

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**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**

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

MARÍA FERNANDA ATOCHA ABAD

JUAN JOSÉ CHIRIBOGA HEREDIA

DIRECTORA: M.Sc. Ana María Troya Zuleta

Quito, Septiembre 2017

A mis padres quienes por ellos soy lo que soy

A mi familia por haber estado siempre a mi lado

A mis amigas por lograr sacarme una sonrisa cuando fue necesario

María Fernanda Atocha Abad

A Dios por la bendición de permitirme estar aquí.

A mis padres, gracias por su amor y por formarme bajo principios éticos y morales sólidos.

A mi hermano, compañero de alegrías y tristezas.

A Fausto Pacheco, el hombre más bondadoso, honesto y justo.

A Azucena por su guía.

Juan José Chiriboga Heredia

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme culminar mi carrera

A mi mamá, Cumandá, por su incansable ayuda durante todos estos años

A mi papá, Fernando, por su apoyo a pesar de estar lejos

A mi compañero de aventura, Juan José, por su paciencia a lo largo de este proceso

A nuestra tutora, Ana María, que más que eso, ha sido una amiga y confidente

A mi Hospital General Enrique Garcés por abrirme las puertas para realizar mi Internado Rotativo y cumplir mi proyecto de investigación

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por labrar nuestra profesión

María Fernanda Atocha Abad

A mi madre, Patricia, por su amor incondicional y por su ejemplo diario de lucha y excelencia.

A mi padre, Juan Manuel, por su humildad e integridad.

A Alonso y Marcela, por ser corazón y brazos abiertos para sus nietos.

A mis tías, por estar siempre.

A Mafer, por su amistad y cariño.

A Ana María, por su amistad, profesionalismo y paciencia.

A Sara, por su alegría y compañía.

Juan José Chiriboga Heredia

RESUMEN

Los médicos y enfermeras que no se encuentran con un adecuado estado de salud tienen mayor riesgo de errores en el diagnóstico, plan terapéutico y la aplicación del mismo. Además se ha reportado menor satisfacción por parte de los pacientes. Los profesionales de salud sometidos a niveles elevados y constantes de estrés laboral presentan alteraciones emocionales y mentales, aumentando el ausentismo laboral, bajo rendimiento laboral, retiro prematuro e incluso conductas suicidas. Éstas condiciones puede llegar a causar niveles altos de estrés, lo que es un factor causal y desencadenante de depresión y ansiedad, temas que se revisarán en ésta investigación. El objetivo principal fue identificar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales de salud en el Hospital General Enrique Garcés (HGEG) y Hospital General Pablo Arturo Suárez (HPAS) mediante la escala DASS-21 para comparar los resultados entre ambas instituciones. Se realizó un estudio prospectivo corte transversal analítico en 564 profesionales de salud (médicos y enfermeras) del HGEG y del HPAS, mediante la aplicación de encuestas. Los datos obtenidos fueron codificados y tabulados en el paquete estadístico SPSS v24. Se realizaron análisis descriptivos y de asociación, se trabajó con un nivel de significancia del 95% ($p \leq 0.05$). La muestra se conformó por 277 personas pertenecientes al HGEG y 287 personas del HPAS. Del total de encuestados se obtuvo un 30,67% (173/564) con depresión, 40,96% (231/564) con ansiedad y 34,40% (194/564) con estrés. En cuanto a cada institución, la depresión es ligeramente mayor entre los individuos del HGEG con 96/173 (34,66%) que en el HPAS con 77/173 (26,83%). Respecto a ansiedad, el HGEG tiene una mayor prevalencia con un 45,85% que el HPAS con un 36,24% y con relación a estrés, ambas instituciones tienen una prevalencia similar.

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Estrés, Médicos, Enfermeras y DASS-21.

ABSTRACT

Physicians and nurses who do not find themselves in an adequate state of health have a greater risk of inaccuracies in the diagnosis, therapeutic plan and the application of it. In addition, it has been reported less patient satisfaction. Health professionals subjected to high and constant levels of work stress present emotional and mental changes, increasing work absenteeism, poor work performance, premature withdrawal and even suicidal behavior. These conditions can lead to high levels of stress, which is a causal and triggering factor of depression and anxiety, subjects that will be reviewed in this research. The main purpose was to identify the depression, anxiety and stress levels in health professionals on Enrique Garcés General Hospital (HGEG) and Pablo Arturo Suárez General Hospital (HPAS) through the DASS-21 to compare the results among them. A prospective cross-sectional analytical study was carried out on 564 health professionals (physicians and nurses) of HGEG and HPAS, through the application of surveys. The data obtained will be coded and tabulated in the SPSS v24 statistical package. Descriptive and association analyzes will be performed, with a level of significance of 95% ($p \leq 0.05$). The sample involved 277 individuals belonging to HGEG and 287 individuals belonging to HPAS. Of the total of respondents, 30.67% (173/564) have depression, 40.96% (231/564) have anxiety and 34.40% (194/564) have stress. For each institution, the depression is slightly higher among the HGEG individuals with 96/173 (34.66%) than the HPAS individuals with 77/173 (26.83%). Regarding anxiety, the HGEG has a higher prevalence with 45.85% than the HPAS with 36.24% and in relation to stress, both institutions have a similar prevalence.

