decaimiento del ánimo, reducción de energía y disminución de su actividad (30). Según el CIE – 10 los criterios de un episodio depresivo son:

- a. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- b. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- c. Síndrome somático: se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:
 - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
 - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo.
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
 - Pérdida marcada del apetito.
 - Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes.
 - Notable disminución del interés sexual (30).

2.1.2 Ansiedad

A. Definición

Según la Sociedad Americana de Psiquiatría la ansiedad es una reacción normal que se considera de gran ayuda en situaciones de estrés pues nos ayuda a estar alerta ante la presencia de un peligro. Por otro lado, los trastornos de ansiedad implican miedo o ansiedad excesivos en una persona, que interfieren con la capacidad funcional para llevar a cabo su vida (31).



B. Fisiopatología

Se desconoce con exactitud los mecanismos que condicionan la existencia de este trastorno, pero se ha postulado que influyen factores genéticos, ambientales, psicológicos o que llevan a una desregulación en el sistema nervioso central. Entre los factores ambientales el estrés juega un rol importante. En cuanto a los neurotransmisores se cree que la disminución en la actividad del sistema serotoninérgico y una sobreactivación del noradrenérgico están involucrados, pues son indispensables en circuitos neuronales en áreas como el locus cerúleos y estructuras límbicas que explicarían la afectación emocional. Se ha considerado una disminución de la actividad del sistema del ácido gamma-aminobutírico (GABA) debido a la respuesta que se observa en algunos casos a las benzodiacepinas. Así también una alteración en la regulación de los corticosteroides puede alterar algunas vías nerviosas del procesamiento cerebral relacionado con el miedo (17,31).

C. Manifestaciones clínicas

Según la guía de diagnóstico DSM-5, los trastornos de ansiedad envuelven un grupo de trastornos con características que los distinguen y ayudan para su diagnóstico. Sin embargo, en general existen ciertos síntomas y signos que nos pueden orientar. Entre los síntomas cognitivos tenemos: sentimientos de muerte inminente, baja concentración, insomnio, preocupación excesiva, pensamientos o actividades repetitivas, entre otros. Entre los síntomas somáticos: tensión, temblor, sensación de colapso, hiperventilación, cefalea, sudoración, palpitaciones, entre otros (32).

2.1.3 Estrés laboral

A. Definición

El estrés ha sido catalogado como la epidemia del siglo XXI según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Además, se le considera la segunda causa de problemas de salud relacionados con el trabajo (33).

Al estrés se lo puede definir como la respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante que provoca cambios biológicos y psicológicos en dicho organismo para adaptarse al cambio (33). En otras palabras, es una respuesta fisiológica del ser humano, que prepara al organismo para enfrentar nuevas situaciones. Sin embargo, cuando la situación supera la capacidad de control de la persona se producen consecuencias negativas dando lugar a problemas de salud a mediano y largo plazo (33).

Por otra parte, el estrés laboral es el resultado de la aparición de factores psicosociales de riesgo que tiene alta probabilidad de afectar de forma importante a la salud de los trabajadores y al funcionamiento empresarial a mediano o largo plazo



(34). Pero se debe tener en cuenta que no todas las personas reaccionan ante el estrés laboral del mismo modo, ni tampoco un factor que genere estrés en un trabajador tiene que generarlo en otro.

B. Fisiopatología

Fisiológicamente el estrés cursa por tres fases: una fase de alarma, una fase de resistencia y una fase de agotamiento. La primera fase del estrés laboral hace referencia a la reacción del organismo frente a un factor estresante, se produce liberación de adrenalina y otras hormonas que provocan síntomas como taquicardia, taquipnea, mayor presión arterial y ansiedad. Luego si la agresión externa se prolonga, el organismo pasa a la segunda etapa, la fase de resistencia, en la que el cuerpo y los síntomas se estabilizan para evitar agotamiento, la duración es variable y depende de la resistencia al estrés que tenga la persona. En la última fase del estrés, se produce un agotamiento de los recursos fisiológicos, existe agotamiento físico y mental debido a que ya no puede resistir las agresiones del entorno, si se produce de modo repetitivo y prolongado puede causar consecuencias en la salud. El trabajador rinde por debajo de sus capacidades tanto física como mentales y puede volverse fácilmente irritable o perder toda motivación (33).

C. Manifestaciones clínicas

A corto plazo se puede manifestar cefalea, mialgias, calambres en el cuello, hombros y brazos, cansancio marcado, problemas de concentración, irritabilidad, llanto frecuente, incremento en el consumo de alcohol, cambios de apetito, dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de ansiedad, apatía y desesperación, entre otros. Si el agente estresor se mantiene en el tiempo, los mecanismos adaptativos también permanecerán, generando un cuadro clínico progresivo que afectará a nivel físico y psicológico (33).

Consecuencias físicas

- Trastornos neuroendocrinos: en el ritmo del cortisol, aumento de catecolaminas, alteraciones en el metabolismo de la glucosa.
- Trastornos cardiovasculares: aumento de la presión arterial, incremento de la arteriosclerosis, aumento del riesgo cardiovascular, favorece la arritmogénesis, alteración de la coagulación
- Trastornos musculoesqueléticos: aumento del tono muscular, favorece el mantenimiento del dolor crónico en región cervical y lumbar.
- Alteraciones dermatológicas: interviene en la génesis y exacerbación de psoriasis, alopecia, eccemas y dermatitis seborreica.



- Otros trastornos: alteraciones de la ventilación, cefalea tensional y migraña (33).

Consecuencias psicológicas

- Emocionales: humor disfórico, tristeza, disminución de la capacidad de relación, incremento de la irritabilidad, astenia, fatiga, ansiedad inespecífica, trastornos del sueño, trastornos adaptativos con ansiedad y depresión
- Cognitivas: pérdida de concentración, dificultad de memoria, déficit de atención, sensación de temor infundado y temor a la pérdida de control de la situación
- Comportamentales: aumento en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, alteraciones en la alimentación, trastornos de la conducta alimentaria (33).

2.1.4 Escala DASS 21

La escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS) fue construida con el objetivo inicial de crear una medida de depresión y ansiedad para poder discriminarlos correctamente, pero durante su desarrollo los estudios arrojaron un tercer estado emocional, el estrés. La escala DASS original fueron creadas en Australia en 1995 y estaba conformada por 42 ítems, 14 ítems para cada escala. Luego en 1998 fue reducida para formar una versión breve de 21 ítems (35). La escala DASS 21 ha sido validada en varios países como Chile, Vietnam, Brasil, México y España (22).

La escala evalúa la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. La subescala de depresión incluye ítems que consideran disforia, falta de sentido, autodepreciación, falta de interés, anhedonia e inercia. La subescala de ansiedad valora síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación automática, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. Y la subescala de estrés evalúa dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia (36).

Es importante mencionar que la escala DASS 21 como instrumento no permite la clasificación de pacientes en categorías diagnósticas discretas, pero sí sirve como una herramienta de tamizaje para estas patologías (22).



CAPITULO III

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés mediante la escala DASS – 21 en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – 2020.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los médicos posgradistas.
- Determinar la frecuencia de depresión en los médicos posgradistas.
- Establecer la frecuencia de ansiedad en los médicos posgradistas.
- Definir la frecuencia de estrés en los médicos posgradistas.



CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo de tipo transversal.

4.2 Área de estudio

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Vicente Corral Moscoso ubicado en la Av. Los Arupos y Av. 12 de Abril; en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

4.3 Universo y muestra

4.3.1 Definición de la población a investigar

El universo fue conformado por los médicos posgradistas que se encontraban laborando en el mes de octubre del 2020 en el Hospital Vicente Corral Moscoso. El total de médicos posgradistas registrados en el Hospital Vicente Corral Moscoso durante este período de tiempo fue de 109.