Key words: Depression, Anxiety, Stress, Physicians, Nurses and DASS-21.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
CAPÍTULO I.....	1
1. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II.....	5
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. DEPRESIÓN	5
2.1.1. DEFINICIÓN	5
2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA	6
2.1.3. PATOGÉNESIS	7
2.1.3.1. Genética y epigenética.....	8
2.1.3.2. Psiconeuroendocrinoinmunología.....	9
<i>Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal</i>	10
<i>Neurotransmisores</i>	11
<i>Neuroinflamación</i>	11
<i>Neurotrofinas y neuroplasticidad</i>	12
<i>Astrocitos</i>	13
2.1.3.3. Características de personalidad.....	13
2.1.4. CUADRO CLÍNICO.....	14
<i>Comportamiento</i>	14
<i>Emociones</i>	14
<i>Cognitivo</i>	15
<i>Biológicos</i>	16
<i>Psicóticos</i>	16
2.1.5. DIAGNÓSTICO	17
2.1.5.1. Trastorno depresivo mayor. Criterios diagnósticos DSM-5 5 (Association, 2013b). 17	
2.1.5.2. Trastorno depresivo persistente o distimia. Criterios diagnósticos DSM-5 (Association, 2013b).....	19
2.1.5.3. Trastorno disfórico pre menstrual	20
2.1.5.4. Desorden depresivo inducido por sustancias o medicamentos	20
2.1.5.5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica o depresión secundaria	21
2.2. ANSIEDAD.....	22

2.2.1.	DEFINICIÓN	22
2.2.2.	EPIDEMIOLOGÍA	23
2.2.3.	PATOGÉNESIS	23
2.2.4.	CUADRO CLÍNICO	24
2.2.5.	CLASIFICACIÓN	25
2.2.5.1.	Trastorno de ansiedad generalizada	25
2.2.5.2.	Desorden de pánico	25
2.2.5.3.	Fobia social	26
2.2.5.4.	Agorafobia.....	26
2.2.5.5.	Fobia específica	26
2.2.6.	DIAGNÓSTICO	27
2.2.6.1.	Criterios diagnósticos DSM-5 para trastorno de pánico (Association, 2013a).....	27
2.2.6.2.	Criterios diagnósticos DSM-5 para agorafobia (Association, 2013a).	28
2.3.	ESTRÉS	29
2.4.	ESCALA DASS-21	30
CAPÍTULO III.....		34
3.	METODOLOGÍA	34
3.1.	JUSTIFICACIÓN.....	34
3.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
3.2.1.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	35
3.3.	HIPÓTESIS	35
3.3.1.	PRIMARIA:.....	35
3.3.2.	SECUNDARIAS:	35
3.4.	OBJETIVOS	36
3.4.1.	OBJETIVO GENERAL	36
3.4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
3.5.	TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	36
3.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
3.7.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	39
3.7.1.	SELECCIÓN DE INFORMANTES	40
3.8.	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA	41
3.8.1.	LIMITACIONES	41
3.9.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	41
3.10.	ASPECTOS BIOÉTICOS.....	42
CAPÍTULO IV		43

4.	RESULTADOS	43
4.1.	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS GENERALES	43
4.2.	ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS POR HOSPITAL	45
4.3.	ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES	46
CAPITULO V.....		49
5.	DISCUSIÓN.....	49
CAPÍTULO VI		54
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
6.1.	CONCLUSIONES.....	54
6.2.	RECOMENDACIONES	55
7.	BIBLIOGRAFÍA	56
8.	TABLAS	63
9.	FIGURAS.....	85
10.	ANEXOS.....	108

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

5-HT: 5 - hidroxitriptamina o serotonina

ACTH: vasopresina

AMY: amígdala

AVP: arginina vasopresina

BBB: barrera hematoencefálica

BDNF: factor neurotrófico derivado del cerebro

BDNF: factor neutrófico derivado del cerebro

CRH: hormona liberadora de corticotropina

CSF: fluido cerebro espinal

DASS: Escala de depresión, ansiedad y estrés, por sus siglas en inglés (Depression, Anxiety and Stress Scale)

Depresión de inicio temprano: cuadro depresivo que inicia antes de los 21 años de edad.

Dnmt1/3a: ADN metiltransferasa 1 3a:

GABA: ácido γ -aminobutírico

HDAC: histona deacetilasa

HGEG: Hospital General Enrique Garcés

HIPP: hipocampo

HPAS: Hospital Pablo Arturo Suárez

IL-10: interleucina 10

IL-1 β : interleucina beta 1

IL-6: interleucina 6

IL-6: interleucina 6

MDD1 (12q22-q23.2): Locus ubicado en el cromosoma 12 para el Desorden de Depresión Mayor 1 (Major Depression Disorder 1)

MDD2 (15q25.2-q26.2): Locus ubicado en el cromosoma 15 para el Desorden de Depresión Mayor 2 (Major Depression Disorder 2)

Mindfulness: atención plena, conciencia de todas las acciones que un individuo realiza

NAc: núcleo acumbens

NF- κ B: factor nuclear kappa beta

NGF: factor de crecimiento nervioso

ORP: Odds Ratios de Prevalencia, corresponde al cociente entre el *odds* de prevalencia en el grupo expuesto versus no expuesto.

P11: proteína P11

PFC: córtex prefrontal

Rac1: sustrato 1 de toxina botulínica C3 relacionado con RAS

REDD1: regulado en desarrollo y daño a DNA 1

RP: Razón de prevalencia, corresponde al cociente entre la prevalencia del evento de interés en el grupo expuesto versus no expuesto.

SLC6A4 17q11.2: Locus ubicado en el cromosoma 17 que codifica la proteína transportadora de serotonina

TK: Tau de Kendall, medida de asociación estadística para datos ordinales.

TNF α : factor de necrosis tumoral alfa

TNF- α : factor de necrosis tumoral α

TRH: hormona liberadora de tirotropina

TSH: hormona estimuladora de la tiroides

VC: *V de Cramer's*, medida de asociación estadística para datos nominales, basada en el X^2 , independiente al tamaño de la muestra.

VEGF: factor de crecimiento endotelial vascular

VTA: área tegmental ventral

Δ FosB: proteína delta FosB

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Condiciones médicas generales que causan depresión secundaria (Lyness, 2017).....	21
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión aplicados en el estudio.....	40
Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de muestra por hospital	63
Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de la variable sexo	63
Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de los grupos etarios	63
Tabla 6. Frecuencia y porcentaje del estado civil	63
Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de presencia o no de hijos	64
Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de número de hijos	64
Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de la profesión de cada encuestado	64
Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de médicos tratantes y médicos asistenciales	64
Tabla 11. Frecuencia y porcentaje del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel	65
Tabla 12. Frecuencia y porcentaje del tiempo que trabaja en la institución.....	65
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de área de trabajo.....	65
Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de presencia o no de enfermedad crónica.....	65
Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de depresión, ansiedad y estrés	66
Tabla 16. Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión, ansiedad y estrés.....	66
Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de la variable sexo por hospital	67
Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de los grupos etarios por hospital	67
Tabla 19. Frecuencia y porcentaje del estado civil por hospital	68
Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de presencia o no de hijos por hospital	68
Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de la profesión de cada encuestado por hospital	68
Tabla 22. Frecuencia y porcentaje del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel por hospital	69
Tabla 23. Frecuencia y porcentaje del tiempo que trabaja en la institución por hospital	69
Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de área de trabajo por hospital	70
Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de depresión, ansiedad y estrés por hospital	70
Tabla 26. Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión, ansiedad y estrés por hospital	71
Tabla 27. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con la variable sexo	72
Tabla 28. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con la variable sexo	72
Tabla 29. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con los grupos etarios	73
Tabla 30. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con los grupos etarios	74
Tabla 31. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el estado civil.....	75
Tabla 32. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el estado civil.....	76

Tabla 33. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés la presencia o no de hijos.	77
Tabla 34. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con la presencia o no de hijos	77
Tabla 35. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con la variable profesión.....	78
Tabla 36. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con la variable profesión.	78
Tabla 37. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el tiempo que tienen un título de tercer nivel.	79
Tabla 38. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el tiempo que tienen un título de tercer nivel.....	80
Tabla 39. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones.....	81
Tabla 40. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones.	82
Tabla 41. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el área de trabajo.	83
Tabla 42. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el área de trabajo.	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de muestra total	85
Figura 2. Distribución de la variable sexo	85
Figura 3. Distribución de los grupos etarios.....	86
Figura 4. Distribución del estado civil.....	86
Figura 5. Distribución de la presencia o no de hijos	87
Figura 6. Distribución del número de hijos	87
Figura 7. Distribución de la profesión	88
Figura 8. Distribución específica de cada profesión	88
Figura 9. Distribución del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel.....	89
Figura 10. Distribución del tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones	89
Figura 11. Distribución del área de trabajo	90
Figura 12. Distribución de la presencia o no de enfermedad crónica.....	90
Figura 13. Distribución de depresión, ansiedad y estrés.....	91
Figura 14. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés	91
Figura 15. Distribución de la variable sexo por hospital	92
Figura 16. Distribución de los grupos etarios.....	92
Figura 17. Distribución del estado civil por hospitales	93
Figura 18. Distribución de la presencia o no de hijos por hospital	93
Figura 19. Distribución de la profesión por hospital	94
Figura 20. Distribución del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel por hospitales	94
Figura 21. Distribución del tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones por hospital.....	95
Figura 22. Distribución del área de trabajo por hospital.....	95
Figura 23. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés por hospitales.....	96
Figura 24. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés por hospitales.....	97
Figura 25. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función de la variable sexo	98
Figura 26. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función de la variable sexo ...	98
Figura 27. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función de los grupos etarios	99
Figura 28. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función de los grupos etarios	99
Figura 29. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del estado civil	100
Figura 30. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del estado civil	100

Figura 31. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del tener o no hijos	101
Figura 32. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del tener o no hijos.	101
Figura 33. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función a la profesión	102
Figura 34. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función a la profesión.....	102
Figura 35. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo de tener un título de tercer nivel	103
Figura 36. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo de tener un título de tercer nivel.....	103
Figura 37. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo en una de las instituciones	104
Figura 38. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo en una de las instituciones.....	104
Figura 39. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del área de trabajo	105
Figura 40. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del área de trabajo..	105
Figura 41. Distribución del nivel de depresión por especialidades	106
Figura 42. Distribución del nivel de depresión en el HGEG.....	107
Figura 43. Distribución del nivel de depresión en el HPAS.....	107

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenal en la depresión	108
Anexo 2. Mecanismos asociados a la patogenia de la depresión.....	109
Anexo 3. Mecanismo patogénico de los Astrocitos	110
Anexo 4. Consentimiento informado	111
Anexo 5. Encuesta sociodemográfica.....	113
Anexo 6. ESCALA DASS-21	115
Anexo 7. Carta de autorización de Hospital General Enrique Garcés.....	117
Anexo 8. Carta de autorización de Hospital Pablo Arturo Suárez.....	118

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

El personal médico y de enfermería es el núcleo de cualquier sistema de salud, por lo que su bienestar físico y emocional es vital para brindar la mejor calidad de atención a los pacientes.