4.3.2 Determinación del tamaño de la muestra

Médicos posgradistas que cumplieron con todos los parámetros de la investigación y decidieron voluntariamente completar el cuestionario durante el mes de octubre del 2020. Se recibieron un total de 90 encuestas completas de las cuales 61 cumplieron con todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión. . Considerando que el objetivo de nuestro estudio está orientado a conocer la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en médicos durante un período en concreto, en este caso su posgrado, se decidió excluir a aquellos con diagnóstico y/o tratamiento de estas patologías en los últimos seis meses caso contrario la presencia de los síntomas podría atribuirse a otro factor. Por lo tanto 29 encuestas no se incluyeron debido a que los participantes indicaron la presencia de un trastorno mental previo diagnosticado y/o el consumo de medicación para el mismo.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Médicos posgradistas de cualquier especialidad que se encuentren laborando al menos seis meses en el Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Que aceptaron y firmaron el consentimiento informado de manera voluntaria para participar en esta investigación.
- Que en los últimos seis meses de posgrado no hayan sido diagnosticados de algún trastorno mental.



4.4.2 Criterios de exclusión

- Recibir tratamiento para patologías psiquiátricas previamente diagnosticadas.
- Personas que aceptaron el consentimiento informado, pero luego no desearon completar la encuesta.

4.5 Variables de estudio

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Especialidad
5. Año de posgrado
6. Antecedentes personales de enfermedades previas
7. Depresión
8. Ansiedad
9. Estrés

4.6 Operacionalización de las variables (Anexo #1)

4.7 Método, técnicas e instrumentos

4.7.1 Método

Observación.

4.7.2 Técnica

Aplicación de encuestas.

4.7.3 Instrumento

Para recolectar los datos se creó un cuestionario en línea mediante Google Forms (<https://docs.google.com/forms/u/0/>) el mismo que se difundió mediante plataformas virtuales (redes sociales, correos) a los participantes potenciales. Se colocó el consentimiento informado en un inicio para que los que voluntariamente decidieran participar pudieran acceder a completar el cuestionario. El cuestionario consta de dos partes: en un inicio la recolección de datos sociodemográficos y posteriormente el instrumento a utilizar que corresponde a la escala de depresión, ansiedad y estrés: DASS – 21. (Ver Anexo #3). Se consideró dentro de la investigación el total de cuestionarios completados durante el mes de octubre del 2020.

Para este estudio se consideró la versión traducida y validada en español. La escala DASS-21 comprende tres subescalas de: depresión, ansiedad y estrés que forman parte de un solo cuestionario, con 7 ítems por escala, dando un total de 21 ítems. Al evaluado se le presenta la escala con una serie de situaciones de malestar emocional y se le pide señalar la frecuencia con que experimentó cada una de ellas



durante la última semana, se califica en una escala de respuesta tipo Likert de 0 (nunca) a 3 puntos (casi siempre) (37). El resultado de cada subescala se suma y se multiplica por dos para el análisis. Dentro de la subescala de depresión tenemos: normal (0–9), leve (10–13), moderado (14–20), severa (21–27) y extremadamente severo (28–42). Dentro de la subescala de ansiedad tenemos: normal (0–7), leve (8–9), moderada (10–14), severa (15–19) y extremadamente severa (20–42). En cuanto a la subescala de estrés tenemos: normal (0-14), estrés leve (15-18), moderado (19-25), severo (26-33) y extremadamente severo (34-42) (37).

4.8 Plan de tabulación y análisis

Después de la obtención de información, se creó una base de datos en Microsoft Excel 2016 y se procedió a su análisis estadístico. Las variables sociodemográficas y de estrés, ansiedad y depresión se presentan en forma de tablas de frecuencias y porcentajes para evidenciar la presencia de estas patologías en forma general.

4.9 Consideraciones bioéticas

La investigación se desarrolló acorde a los reglamentos y principios que rigen las normas de los derechos humanos, respetando los aspectos bioéticos. Los profesionales de salud estuvieron en el derecho de decidir participar o no en el estudio.

Confidencialidad: en todo momento se garantizó la confidencialidad de la información obtenida a través de los formularios. Los datos que se obtuvieron de este estudio son de tipo anónimo y de acceso solo para el investigador; no se usó para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Los nombres de las personas no serán expuestos de ninguna manera. Para mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes se asignó un código numérico a cada formulario, de manera que para otras personas no será posible relacionar los datos obtenidos de los formularios con la identidad de los participantes. Los datos obtenidos fueron de uso exclusivo para el presente trabajo, una vez obtenida la calificación de titulación las filiaciones serán eliminadas y destruidas.

Balance riesgo-beneficio: el tipo de preguntas del cuestionario profundiza en la salud mental del individuo, por lo que enfatizamos que, en caso de incomodidad durante el llenado, el participante podía retirarse del cuestionario en cualquier momento sin ninguna implicación o problema. Además, se brindó información, para que los participantes que presenten niveles de estrés, ansiedad y/o depresión o los participantes que crean necesaria una evaluación de su salud mental, conozcan la posibilidad de agendar citas con profesionales capacitados en salud mental, enfatizando que el MSP cuenta con una línea telefónica habilitada (171 opción 6) para prestar atención temprana y oportuna a aquellas personas que presenten



problemas de su salud mental. Es posible que este estudio no traiga beneficios directos al participante. Sin embargo, al final de esta investigación, la información generada, puede ayudar a crear medidas que mejoren la salud psicológica del personal médico durante crisis sanitarias.

Proceso de obtención del consentimiento informado: debido a la modalidad virtual del formulario, se colocó el consentimiento informado (anexo 2) en un inicio para que los participantes que decidieron voluntariamente completar el cuestionario pudieran acceder al mismo después de leer toda la información detallada. Para los que decidieron participar posterior a aceptar los términos del consentimiento informado se les habilitó la encuesta. No existió un tiempo mínimo o máximo para completar las preguntas.

Declaración de conflicto de intereses: las autoras declaran que no existió ningún conflicto de intereses durante el estudio.



CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

Tras la aprobación del protocolo se procedió a la recolección de la información, se enviaron 109 encuestas empleando Google Forms a los médicos posgradistas que se encontraban rotando en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el mes de octubre del 2020. Se recibieron un total de 90 encuestas completas, de las cuales tras ser evaluadas 61 cumplieron con todos los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, mientras que 29 fueron descartadas debido a que indicaban la presencia de trastornos mentales previamente diagnosticados en los últimos 6 meses o consumo de medicación para los mismos.

La información se almacenó en la plantilla digital elaborada en Microsoft Excel 2016, así como la elaboración de gráficos y tablas. Los resultados de las variables continuas fueron representados en media \pm desviación estándar (media \pm DE), y aquellas variables categóricas como números y porcentajes.

A continuación, presentamos los resultados obtenidos.

5.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

5.2.1 Caracterización demográfica

Tabla 1. Distribución de 61 médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, según características demográficas. Cuenca - 2020.

Característica		Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		30 \pm 2	
Sexo	Hombre	26	43%
	Mujer	35	57%
Estado civil	Soltero	40	66%
	Casado	14	23%
	Divorciado	3	5%
	Unión libre	4	7%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga



En la tabla 1 se expresa las características demográficas de la población, se evidenció que la media de edad de los médicos posgradistas que participaron en este estudio fue de 30 ± 2 años, la edad mínima fue de 27 años y la máxima de 34 años. La población se conformó por 35 mujeres que representan el 57% y 43% fueron hombres. Con respecto a la variable de estado civil encontramos que el 66% de los médicos posgradistas eran solteros al momento que realizamos la encuesta; mientras que el 23%, 5% y 7% se encontraban casados, divorciados y en unión libre respectivamente.