Los problemas de salud mental son una de las principales causas de morbilidad en la sociedad actual. El estrés, la ansiedad y la depresión son conceptualmente diferentes, pero en la práctica clínica y en la investigación tienden a sobreponerse, ya que por lo general aparecen simultáneamente.

Los trastornos mentales han aumentado progresivamente en los últimos años. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal (OMS, 2016).

La depresión es un trastorno mental frecuente y generalmente no tratado. Se calcula que afecta a 350 millones de personas en el mundo. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas (Joules, Williams, & Thompson, 2014; OMS, 2016).

La ansiedad puede definirse como una anticipación a daño o desgracia hacia futuros internos o externos acompañados de un sentimiento disfórico y/o síntomas somáticos de tensión. Es

una sensación o estado emocional normal en respuesta a determinadas situaciones cotidianas estresantes

El estrés es un estímulo interno o externo, una respuesta del individuo hacia dicho estímulo y una interacción entre el sujeto y el contexto en la que se ve superada por la situación a la que está sometido (Goldhagen, Kingsolver, Stinnett, & Rosdahl, 2015; Leka, Griffiths, & Cox, 2004).

El trabajar con vidas humanas expone a los profesionales de la salud a una elevada carga emocional y de trabajo, lo que afecta su desempeño laboral y su salud, deteriorando su calidad de vida, lo que aumenta las probabilidades de errores en la práctica clínica, ausentismo laboral, depresión y suicidio.

Es importante considerar la personalidad de cada individuo y la influencia cultural para evaluar al personal de salud (Barraza L et al., 2015; Hernández, 2003).

Un meta análisis recientemente publicado en JAMA, encontró que los médicos residentes experimentan tasas más altas de depresión que el público general. Se considera que parte de la insatisfacción en médicos residentes se relaciona con situaciones ambientales, tales como la excesiva demanda inherente al trabajo en una institución pública de salud o desempeñar actividades consideradas impropias para su calidad de médicos en adiestramiento tales como mensajeros, camilleros, secretarios, etc. Entre los efectos de la depresión de estos individuos se ha encontrado una mala calidad de atención al paciente, aplazamiento de toma de decisiones clínicas y aumento de errores médicos. Se encontró una prevalencia combinada de depresión o síntomas depresivos de 28.8% y un rango de 20.9% hasta 43.2% dependiendo de la herramienta de evaluación utilizada. La prevalencia aumentó con cada año calendario

(Jiménez-López, Arenas-Osuna, & Angeles-Garay, 2015; Mata, Ramos, Bansal, & et al., 2015).

Según el Institute of Medicine de 44.000 a 98.000 pacientes en todo el mundo mueren a diario como resultado de errores médicos. Adicionalmente, se presume que el comportamiento con sus pares y las relaciones interpersonales pueden verse afectados tanto en médicos como en enfermeras (de Jong, Nieuwenhuijsen, & Sluiter, 2016; Sobrequés et al., 2003).

Se ha visto que éste problema afecta también a los médicos en formación; un meta análisis publicado por Rotenstein y colaboradores (2016), que evaluó depresión e ideaciones suicidas en estudiantes de medicina demostró una prevalencia total de depresión y síntomas depresivos de 27.2% y una ideación suicida de 11.1%. También se encontró que sólo el 15% de quienes fueron diagnosticados de depresión buscó tratamiento psiquiátrico (Ibrahim & Abdelreheem, 2014; Slavin, 2016).

El personal de enfermería se ha identificado también como susceptible de padecer altos niveles de estrés laboral debido tanto a la implicación psicológica y emocional que conlleva su trabajo como con aspectos relacionados a la organización del mismo (Piñeiro, 2013; Villavicencio, 2010).

El DASS 21 es un auto cuestionario de 21 ítems diseñado para medir la severidad de algunos síntomas comunes a la depresión, ansiedad y estrés. Los ítems relacionados con la depresión miden síntomas típicamente asociados con humor disfórico (p.ej. tristeza o sensación de inutilidad), los relacionados con ansiedad buscan excitación física, ataques de pánico y miedo (p.ej. temblor y sensación de fatiga y debilidad) y los relacionados con estrés buscan tensión, irritabilidad y tendencia a exagerar ante eventos estresantes. Para completar el

cuestionario el individuo debe indicar la presencia y severidad de los síntomas durante la última semana. Cada ítem se puntúa desde cero (no aplica durante la última semana) hasta tres (aplica mucho o la mayor parte del tiempo durante la última semana) (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998).

Es un instrumento que puede ser aplicado en distintos contextos socio culturales como lo demuestra un estudio realizado por el European Journal of Psychological Assessment en el que se aplica la escala y se compara entre grupos culturales de Australia, Chile, China y Malasia, obteniendo como resultado una invariancia estructural lo que demuestra que puede ser aplicable a múltiples poblaciones. Cabe mencionar que el género no es una variable que influya en la aplicabilidad y resultado de la encuesta, sin embargo, en un estudio aplicado a médicos de atención primaria en salud se reportó que las mujeres sufren mayor nivel de depresión, ansiedad y estrés (Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011; Gomez, Summers, Summers, Wolf, & Summers, 2014; Mellor et al., 2015).