5.2.2 Caracterización según variables académicas

Tabla 2. Distribución de 61 médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, según variables académicas. Cuenca - 2020.

	Característica	Frecuencia	Porcentaje
Especialidad	Medicina interna	6	10%
	Cirugía	10	16%
	Ginecología y obstetricia	5	8%
	Pediatría	7	11%
	Anestesiología	25	41%
	Medicina familiar y comunitaria	5	8%
	Imagenología	2	5%
Año de posgrado	Primero	10	16%
	Segundo	20	33%
	Tercero	31	51%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

En la tabla 2 podemos observar la distribución de la población en estudio según características académicas, la mayoría de los médicos posgradistas se encontraban cursando la especialidad de Anestesiología con el 41%, seguido por Cirugía 16%, Pediatría 11%, Medicina interna 10%, Ginecología y Obstetricia 8% al igual que Medicina Familiar y Comunitaria; por último, sólo el 5% de la población en estudio corresponde a médicos de posgrado en Imagenología.

Más de la mitad de la población en estudio, el 51% se encontraban cursando el último año de posgrado, mientras que el 33% y 16% se encontraban en el segundo y primer año de posgrado respectivamente.



5.2.3 Caracterización según antecedentes de enfermedades crónicas

Tabla 3. Distribución de 61 médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, según antecedentes de enfermedades crónicas. Cuenca - 2020.

	Característica	Frecuencia	Porcentaje
Antecedente de enfermedades crónicas	SI	3	4,9%
	NO	58	95,1%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

Del total de la población en estudio, sólo el 4,9% refirieron antecedentes de enfermedades crónicas, 2 médicos posgradistas del grupo de estudio padecen alguna enfermedad cardiovascular mientras que sólo uno padece una enfermedad respiratoria.

5.3 EVALUACIÓN DE LA ESCALA DASS – 21

La escala DASS – 21 evalúa la presencia e intensidad de los estados afectivos: depresión, ansiedad y estrés mediante 21 ítems, 7 correspondientes a cada escala. En la siguiente tabla se observa la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en los 61 médicos posgradistas en estudio.

5.3.1 Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés

Tabla 4. Frecuencia de depresión, ansiedad y estrés según la escala DASS - 21 en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca - 2020.

Prevalencia	DEPRESIÓN		ANSIEDAD		ESTRÉS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
SI	31	50.8%	42	68,8%	29	47,5%
NO	30	49.2%	19	31,1%	32	52,5%
Total	61	100%	61	100%	61	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga



En la tabla 4 se encontró que el 50,8% correspondiente a 31 médicos posgradistas presentaron algún nivel de depresión, mientras que el 49,2% no contaron con el puntaje para entrar a este diagnóstico. Al evaluar la presencia de ansiedad se encontró que el 68,8% presentó algún nivel de ansiedad, por el contrario, el 31,1% no la presentó. En relación al estrés se evidenció que el 47,5% de los médicos presentaron algún nivel de estrés.

5.3.2 Nivel de depresión, ansiedad y estrés

Tabla 5. Niveles de depresión, ansiedad y estrés según la escala DASS - 21 en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.

NIVEL	DEPRESIÓN		ANSIEDAD		ESTRÉS	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Leve	9	29%	7	16,7%	9	31%
Moderado	15	48,4%	20	47,6%	8	27,6%
Severo	5	16,1%	5	11,9%	8	27,6%
Extremadamente severo	2	6,5%	10	23,8%	4	13,8%
TOTAL	31	100%	42	100%	29	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

Tras la valoración de los puntajes obtenidos en la escala DASS – 21 se dividió por niveles de intensidad a los médicos posgradistas con depresión, ansiedad y estrés. En la tabla 5 podemos observar esta división. De los 31 médicos con depresión el nivel que presentó mayor número de casos fue el moderado con un 48,4% (15) seguido del leve 29% (9) mientras que el 16,1% (5) manifestó síntomas de depresión severa y sólo el 6,5% de extremadamente severa 6,5% (2).

Con relación a los niveles de ansiedad, encontramos que al igual que los de depresión el mayor número de casos se presentó en el nivel moderado con 47,6% correspondiendo a 20 casos. Además, llamó la atención el encontrar que el porcentaje que le sigue corresponde al nivel extremadamente severa con un 23,8% (10) mientras que los niveles leve y severo alcanzaron 16,7% (7) y 11,9% (5) respectivamente.



De los 61 médicos posgradistas que participaron en el estudio, 29 presentaron algún nivel de estrés. De estos el 31,9% (9) manifestó un nivel de estrés leve, el 27,6% (8) un nivel moderado y en igual proporción severo, sólo el 13,8% (4) presentó un nivel extremadamente severo.

5.4 ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Se analizó la existencia de asociaciones entre las diferentes variables. Se debe considerar que para valorar la presencia o ausencia de depresión, ansiedad y estrés se trabajó con los 61 médicos posgradistas que completaron la encuesta de manera correcta y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión; pero para medir los niveles de éstos se trabajó únicamente con aquellos profesionales que presentaban la patología. Para depresión se trabajó con una muestra de 31 médicos posgradistas, para ansiedad la muestra fue de 42 y para estrés fue de 29 participantes.

5.4.1 Niveles de depresión, ansiedad y estrés en función de características demográficas.

Tabla 6. Niveles de depresión según el sexo, edad y estado civil de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca – 2020.

	DEPRESIÓN								
	Leve		Moderado		Severo		Extremadamente severo		TOTAL
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
Sexo									
Hombre	2	18,2	5	45,4	2	18,2	2	18,2	11
Mujer	7	35	10	50	3	15	0	0	20
Grupo etario									
24-29 años	2	15,4	8	61,5	2	15,4	1	7,6	13
30-34 años	7	38,9	7	38,9	3	16,7	1	5,5	18
Estado civil									
Soltero	4	21,1	10	52,6	3	15,8	2	10,5	19
Casado	3	50	1	16,7	2	33,3	0	0	6
Divorciado	2	100	0	0	0	0	0	0	2
Unión libre	0	0	4	100	0	0	0	0	4

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga



Al analizar la tabla 6 observamos que del total de individuos con depresión (31), el 35,5% correspondían a hombres y el 64,5% eran mujeres. En ambos sexos se observó que el grado más frecuente de depresión fue el moderado con 45,4% para los hombres y 50% para las mujeres. A pesar de tener un menor número de hombres existió mayor depresión extremadamente severa en este sexo con 2 casos, representando el 18,2% en relación con las mujeres que no presentaron ningún caso. No se obtuvo un valor estadísticamente significativo que nos demuestre asociación entre las variables.

En relación a la edad se obtuvo que el grupo etario de 24 – 29 años representó 41,9% de todos los casos diagnosticados de depresión, mientras que el grupo 30 – 34 correspondió al 58,1%. El nivel de depresión moderado presenta el mayor porcentaje (61,5%) de casos en el grupo entre 24 – 29 años. En tanto que, en el grupo de 30 – 34 años tanto el nivel leve como moderado presentan el mismo porcentaje (38,9%).

Se observó que el estado civil que presentó mayor frecuencia de depresión fue el grupo de solteros con un 61,3% (19) seguido de los casados 19,4% (6), los de unión libre 12,9% (4) y al final los divorciados con sólo el 6,5% (2). De los 19 solteros el 52,6% presentó depresión moderada. Dentro del grupo de casados el 50% presentó depresión leve. El grupo de divorciados se conformó solo de 2 participantes los cuales presentaron depresión leve mientras que los 4 médicos que conformaron el grupo de unión libre presentaron depresión moderada. Cabe recalcar que solo se evidenció depresión extremadamente severa en los solteros.



Tabla 7. Niveles de ansiedad según el sexo, edad y estado civil de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.

	ANSIEDAD									
	Leve		Moderado		Severo		Extremadamente severo		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
Sexo										
Hombre	3	17,6	7	41,2	3	17,6	4	23,5	17	
Mujer	4	16	13	52	2	8	6	24	25	
Grupo etario										
24-29 años	4	23,5	4	23,5	4	23,5	5	29,4	17	
30-34 años	3	12	16	64	1	4	5	20	25	
Estado civil										
Soltero	4	15,4	11	42,3	4	15,4	7	26,9	26	
Casado	2	20	5	50	0	0	3	30	10	
Divorciado	0	0	2	100	0	0	0	0	2	
Unión libre	1	25	2	50	1	25	0	0	4	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

En la tabla 7 se observa que de los 42 médicos posgradistas con ansiedad, el 40,5% (17) son hombres y el 59,5% (25) mujeres. En ambos sexos el nivel moderado de ansiedad fue el de mayor frecuencia, siendo mayor en las mujeres con un 52% (13) en contraste con los hombres con un 41,2% (7). A este porcentaje les sigue el nivel extremadamente severo, siendo casi equivalentes en las mujeres con un 24% (6) frente a un 23,5% (4) en los hombres. En el nivel leve se observó porcentajes similares tanto en hombres con un 17,6% (3) y mujeres con 16% (4). El grado severo se presentó en ambos sexos, siendo mayor en los hombres con un 17,6%.

En cuanto a la edad, en el grupo de 24 – 29 años el nivel de ansiedad con mayor frecuencia de casos fue el extremadamente severo con 5 que corresponden al 29,4%, en tanto que el grupo de 30 – 34 años de edad presentaron mayor frecuencia del nivel moderado de ansiedad con 16 casos que corresponden al 64%.

Al analizar el nivel de ansiedad en relación con el estado civil, el grupo que presentó mayor grado de ansiedad fue el de los solteros con un 61,9% (26), seguido de los casados 23,8% (10), unión libre 9,5% (4) y los divorciados 4,8% (2). Tanto en el



grupo de solteros, casados, divorciados y unión libre se encontró un mayor porcentaje de casos en el nivel moderado de ansiedad.

Tabla 8. Niveles de estrés según el sexo, edad y estado civil de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.

	ESTRÉS									
	Leve		Moderado		Severo		Extremadament e severo		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
Sexo										
Hombre	2	18,2	6	54,5	3	27,3	0	0		11
Mujer	7	38,9	2	11,1	5	27,8	4	22,2		18
Grupo etario										
24-29 años	2	15,4	5	38,5	4	30,7	2	15,4		13
30-34 años	7	43,7	3	18,8	4	25	2	12,5		16
Estado civil										
Soltero	4	23,5	4	23,5	6	35,3	3	17,7		17
Casado	4	50	2	25	1	12,5	1	12,5		8
Divorciado	0	0	1	100	0	0	0	0		1
Unión libre	0	0	2	66,7	1	33,3	0	0		3

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

En la tabla 8 se describen los resultados obtenidos en relación al estrés, observamos que el 37,9% (11) de los casos diagnosticados de estrés fueron hombres y el 62,1% (18) mujeres. Se observó que en los hombres el nivel más frecuente fue el moderado con un 54,5% (6) seguido del severo 27,3% (3) y leve 18,2% (2), no se presentaron casos extremadamente severos. En las mujeres predominó el nivel leve con un 38,9% (7) seguido del nivel severo 27,8% (5) y extremadamente severo 22,2% (4), al contrario que los hombres el nivel moderado fue el menos frecuente con un 11,1% (2).

Observamos que el grupo etario 30 – 34 años predominó levemente sobre el grupo 24 – 29 años con un 55,2% en contraste a un 44,8%. En el grupo de 24 – 29 años el nivel de estrés con mayor frecuencia de casos fue el moderado con 5 que corresponden al 38,5%, en tanto que en el grupo de 30 – 34 años de edad presentó con mayor frecuencia un nivel leve de estrés con 7 casos que corresponden al 43,7%.



Al analizar el estado civil en relación con el nivel de estrés, de los 29 médicos con este diagnóstico, se evidenció que el grupo con mayor estrés fue el de los solteros con un 58,6%, seguido por los casados 27,6%, los de unión libre 10,3% y por último los divorciados con un 3,4%. Dentro del grupo de solteros, conformado por 17 médicos, se evidenció que el 35,3% presentaron estrés severo. De los 8 médicos casados el 50% presentó estrés leve. En el grupo de los divorciados encontramos sólo un médico con estrés moderado. Por último, el grupo de unión libre se encuentra conformado por 3 médicos, 66,7% presentan estrés moderado.

5.4.2 Niveles de depresión, ansiedad y estrés en función de variables académicas.

Tabla 9. Niveles de depresión según año de posgrado y especialidad de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.

	DEPRESIÓN									
	Leve		Moderado		Severo		Extremadamente severo		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
Año de posgrado										
Primer año	2	40	2	40	1	20	0	0	5	
Segundo año	1	16,7	4	66,7	0	0	1	16,7	6	
Tercer año	6	30	9	45	4	20	1	5	20	
Especialidad										
Medicina										
Interna	0	0	4	80	1	20	0	0	5	
Cirugía	0	0	4	100	0	0	0	0	4	
Ginecología	0	0	0	0	1	100	0	0	1	
Pediatría	3	60	1	20	1	20	0	0	5	
Anestesiología	5	38,5	5	38,5	2	15,4	1	7,7	13	
Medicina										
Familiar	0	0	0	0	0	0	1	100	1	
Imagenología	1	50	1	50	0	0	0	0	2	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

De los médicos diagnosticados de depresión, el 64,5% se encontraban cursando el tercer año de posgrado mientras que el 19,4% y 16,1% el segundo y primer año respectivamente. Se observó que tanto en el segundo como en el tercer año el mayor



nivel de depresión corresponde al moderado con el 66,7% (4) en el segundo año y el 45% (9) en el tercer año. Por otro lado, ningún médico posgradista del primer año presentó depresión extremadamente severa en comparación con el segundo y tercer año que presentaron un caso cada uno.

Se evaluó el nivel de depresión en relación a las especialidades de los médicos posgradistas, de los 31 médicos diagnosticados de depresión el 41,9% (13) fueron de la especialidad de Anestesiología, seguido de Medicina Interna y Pediatría con un 16,1% (5) cada uno, Cirugía 12,9% (4), Imagenología 6,45% (2) y finalmente Ginecología y Medicina Familiar con un 3,2% (1) cada uno. Tanto en Medicina Interna 80% (4) como en Cirugía 100% (4) el mayor nivel de depresión fue el moderado.

Tabla 10. Niveles de ansiedad según el año de posgrado y especialidad de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020

	ANSIEDAD									
	Leve		Moderado		Severo		Extremadamente severo		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
Año de posgrado										
Primer año	1	14,3	4	57,1	1	14,3	1	14,3	7	
Segundo año	3	25	3	25	3	25	3	25	12	
Tercer año	3	13	13	56,5	1	4,4	6	26,1	23	
Especialidad										
Medicina Interna	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	3	
Cirugía	2	40	3	60	0	0	0	0	5	
Ginecología	1	50	0	0	0	0	1	50	2	
Pediatría	0	0	2	40	1	20	2	40	5	
Anestesiología	4	18,2	11	50	2	9,1	5	22,7	22	
Medicina Familiar	0	0	1	50	1	50	0	0	2	
Imagenología	0	0	3	100	0	0	0	0	3	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

De los 42 médicos posgradistas que presentaron ansiedad, se observó que el 54,8% se encontraban en el tercer año de posgrado, seguido del 28,6% en el segundo año y el 16,7% en el primer año. Se observó que más de la mitad 56,5% (13) de los



médicos posgradistas del tercer año presentaron ansiedad moderada, seguida de extremadamente severa con un 26,1% (6). En el segundo año se observó un porcentaje del 25% (3) para todos los niveles de ansiedad. El nivel de ansiedad que predominó en el primer año fue el moderado con un 57,1% correspondiente a 4 médicos.