La función esencial del DASS 21 es de evaluar la severidad de los síntomas principales de la ansiedad, depresión o estrés, por lo tanto ésta herramienta también puede servir para valorar la respuesta del paciente a un tratamiento determinado pero no se debe utilizar por sí sola para cambiar conductas terapéuticas, debe ser usado con toda la información clínica disponible para decidir la mejor intervención posible. La encuesta no es un medio diagnóstico y no valora ciertos parámetros y características propias de la depresión como alteraciones del sueño, apetito y sexuales que deberán ser valorados independientemente. Tampoco valora la suicidabilidad del encuestado. El DASS no reemplaza en absoluto a la valoración clínica integral (Antúñez & Vinet, 2012; Bados, Solanas, & Andrés, 2005).

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEPRESIÓN

2.1.1. DEFINICIÓN

La depresión es un 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 (OMS, 2017).

El término “depresión” puede ser usado en varios contextos, los que pueden ser confusos, éstos pueden referirse a (American, 2013; Shahrokh, Hales, Phillips, & Yudofsky, 2011):

- Estado de ánimo caracterizado por tristeza, desesperación, ansiedad, sensación de vacío, desmotivación, desesperanza, insensibilidad o labilidad emocional. Un estado de ánimo deprimido o disfórico puede ser una respuesta normal a determinadas situaciones o un síntoma de un síndrome psicopatológico o de otro trastorno clínico.
- Síndrome caracterizado por signos y síntomas que pueden incluir un estado de ánimo deprimido. Se pueden encontrar en depresión mayor, depresión menor o distimia.
- Característica de una condición clínica determinada como por ejemplo depresión mayor, desorden bipolar, esquizofrenia, desorden depresivo inducido por fármacos o tóxicos.

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Los datos epidemiológicos en Estados Unidos de Norteamérica muestran un riesgo a lo largo la vida de 10% en hombres y 20% en mujeres. La prevalencia es de 3% en hombres y 4.5% a 9.3% en mujeres, 1% de niños y de 20 a 40% en pacientes con comorbilidades. Existe una relación hombre-mujer 2 a 1. La edad predominante es de 25 a 44 años. La incidencia máxima se ve a los 30 a 40 años y en 13% de mujeres posparto (Zimmerman & D'avanzato, 2018).

La depresión representa una carga importante sobre la salud pública con una incidencia a lo largo de la vida que se aproxima a un 20%. Hay evidencia de que la incidencia y prevalencia ha se ha incrementado durante la últimas décadas. La OMS estima que la depresión es cuarta causa más importante de discapacidad alrededor del mundo y para el 2020 será la segunda más importante (Cleare, Fekadu, & Rane, 2012).

Un cuadro depresivo lo suficientemente serio como para necesitar asistencia profesional afecta a aproximadamente 16% de la población general a lo largo de la vida, ubicándose como la primera causa de hospitalización psiquiátrica con un 23.3%. Se ha estimado que un 80% de todas las personas que sufren de depresión ha sido tratado por personal sin conocimientos de psiquiatría o no son tratados (Cassano, Cassem, Papakostas, Fava, & Stern, 2010).

La depresión ocupa el segundo lugar, después de la hipertensión entre las enfermedades crónicas más comunes. Se correlaciona en un 77.6% con una función física normal, en enfermedad coronaria avanzada y angina 65.8% a 71.6% respectivamente, problemas de espalda, artritis, diabetes e hipertensión de 79 a 88.1%. Éste desorden se asocia también con un aumento de la mortalidad. En la población general el suicidio representa el 0.9% de todas las muertes y la depresión es el factor de riesgo más importante para suicidio con alrededor

del 21% y 18% de los pacientes con trastorno depresivo recurrente y trastorno distímico, respectivamente, tratando de suicidarse. Se estima que sólo un 50 a 70% de personas con tratamiento para la depresión responden adecuadamente a las terapias antidepresivas disponibles (Rush et al., 2006).

2.1.3. PATOGÉNESIS

La neurobiología de la depresión y de los trastornos del estado de ánimo aún no se conoce con exactitud, por lo que el diagnóstico aún se realiza bajo parámetros clínicos. Se acepta que son trastornos heterogéneos multifactoriales y actualmente se estudian varias teorías para explicar su fisiopatología.

La depresión ocurre más a menudo en pacientes que tienen factores de riesgo específicos que interactúan entre sí, estos factores conforman tres vías para desarrollar la enfermedad:

- Factores internos:
 - Genéticos.
 - Neuroticismo.
 - Baja autoestima.
 - Desorden de ansiedad generalizada de aparición temprana.
 - Historial de depresión.

- Factores externos:
 - Genéticos.

- Abuso de sustancias.
- Desórdenes de conducta.
- Adversidad:
 - Traumas en la infancia o vida adulta.
 - Eventos estresantes durante el último año.
 - Pérdida de padres.
 - Falta de afecto de padres.
 - Historial de divorcio.
 - Problemas maritales.
 - Falta de redes de apoyo.
 - Bajo nivel educativo.

2.1.3.1. Genética y epigenética

Los genes muy probablemente contribuyen a la vulnerabilidad del individuo a desarrollar depresión frente estímulos externos. Su expresión puede estar alterada durante el desarrollo cerebral o como respuesta al estrés. Se ha visto que la concordancia de depresión en gemelos monocigóticos es de 37-38% (Sullivan, Neale, & Kendler, 2000).

La heredabilidad de la depresión es mayor en mujeres que en hombres; 42 versus 29% (Kendler, Gatz, Gardner, & Pedersen, 2006).

Se han identificado 2 locus de particular importancia para la susceptibilidad a la depresión: MDD1 localizado en 12q22-q23.2 que se relaciona con fuerza a la depresión mayor en hombres; El MDD2 localizado en 15q25.2-q26.2 se asocia con depresión de inicio temprano y depresión recurrente. Otro gen importante es el SLC6A4 localizado en 17q11.2 codifica al transportador de serotonina que es responsable de limpiar su exceso del espacio sináptico (Abkevich et al., 2003; Holmans et al., 2004).

2.1.3.2. Psiconeuroendocrinoinmunología

El circuito neural que regula el estado de ánimo se localiza dentro del sistema límbico y tienen especial importancia el núcleo accumbens, amígdala, hipocampo y regiones de la corteza prefrontal. Existen proyecciones serotoninérgicas bidireccionales desde el córtex prefrontal y cíngulo anterior hacia la amígdala y núcleo accumbens. Durante la depresión estas estructuras muestran disminución de su actividad. La exposición a estresores disminuye la actividad de neuronas serotoninérgicas localizadas en núcleo de rafe que regulan al córtex pre-frontal, amígdala y otras partes del circuito. Adicionalmente, las proyecciones glutamérgicas hacen sinapsis con neuronas GABAérgicas en el tallo cerebral que inhiben a las neuronas serotoninérgicas (Messing & Nestler, 2016).

Existe una actividad excesiva del eje hipotálamo – hipofisario – suprarrenal mediado por un incremento de la secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) y glucocorticoides. El exceso de glucocorticoides prolongado causa atrofia de neuronas hipocampales y supresión de la neurogénesis.

Las anormalidades neuroendocrinas que se dan en la depresión son aumento de la secreción de cortisol y de CRH, aumento del tamaño de glándulas suprarrenales, disminución de

respuesta inhibitoria de los glucocorticoides a la dexametasona y una respuesta inadecuada a de la hormona estimuladora de la tiroides (TSH) ante la infusión de hormona liberadora de tirotrópina (TRH).

Eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal

Un estímulo estresante es captado por la corteza cerebral y la amígdala y se transmite hacia el hipotálamo donde se libera hormona liberadora de corticotropina (CRH) y vasopresina (APV) induciendo a la pituitaria anterior a secretar corticotropina (ACTH) hacia el torrente sanguíneo que estimula a las glándulas suprarrenales a la producción de cortisol. El cortisol luego se une a sus receptores dentro del eje donde ejercen un feedback negativo en todos los niveles (Belmaker & Agam, 2008).

Los glucocorticoides no controlan funciones solamente metabólicas o inmunitarias, también tienen importantes efectos en el sistema nervioso central: regulan la supervivencia neuronal, neurogénesis, tamaño del hipocampo, formación de nuevos recuerdos, evaluación emocional de eventos, siendo un enlace clave entre el estrés y el funcionamiento cerebral.

En la depresión y en pacientes expuestos a estrés prolongado el ciclo se mantiene hiperactivado y el nivel de glucocorticoides permanece elevado que se reflejan en mayores concentraciones de cortisol en saliva, plasma y orina, aumento de CRH en líquido céfalorraquídeo, aumento de tamaño y actividad de la pituitaria y glándulas suprarrenales (Ferrari & Villa, 2017).

Neurotransmisores

Los principales neurotransmisores que participan en la depresión son las monoaminas (serotonina, norepinefrina y dopamina), GABA y glutamato.

En sujetos deprimidos se ve una disminución de la acción de las monoaminas particularmente serotonina y noradrenalina. En estos pacientes hay una marcada disminución del aminoácido triptófano, principal sustrato para formación central de serotonina (Ogawa et al., 2014). Cuando hay una disminución de dopamina, los pacientes son resistentes a antidepresivos que actúan en las vías serotoninérgicas y dopaminérgicas (Dunlop & Nemeroff, 2007).

Neuroinflamación

Existe evidencia creciente de que citoquinas pro-inflamatorias como interleucina 6 (IL-6), factor de necrosis tumoral α (TNF- α) intervienen en la génesis de la depresión ya que sus niveles séricos se encuentran elevados en sujetos deprimidos. Se cree que existe un aumento de producción de monocitos de la médula o una liberación del reservorio esplénico. También existe un aumento de permeabilidad de la barrera hematoencefálica que permite la migración de monocitos dentro del cerebro causando mayor inflamación y activación de la microglia lo que provoca disminución de la neurogénesis y remodelación neuronal alterada en estructuras del circuito que controla el estado de ánimo (Ménard, Hodes, & Russo, 2016).

Las citoquinas pueden influenciar tanto en el metabolismo de la serotonina, noradrenalina y dopamina como en la función neuroendocrina llevando a un aplanamiento de la curva del cortisol y al aumento de sus concentraciones en la tarde, lo que sugiere una conexión entre factores inflamatorios y la activación del eje hipotálamo – hipofisario – suprarrenal.

También se ha visto un decremento del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) en modelos animales en los que se han administrado citoquinas inflamatorias (Ferrari & Villa, 2017).