Con respecto a la ansiedad en relación a la especialidad médica, se observó el 52,4% (22) pertenecen a la especialidad de Anestesiología, seguidos de Pediatría con un 11,9% (5) al igual que Cirugía, Medicina Interna e Imagenología con 7,1% (3) cada uno y al final Ginecología y Medicina Familiar con el 4,8% (2) cada uno.

Tabla 11. Niveles de estrés según el año de posgrado y especialidad de los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca - 2020.

ESTRÉS										
	Leve		Moderado		Severo		Extremadamente severo		TOTAL	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	
Año de posgrado										
Primer año	2	40	1	20	1	20	1	20	5	
Segundo año	3	42,8	2	28,6	1	14,3	1	14,3	7	
Tercer año	4	23,5	5	29,4	6	35,3	2	11,8	17	
Especialidad										
Medicina Interna	0	0	1	33,3	2	66,7	0	0	3	
Cirugía	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	3	
Ginecología	0	0	0	0	0	0	1	100	1	
Pediatría	1	33,3	1	33,3	0	0	1	33,3	3	
Anestesiología	6	40	3	20	4	26,7	2	13,3	15	
Medicina Familiar	0	0	1	50	1	50	0	0	2	
Imagenología	1	50	0	0	1	50	0	0	2	

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Erika Puga y Janeth Quiroga

En relación al año de posgrado, el mayor porcentaje de estrés con 58,6% de los casos se encontraba en el tercer año, seguido del 24,1% en segundo año y 17,2%



de primer año. En el tercer año el mayor número de casos de estrés se presentaron en el nivel severo con 35,3% (6) y moderado con 29,4% (5). Mientras que en el segundo y primer año el mayor número de casos se encontró en el nivel leve con 42,8% (3) en el segundo año y 40% en el primer año.

La tabla 11 también nos enseña la relación del nivel de estrés y la especialidad de los médicos posgradistas, de los 29 médicos diagnosticados de estrés el 51,7% (15) pertenecen a la especialidad de Anestesiología, el 10,3% (3) se observó tanto a Medicina Interna, Cirugía y Pediatría, mientras que Medicina Familiar e Imagenología representaron el 6,9% (2) cada una y sólo el 3,4% (1) pertenece a Ginecología.



CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Durante la ejecución de esta investigación no encontramos estudios similares que aplicaran la escala DASS-21 en médicos posgradistas a nivel local. Sin embargo, se tomó en cuenta estudios enfocados en esta problemática que nos permitieron correlacionar los resultados. Destacamos que los médicos posgradistas representan un rol importante como personal de salud en nuestro país, cuyas condiciones estresantes de trabajo y estudio, los hacen propensos a presentar alteraciones en su salud mental. De igual manera, consideramos relevante el hecho de que 29 participantes no pudieron ser incluidos en este estudio debido a que presentaban trastornos mentales previamente diagnosticados en los últimos 6 meses y/o consumían medicación para los mismos.

En este estudio se determinó que al menos la mitad de médicos de posgrado que participaron presentan depresión, 31 casos (50,8%); de los cuales la mayoría manifiestan un nivel moderado de la misma (48,4%), Por otro lado, la frecuencia de ansiedad corresponde a 42 casos (68,8%); de los cuales el 47,6% presenta un nivel de ansiedad moderado. Así también, que 29 participantes (47,5%) presentaron algún nivel de estrés, siendo el nivel leve el más comprometido con un 31%.

Según Peñaloza y Marcillo, en 2019 tras un estudio realizado a 73 médicos de posgrado de Emergencias y Desastres de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador determinaron que la frecuencia de depresión fue de 17 casos que equivale al 21.5%, también establecieron ansiedad baja en el 71.2% de los participantes, ansiedad moderada en el 21.5% y ansiedad severa en el 6.3% (38). Podemos destacar que al igual que nuestro estudio, la ansiedad afectó a un número mayor de médicos posgradistas a diferencia de la depresión. Sin embargo, el nivel de ansiedad extremadamente severo reportado en nuestro estudio (23,8%) es superior en gran medida. En tanto que en 2017, la prevalencia de depresión encontrada en los médicos de posgrado de la Universidad Central del Ecuador fue del 23,3%, siendo importante enfatizar que el nivel encontrado en este estudio también es mayor (39).

En 2016, la escala DASS-21 fue aplicada 181 profesionales de salud, entre médicos y enfermeras del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en Quito. Llama la atención que la prevalencia de depresión encontrada es similar a nuestro estudio con el 55.25%. La prevalencia de ansiedad de 36.46% corresponde a un poco más de la mitad, del valor encontrado en esta investigación. En tanto que la prevalencia de estrés es significativamente menor (9.94%) al reportado por nuestro estudio (22).



En un estudio realizado en 163 médicos residentes del Hospital IESS Quito Sur, se determinó que el 99,39% presentaba depresión y el 74% lo manifestaba en un nivel moderado. El 52,76% presentó ansiedad y de ellos el 26% la presentaba en un nivel leve (3). Sin duda la frecuencia de depresión es mayor en comparación a nuestro estudio, no obstante, en ambas investigaciones la mayor cantidad de médicos reflejaron un nivel moderado de depresión. En cuanto a la ansiedad el porcentaje encontrado en nuestro estudio es superior y la mayoría la padece en un nivel moderado a diferencia del nivel leve encontrado en los médicos de Quito. Los estudios realizados a nivel nacional nos permiten apoyar la hipótesis de que los médicos ecuatorianos se ven afectados en gran medida tanto por depresión, ansiedad y/o estrés.

Un estudio similar al nuestro se publicó en Irlanda en 2017, tras la aplicación de la escala DASS-21, los resultados indicaron una frecuencia de depresión en los médicos de posgrado del 25%, del que predomina el nivel moderado. Mientras la frecuencia de ansiedad es del 19% con más casos de ansiedad moderada; su frecuencia de estrés alcanza el 29% y en su mayoría en grado leve (40). Un dato interesante es que los niveles con mayor porcentaje de casos, fueron similares a los obtenidos en nuestro estudio, siendo el nivel moderado en depresión y ansiedad y el nivel leve en estrés. En el estudio irlandés el porcentaje de casos en las categorías severo y extremadamente severo es del 7% en depresión, el 6% en ansiedad y el 10% en estrés. No obstante, en nuestra investigación, los casos en tales categorías alcanzaron porcentajes significativamente superiores con el 22,6% en depresión, el 35,7% en ansiedad y el 41,4% en estrés.

En Brasil un estudio realizado a 606 médicos residentes/becarios, reportó síntomas depresivos en el 19%, ansiedad en el 16% y estrés en el 17,7% de la población encuestada (41). En México, una publicación dirigida a médicos posgradistas con un promedio de edad que oscila entre los 30 años, semejante a la población estudiada, concluyó una prevalencia de ansiedad del 41.1% y de depresión del 45.4% (38). En Bangladesh, la intervención en médicos de posgrado reveló que el 11,5% presentaba un trastorno depresivo, el 11% ansiedad y el 10,5% niveles de estrés. Y al extraer los porcentajes de casos severos y extremadamente severos correspondían al 6% en depresión, 3,5% en ansiedad y 6,5% en estrés (42). Al realizar una comparación con las referencias internacionales antes citadas, podemos concluir que los resultados obtenidos en nuestra investigación son alarmantes, pues superan en magnitud estas cifras. Considerando que incluso los porcentajes en las subescalas como severo y extremadamente severo contribuyen con un porcentaje elevado de casos, por lo que enfatizamos es necesario una intervención adecuada y temprana para enfrentar esta situación.