Neurotrofinas y neuroplasticidad

La neuroplasticidad es la capacidad del cerebro para modificar circuitos neuronales y conexiones a lo largo de la vida para adaptarse y cambiar como resultado de estímulos internos o externos.

Se ha observado en varios estudios experimentales que la exposición al estrés puede causar alteraciones en procesos de varios grupos neuronales, atrofia del hipocampo y disminución de la proliferación celular del giro dentado.

Los desórdenes depresivos se asocian con disminución de plasticidad y resiliencia celular y los medicamentos antidepresivos pueden ayudar a normalizar ésta condición.

Los factores neurotróficos como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), factor de crecimiento nervioso (NGF) y neurotrofina-3 no solo actúan durante el periodo de desarrollo y maduración neuronal, también lo hacen en el cerebro adulto y su expresión se encuentra modulada por diferentes estímulos como el estrés y drogas psicotrópicas. El estrés prolongado, una elevada concentración de corticoides y un ambiente inflamatorio disminuyen la expresión de neurotrofinas y por lo tanto la neuroplasticidad cerebral (Ferrari & Villa, 2017).

Astroцитos

En condiciones normales los astroцитos regulan la función neuronal en las sinapsis excitatorias mediante la recaptura de glutamato, así evitando su exceso y consecuente neurotoxicidad. Mantienen una adecuada permeabilidad de la barrera hematoencefálica, realizan transporte de nutrientes directo desde capilares hasta células neuronales, promueven reparación neuronal frente a injuria neuronal iniciando astrogliosis.

En sujetos con depresión la integridad de la red astrocítica se encuentra afectada y no es capaz de cumplir sus funciones adecuadamente por lo que hay una remodelación neuronal deficiente en la corteza prefrontal y en el hipocampo, una acumulación de glutamato, alteración en la neurotransmisión y sobreexpresión de sus receptores llevando a su sobre activación y exitotoxicidad. Adicionalmente el estrés crónico produce un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica permitiendo el paso de monocitos periféricos que dentro del cerebro liberan sustancias pro-inflamatorias que activan a más astroцитos y microglia, que en respuesta generan más citocinas pro-inflamatorias y factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) que afecta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica perpetuando así el ciclo (Krishnan, 2017; Ménard, et al., 2016).

2.1.3.3. Características de personalidad

La evidencia actual sugiere que la depresión se asocia a características de personalidad como neuroticismo (negatividad emocional), extraversión (positividad emocional) y escrupulosidad. Además las características de la personalidad parecen contribuir a la aparición y curso de la depresión. Los rasgos de personalidad asociados a la percepción emocional de una experiencia podrían ser fenotipos rastreables para su evaluación genética y neurobiológica, la personalidad puede ser útil para identificar subgrupos homogéneos

dentro de los trastornos depresivos. Encontrar asociaciones entre los tipos de personalidad y la depresión puede ayudar a dilucidar los procesos involucrados en el desarrollo de trastornos del estado de ánimo. La personalidad puede ayudar a adaptar un determinado tratamiento y predecir su respuesta. El temperamento y la personalidad pueden ser utilizados para identificar a individuos en riesgo quienes podrían beneficiarse de programas de prevención y de una intervención temprana (Klein, Kotov, & Bufferd, 2011).

2.1.4. CUADRO CLÍNICO

La característica principal de la depresión es un estado de ánimo bajo persistente y/o anhedonia. Muchas otras características forman parte del síndrome depresivo, se pueden dividir en comportamentales, emocionales, cognitivos y biológicos. Casos severos se asocian a síntomas psicóticos (Cleare, et al., 2012).

Comportamiento

- Psicomotores: retardo o agitación.
- Expresión facial alterada como boca invertida, líneas de expresión exageradas o falta de expresividad facial.
- Falta de cuidado personal y retiro social.

Emociones

- Estado de ánimo bajo.
- Llanto fácil.

- Pérdida de interés en actividades que normalmente disfrutaba.
- Incapacidad de sentir placer (anhedonia).
- Pérdida de reactividad emocional hacia eventos externos.
- Irritabilidad.
- Ansiedad con componentes psicológicos y físicos.

Cognitivo

- Forma del pensamiento
 - Pensamiento lento.
 - Discurso lento.
 - Volumen de discurso disminuido.
 - Modulación de tono y expresividad disminuida.
 - Dificultad para mantener la concentración, registrar y evocar.
 - Disminución marcada de la capacidad de memoria.
- Contenido del pensamiento
 - Anormalidades en el humor caracterizados por emociones y autopercepción negativas (sentimiento de culpabilidad), del entorno (negativismo) y del futuro (pesimismo).
 - Formas leves incluyen una visión pesimista de la vida y una tendencia a preocuparse innecesariamente.

- Formas moderadas se caracterizan por desesperanza, y culpabilidad excesiva. Los pacientes son incapaces de abandonar este tipo de pensamientos lo que se conoce como rumiación depresiva.

Biológicos

- Variaciones diurnas del estado de ánimo (usualmente peor en las mañanas).
- Alteraciones del sueño.
- Pérdida de apetito.
- Pérdida de peso (5% como significativo).
- Fatiga generalizada (anergia).
- Constipación.
- Amenorrea.
- Aumento de apetito.
- Aumento de peso.
- Hipersomnia.

Psicóticos

- Ilusiones: aparecen en la depresión severa como distorsiones cognoscitivas que se relacionan con episodios de intensidad importante. Las más comunes son sentimientos de culpabilidad, pobreza, hipocondriasis, persecutorias que pueden ser vistas como merecidas por la misma persona.

- Alucinaciones: principalmente alucinaciones auditivas en segunda persona con características acusadoras. Pueden aparecer alucinaciones con diferentes características, pero son más raras.
- Síndrome de Cotard: llamado también delirio de negación o delirio nihilista, el individuo cree que se encuentra muerto, está muriendo, pudriéndose, o no existe. En algunos cree que es incapaz de morir.

2.1.5. DIAGNÓSTICO

2.1.5.1. Trastorno depresivo mayor. Criterios diagnósticos DSM-5 5 (APA, 2013b).

- A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período durante al menos dos semanas. Al menos uno de los síntomas es: (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
1. El estado de ánimo deprimido casi todo el día, casi todos los días, según lo indicado por el paciente (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) u observaciones hechas por otros (por ejemplo, parece llorosa) (NOTA: En niños y adolescentes, puede ser humor irritable.)
 2. Disminución marcada del interés o del placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
 3. Pérdida de peso significativa cuando no realiza dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación psicomotora o retraso casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
 8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio
- B. Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.
- C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos directos de una sustancia u otra condición médica.

NOTA: Los criterios A y C representan un episodio depresivo mayor.

- D. La ocurrencia del episodio depresivo mayor no se explica mejor por trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

2.1.5.2. Trastorno depresivo persistente o distimia. Criterios diagnósticos DSM-5

(APA, 2013b).

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, durante más días que no, según lo indicado por cuenta subjetiva o por observación por otros, durante al menos dos años.

Nota: en niños y adolescentes la sintomatología puede ser irritabilidad y la duración de al menos un año.

B. Presencia mientras se encuentre el paciente deprimido dos o más de los siguientes:

1. Falta de apetito o comer en exceso.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Baja energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Mala concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año para niños o adolescentes) de la perturbación, el individuo nunca ha estado sin los síntomas en los Criterios A y B durante más de dos meses.

D. Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes continuamente durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido criterios para el trastorno ciclotímico.

- F. La perturbación no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro espectro de esquizofrenia especificado o no especificado y otro trastorno psicótico.
- G. Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, o una medicación) u otra condición médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

2.1.5.3. Trastorno disfórico pre menstrual

Síntomas emocionales y comportamentales que ocurren repetidamente durante la semana anterior al inicio de la menstruación y remiten con el inicio de la menstruación o unos días después y que interfieren con algún aspecto de la vida del paciente (APA, 2013b).

2.1.5.4. Desorden depresivo inducido por sustancias o medicamentos

Alteración caracterizada por un estado de ánimo deprimido o irritable o con una marcada disminución del placer en la mayoría de las actividades. El cuadro se desarrolla durante o al poco tiempo del uso de sustancias con propósitos recreacionales o de medicamentos con prescripción de los que se presume que puedan causar dichos efectos. La sintomatología causa molestias significativas o deterioro del funcionamiento social del individuo (APA, 2013b).

Son criterios de exclusión los siguientes:

- La alteración del estado de ánimo precede al inicio de la intoxicación o retirada de la sustancia o a la exposición de medicamentos.
- Alteración persiste durante un largo periodo después de la interrupción aguda o la retirada.
- Hay antecedentes de episodios depresivos recurrentes.
- La alteración ocurre únicamente durante un episodio de delirio.

2.1.5.5. Trastorno depresivo debido a otra condición médica o depresión secundaria

Trastorno depresivo debido a una condición médica general caracterizado por un estado de ánimo persistentemente deprimido o irritable, disminución en interés o placer en la mayoría de las actividades, la perturbación resulta en una angustia significativa o deteriora el funcionamiento psicosocial. El inicio la sintomatología generalmente aparece durante el primer mes de la condición médica (APA, 2013b).

Tabla 1. Condiciones médicas generales que causan depresión secundaria (Lyness, 2017).

Drogas y venenos
Alcohol, betabloqueantes, esteroides, barbitúricos, opiáceos, abstinencia de cocaína y anfetaminas, intoxicación por metales pesados, inhibidores de la colinesterasa, cimetidina, agentes quimioterapéuticos.
Endócrino-metabólico

Hiper e hipotiroidismo, anemia severa, hiperparatiroidismo, hipopotasemia, hiponatremia, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, uremia, hipopituitarismo, porfiria, enfermedad de Wilson, síndrome de Wernicke-Korsakoff.
Enfermedades infecciosas
Tuberculosis, infección por Epstein-Barr, VIH, neumonía, postinfluenza, sífilis terciaria, encefalitis y estados postencefíticos.
Enfermedades neurodegenerativas y desmielinizantes
Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington.
Otras enfermedades neurológicas
Hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, accidentes cerebrovasculares, síndromes de lesión cerebral post traumática, tumores cerebrales.
Neoplasia
Carcinomatosis, cáncer de páncreas, pulmón, mama y otros.
Otros
Lupus eritematoso sistémico, otros trastornos vasculares del colágeno, otros trastornos inflamatorios o autoinmunes crónicos, insuficiencia cardiaca.

2.2. ANSIEDAD

2.2.1. DEFINICIÓN

La ansiedad es una emoción universal y normal. Es una respuesta necesaria y adaptativa del organismo al estrés. Los niveles de activación se relacionan con la eficiencia de un organismo para responder de forma apropiada a una tarea. Es un sentimiento desagradable e

incierto, en