En nuestro estudio, la depresión, la ansiedad y el estrés se presentaron más en mujeres que en hombres. Las mujeres son más afectadas por depresión con 20 casos (57%) del total mientras que los hombres presentan 11 casos (42%), siendo en ambos el nivel moderado el que cuenta con mayor frecuencia de casos. Resultado también encontrado en un estudio realizado en 2017 a médicos posgradistas en la ciudad de Quito, en donde existió una mayor prevalencia de depresión en las mujeres (25%) respecto a los hombres (21%) (39). Así también, el estudio de Bauer y cols., en 2016 indicó la presencia de ansiedad severa en 5.1% de las mujeres respecto a 1.3% en los hombres, mencionando que las mujeres pueden verse afectadas por estereotipos de género (38).

Existe la idea de que a mayor edad, las personas tienden a enfrentar las situaciones estresantes de mejor manera por lo que podrían presentar un impacto menor en su salud mental. Sin embargo, los resultados muestran una diferencia mínima entre el porcentaje de casos de depresión en ambos grupos etarios, con el 52% y 50% respectivamente. En cuanto al estrés, los porcentajes de afectación respecto al total también presentan una diferencia reducida entre los grupos (52% y 44%). Por otro lado la depresión moderada es más marcada en el grupo etario de menor edad (24-29 años). En tanto que una mayor frecuencia de casos corresponde al nivel moderado de ansiedad en el grupo de mayor edad (30-34 años).

Al igual que el estudio realizado en Quito, el estado civil que presentó mayor frecuencia de depresión fue el grupo de solteros con un 61,3% seguido de los casados (22). En cuanto a la especialidad, Medicina Interna es más susceptible a tener niveles de depresión con un 83% del total en las subcategorías moderado y severo. En cuanto a ansiedad, Anestesiología presenta un porcentaje mayor de afectación que alcanza el 88%. Mientras que el 67% de los médicos de Imagenología padecen estrés. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el número de participantes por especialidad es heterogéneo, en algunos casos reducidos. En 2017, se aplicó la escala DASS-21 en 564 profesionales de salud de dos hospitales públicos de Quito, es importante mencionar que el estudio reportó que el servicio con mayor nivel de depresión fue Medicina Interna. Mientras que Cirugía y Medicina Interna presentan los mayores niveles de ansiedad en cada hospital público de aquel estudio (43).

En nuestro estudio es importante destacar que el mayor porcentaje de casos de depresión en los médicos de primer año de posgrado corresponde a un nivel leve y moderado con 40% cada uno, mientras que en segundo y tercer año el nivel moderado abarca la mayoría de casos con el 66,7% y 45% respectivamente. La depresión afecta al 50% de médicos en primer año, llegando al 64% en el último año de posgrado. El estudio realizado a los médicos de posgrado de la Pontificia



Universidad Católica del Ecuador demuestra un patrón similar, pues el valor de depresión incrementó de un 17.7% a un 19% del primer al último año de posgrado. En tanto que el valor de ansiedad moderada tiende a disminuir de un 8.9% a un 2.5% y la ansiedad severa de un 2.5% a un 0% de primer a último año (38). Mientras que en nuestro estudio la ansiedad moderada se mantuvo, pues en primer año afectó al 40%, y al 42% en el último año de posgrado. Por otro lado, la ansiedad extremadamente severa presentó una tendencia en ascenso respecto a los porcentajes de primer a tercer año.

Una tendencia similar a la de nuestro estudio también se evidenció en un metaanálisis conducido en 2015 que determinó que un 15.8% de los médicos presenta síntomas depresivos en su primer año de residencia, cifra que se incrementa a 20.9% y 43.2% conforme avanzan en sus años de formación (5). Los autores indican que los resultados se pueden extrapolar a médicos becarios, asistenciales u otros, por lo que consideramos la importancia del estudio para relacionar el gran impacto de la depresión en esta población en particular, teniendo en cuenta que los porcentajes de depresión en nuestro grupo de estudio son incluso mayores. Case y Tomas condujeron un estudio en Australia, donde demostraron que a pesar de su madurez, los médicos de posgrado se ven gravemente afectados psicológicamente (44). Argumento que se corroboró en nuestro estudio, pues se observó que una mayor edad o experiencia no protege a los médicos de la angustia psicológica a la que están expuestos.

En nuestro medio el presente estudio podría representar el primero en determinar depresión, ansiedad y estrés en los médicos posgradistas, se utilizó un instrumento validado para determinar estos resultados. Sin embargo, existen ciertas limitaciones como el tamaño de la muestra, por lo que consideramos sería importante realizar un estudio a mayor escala. Los datos presentados a través de las distintas referencias apoyan los hallazgos obtenidos en esta investigación, reflejando que este grupo de médicos en formación definitivamente es vulnerable al deterioro de su salud mental.



CAPITULO VII

7.1 CONCLUSIONES

- Se evidenció que de los tres trastornos psicológicos estudiados en los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el mes de octubre del 2020 el que presentó mayor número de casos fue la ansiedad, seguido de la depresión y estrés.
- Se pudo constatar que más de la mitad de la población en estudio presentaron algún nivel de depresión. El nivel de depresión con mayor porcentaje fue el moderado.
- Observamos que la ansiedad fue el trastorno psicológico más frecuente, afectando al 68,8% de los médicos posgradistas. El nivel de ansiedad con mayor porcentaje fue el moderado 47,6%, pero cabe resaltar que el nivel de ansiedad extremadamente severa también tuvo un porcentaje significativo con el 23,8%.
- El nivel de estrés con mayor porcentaje fue el leve, seguido de muy cerca por el moderado y severo, el nivel extremadamente severo representó el 13,8%.
- Observamos que tanto para hombres como mujeres el nivel más frecuente de depresión y ansiedad fue el moderado. En cambio, el nivel de estrés más frecuente en mujeres fue el leve y en los hombres el moderado.
- En relación a la especialidad, los médicos de anestesiología representaron el mayor porcentaje en nuestro estudio, seguido de cirugía y pediatría.
- Se evidenció que más de la mitad de los médicos posgradistas se encontraban rotando el último año de posgrado. En el tercer año se presentaron mayores niveles de depresión y ansiedad moderada y estrés severo.
- En el estudio participaron un mayor número de solteros, seguido por los casados. En el grupo de los solteros el nivel con mayor porcentaje de depresión y ansiedad fue el moderado, en cambio el nivel de estrés que sobresalió fue el severo.



7.2 RECOMENDACIONES

- Debido a la elevada frecuencia de depresión, ansiedad y estrés obtenida en este estudio creemos necesario que, tanto a nivel universitario como hospitalario, se debería garantizar una atención integral a los médicos. Una detección oportuna de los factores causantes, el diagnóstico oportuno de patologías y una intervención adecuada para los mismos es necesario para enfrentar esta problemática.
- Por la persistencia de casos de depresión, ansiedad y estrés durante los años de estudio, consideramos sería apropiado realizar investigaciones longitudinales respecto a este tema, a fin de realizar un seguimiento y conocer a la realidad en cuanto a salud mental de este grupo poblacional.
- Por los resultados obtenidos en esta investigación, consideramos necesario implementar y/o fortalecer las estrategias de prevención y promoción en salud mental dirigidas a los médicos.
- Consideramos se debería realizar una evaluación periódica de la salud mental en estudiantes de posgrado con el fin de lograr un diagnóstico y manejo oportuno de patologías que deterioran su calidad de vida.
- Recomendamos realizar nuevas investigaciones orientadas a identificar los factores protectores como perjudiciales que provocan un impacto en la salud mental de los médicos posgradistas.



CAPITULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. OMS | Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 23]. Available from: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/
2. OMS. Depresión [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Organización mundial de la Salud. OMS | La organización del trabajo y el estrés [Internet]. 2013 [cited 2020 Jul 23]. Available from: https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/
4. Mihailescu M, Neiterman E. A scoping review of the literature on the current mental health status of physicians and physicians-in-training in North America. BMC Public Health [Internet]. 2019 Oct 24 [cited 2020 Jul 23];19(1). Available from: [/pmc/articles/PMC6814030/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31527944/)
5. Kalmoe MC, Chapman MB, Gold JA, Giedinghagen AM. Physician Suicide: A Call to Action. Mo Med [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 23];116(3):211–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31527944>
6. Anderson Pauline. Los médicos tienen la tasa más alta de suicidio de cualquier profesión [Internet]. Medscape. 2018 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5902715>
7. Gerada Clare. Doctors and mental health. Occup Med (Lond) [Internet]. 2017 Dec 27 [cited 2020 Jul 23];67(9):660–1. Available from: [/pmc/articles/PMC4425843/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31527944/)
8. Rosero M. ¿Posgradistas de carreras de la salud finalmente ganarán un sueldo? | El Comercio [Internet]. El Comercio . 2020 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://www.elcomercio.com/actualidad/opcion-posgradistas-carreras-salud-salario.html>
9. Gerada Clare. Doctors and mental health. Occup Med (Lond). 2017 Dec;67(9):660–1.
10. Cuartas V, Cano 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. Arch Med [Internet]. 2018;14(3:3):3. Available from: www.archivosdemedicina.com
11. Alejandra P, López Z. La depresión bajo un enfoque médico , social y cultural en Cindy Camila Escobar Freire Cindy Camila Escobar Freire Paola Alejandra Zumárraga López. 2018;
12. Alvarado - Socarras JL, Marinque - Hernández EF. Suicidio de médicos . Una. 2019;(29):194–6.



13. Ollachira J. Prevalencia del síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de depresión en médicos e internos de Medicina, del Hospital de apoyo Camana. 2019;7–35. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8381>
14. Castro M. Los médicos posgradistas reclaman beneficios laborales [Internet]. GK. 2020 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://gk.city/2020/06/14/medicos-posgradistas-ecuador/>
15. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19 | Huarcaya-Victoria | Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2020;37(2). Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/5419/3537>
16. Organización Mundial de la Salud. OMS | Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo. WHO [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 23]; Available from: http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
17. Cirugía DDE, Hospital DEL, Gautier SB. PREVALENCIA DE ESTRÉS, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SALVADOR B. GAUTIER FEBRERO-JULIO 2016. 2016;
18. Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How Essential Is to Focus on Physician’s Health and Burnout in Coronavirus (COVID-19) Pandemic? Cureus. 2020 Apr 4;12(4).
19. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Aportaciones Orig Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):20–8.
20. Ministerio de Salud Pública - MSP. Normativa, protocolos y lineamientos en Salud Mental – Ministerio de Salud Pública [Internet]. 2017 [cited 2020 Jul 23]. Available from: <https://www.salud.gob.ec/normativa-protocolos-y-lineamientos-en-salud-mental/>
21. Pasqualucci PL, Damaso LLM, Danila AH, Fatori D, Lotufo Neto F, Koch VHK. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. BMC Med Educ [Internet]. 2019 Jun 11 [cited 2020 Jul 23];19(1). Available from: </pmc/articles/PMC6558838/?report=abstract>
22. Montengro BBF, Yumiseva MSG. APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA VALORAR DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LOS PROFESIONALES DE SALUD DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO EN LOS MESES DE JULIO-AGOSTO DEL 2016”. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.



23. Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jun 3];7(6):e29–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S221503662030153X>
24. OMS. Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [cited 2020 Jun 2]. Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La depresión es un trastorno,cansancio y falta de concentración.>
25. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018;392(10161):2299–312.
26. Morales FC. La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Rev Cuba Salud Publica*. 2017;43(2):136–8.
27. Dávila HA, González GR, Liangxiao M, Xin N. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. *Elsevier España*. 2016;10(1):9–15.
28. Pérez-Padilla, Víctor Manuel Cervantes-Ramírez, Nayeli Alejandra Hijuelos-García, Juan Carlos Pineda-Cortés, Humberto Salgado-Burgos. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 3]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
29. Hernández HC, Coronel PL, Aguilar JC, Rodríguez EC. Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Ment*. 2016;39(1):47–58.
30. Álvarez AM, Álvarez GC, Atienza MG, Basanta MR, Goicoechea CA, González GA, et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Minist Sanidad, Serv Soc e Igual [Internet]. 2018;337. Available from: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf
31. American Psychiatric Association. What Are Anxiety Disorders? [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 7]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>
32. Andrew Baldwin; Nina Hjelde; Charlotte Goumalatsou; Gil Myers. OXFORD HANDBOOK OF CLINICAL SPECIALTIES. Oxford Uni. New York; 2016. 350 p.
33. Iniesta, Azcona, Guillén, Y M, Pastrana. Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo. *Asoc Española Espec en Med del Trab* [Internet]. 2016;(Sans Growing Brands. Barcelona):74. Available from: http://www.cso.go.cr/noticias/Estres_laboral_un_reto_colectivo.pdf%0Ahttp://www.aeemt.com/contenidos/Recursos/Guia_Manejo_Estres/GuiaManejoEstres.pdf
34. Osorio JE, Cárdenas NL. Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas*.



2017;13(1):81.

35. Valencia DP. Las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): ¿miden algo más que un factor general? *Av en Psicol.* 2019;27(2):177–89.
36. Román F, Santibáñez P, Vinet E V. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. Esta investigación fue financiada por el Proyecto DIDUFRO DI11-0003 de la Universidad de La Frontera, Temuco – Chile. Además, contó c. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2016;6(1):2325–36. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
37. Tran TD, Tran T, Fisher J. Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan 12 [cited 2020 Sep 1];13:24. Available from: </pmc/articles/PMC3566910/?report=abstract>
38. Peñaloza; O, Marcillo C. “FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN MÉDICOS POSGRADISTAS DE LA ESPECIALIZACIÓN DE EMERGENCIAS Y DESASTRES DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR EN EL SEGUNDO SEMESTRE DEL 2019” [Internet]. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR; 2020. Available from: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17517/TESIS_SALUD_MENTAL_documento_final..pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Martínez-Campaña R, Morales-Pérez Á, Morales-Pérez D. Prevalencia de depresión en estudiantes de postgrado. *Cienc e Investig Med Estud Latinoam.* 2017;22(2):57–9.
40. Hayes B, Prihodova L, Walsh G, Doyle F, Doherty S. What’s up doc? A national cross-sectional study of psychological wellbeing of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open.* 2017;7(10).
41. Pasqualucci PL, Damaso LLM, Danila AH, Fatori D, Lotufo Neto F, Koch VHK. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019 Jun 11 [cited 2020 Dec 2];19(1):1–5. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12909-019-1621-z>
42. Sadiq MS, Mahjabin Morshed N, Rahman W, Farzana Chowdhury N, Arafat S, Mullick MSI. Depression, Anxiety, Stress among Postgraduate Medical Residents: A Cross Sectional Observation in Bangladesh.
43. Atocha M, Chiriboga J. APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA COMPARAR LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PROFESIONALES DE SALUD DE DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE SEGUNDO NIVEL, DURANTE EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DE 2017. *Pontif Univ Católica del Ecuador Fac Med.* 2017;1:1–31.



44. Casey D, Thomas S, Hocking DR, Kemp-Casey A. Graduate-entry medical students: Older and wiser but not less distressed. *Australas Psychiatry*. 2016;24(1):88–92.



CAPITULO IX

9. ANEXOS

Anexo #1 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	CONCEPTO OPERATIVO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Sexo	Rasgos fenotípicos que determinan la condición orgánica del individuo.	Biológica	Fenotipo	Nominal 1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento expresado en años cumplidos.	Cronológica	Años cumplidos	Numérica 1. 20 – 30 2. 31 – 40 3. 41 – 50 4. Mayor 51
Estado civil	Condición de una persona, dependiendo del estado asentado en el registro civil en función a si tiene o no pareja.	Condición civil	Historia clínica	Nominal 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
Especialidad	Rama de la medicina en la que se está especializando.	Laboral	Historia clínica	Nominal 1. Clínica 2. Cirugía 3. Ginecología 4. Pediatría 5. Anestesiología 6. Otras
Año de postgrado	Periodo en el que se encuentre cursando dentro de su programa de estudios.	Laboral	Historia clínica	Nominal 1. Primer año 2. Segundo año 3. Tercer año
Antecedentes personales de enfermedades previas	Diagnóstico previo de padecer de patologías de carácter crónico.	Biológica	Historia clínica	Nominal 1. Diabetes 2. Enfermedad cardiovascular 3. Cáncer 4. Enfermedad respiratoria crónica 5. Otros 6. Ninguno



Anexo #1 Operacionalización de las Variables

Depresión	Trastorno emocional caracterizado por la pérdida de la felicidad y desgano, que conlleva a un malestar interior y dificultando la interacción con el entorno	Psíquica	Formulario DASS 21, ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21	<ol style="list-style-type: none">1. Normal2. Leve3. Moderado4. Severo5. Extremadamente severo <p>1 = 0-9 puntos 2 = 10-13 puntos 3 = 14-20 puntos 4 = 21-27 puntos 5 = 28 o más puntos</p>
Ansiedad	Trastorno emocional donde la persona experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	Psíquica	Formulario DASS 21, ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20	<ol style="list-style-type: none">1. Normal2. Leve3. Moderado4. Severo5. Extremadamente severo <p>1 = 0-7 puntos 2 = 8-9 puntos 3 = 10-14 puntos 4 = 15-19 puntos 5 = 20 o más puntos</p>
Estrés	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia del rendimiento muy superior al normal	Psíquica	Formulario DASS 21, ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18	<ol style="list-style-type: none">1. Normal2. Leve3. Moderado4. Severo5. Extremadamente severo <p>1 = 0-14 puntos 2 = 15-18 puntos 3 = 19-25 puntos 4 = 26-33 puntos 5 = 34 o más puntos</p>



Anexo #2 Consentimiento Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS MEDIANTE LA ESCALA DASS-21 EN MÉDICOS POSGRADISTAS DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA-2020.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Erika Estefanía Puga Bravo	0105723860	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Janeth Alexandra Quiroga Loja	1450063555	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio de investigación sobre la frecuencia de depresión, ansiedad y estrés en médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – 2020. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Estudios revelan que el personal de salud representa un grupo vulnerable a presentar trastornos mentales como depresión, ansiedad y estrés que podrían repercutir en su vida tanto laboral como personal. La OMS en el año 2012 declaró a la depresión como una emergencia mundial. Por tal motivo, nuestro propósito es conocer la situación local frente a esta problemática. Solicitamos su participación debido a que nuestra investigación se enfoca en los médicos posgradistas que se encuentren laborando en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el mes de octubre del 2020.

Objetivo del estudio

Mediante el presente estudio vamos a medir el impacto psicológico en los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso, para lo que



emplearemos una escala virtual, DASS 21, que evalúa la presencia e intensidad de depresión, ansiedad y estrés.

Descripción de los procedimientos

En un inicio se presentará el consentimiento informado para su respectiva revisión. En caso de que decida participar haga clic en la opción “Acepto participar” para acceder a completar el cuestionario. El cuestionario consta de dos partes: la recolección de datos sociodemográficos y posteriormente preguntas para valorar la frecuencia de estrés, ansiedad y depresión a los que ha estado expuesto en la última semana. Tenga en cuenta que todas sus respuestas permanecerán anónimas. No existe un tiempo mínimo o máximo para completar las preguntas. El estudio incluirá todos los cuestionarios llenados por participantes voluntarios.

Riesgos y beneficios

No existen riesgos físicos para el médico residente ni para los investigadores, pues los cuestionarios son virtuales por lo que no existirá contacto durante la recolección de los datos. Cabe recalcar que el tipo de preguntas del cuestionario profundiza en la salud mental del individuo. Sin embargo, estudios previos no indican un riesgo psicológico potencial. Los datos que se obtendrán de este estudio son de tipo confidencial, anónimo y de acceso solo para el investigador; no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información generada, puede ayudar a crear medidas que mejoren la salud psicológica del personal médico durante crisis sanitarias.

Otras opciones si no participa en el estudio

La decisión de participar o no en el estudio no tendrá repercusiones en el ámbito laboral, además se garantiza la confidencialidad. Su participación es absolutamente voluntaria por lo que retirarse del cuestionario en cualquier momento no implica ningún problema.

Derechos de los participantes



Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a (Erika Estefanía Puga Bravo) al siguiente teléfono 0992850833 o envíe un correo electrónico a (estefaniapb7@gmail.com)

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corrobora con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo *(si aplica)*

Firma del testigo

Fecha



Nombres completos del/a Firma del/a investigador/a Fecha
investigador/a

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Nota: Debido a la modalidad virtual del proceso, el participante no firmará el consentimiento, tampoco se solicitará sus nombres completos para respetar su anonimato. Sin embargo, el formulario virtual nos brinda la opción de que el participante tenga acceso al consentimiento informado y posterior a informarse pueda aceptar o no su participación voluntaria en el estudio.

Anexo #3: Encuesta a médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Estimado profesional de la salud, la presente encuesta se orienta a identificar si existe depresión, ansiedad y estrés en los médicos posgradistas del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2020.

Marque con una (X) la opción seleccionada.

1. Seleccione su sexo.

Hombre () Mujer ()

2. ¿Qué edad tiene (años cumplidos)?

_____ años.

3. Su Estado Civil.

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre ()

4. ¿Qué especialidad está cursando?

Medicina Interna () Cirugía () Ginecología y Obstetricia () Pediatría ()

Anestesiología ()

Otra () _____

5. ¿Qué año de postgrado está cursando?

Primer año ()

Segundo año ()

Tercer año ()

6. ¿Ha sido diagnosticado de algún trastorno mental en los últimos seis meses?



Depresión () Ansiedad () Estrés laboral () Ninguno () Otros ()

7. ¿Toma usted algún tipo de medicamento antidepresivo o ansiolítico?

SI () NO ()

8. ¿Padece de alguna de las siguientes enfermedades crónicas?

Diabetes () Enfermedad cardiovascular () Cáncer () Enfermedad respiratoria crónica () Otros () Ninguno ()

Escala DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted durante la semana pasada. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido.

1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.

2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

	0	1	2	3
1. Me costó mucho relajarme				
2. Me di cuenta que tenía la boca seca				
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4. Se me hizo difícil respirar				
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer las cosas				
6. Reaccioné exageradamente en ciertas circunstancias				
7. Sentí que mis manos temblaban				



8. Sentí que tenía muchos nervios				
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10. Sentí que no tenía nada por que vivir				
11. Noté que me agitaba				
12. Se me hizo difícil terminar las cosas				
13. Me sentí triste y deprimido				
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15. Sentí que estaba al punto de pánico				
16. No me pude entusiasmar por nada				
17. Sentí que valía muy poco como persona				
18. Sentí que estaba muy irritable				
19. Sentí que los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20. Tuve miedo sin razón				
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido				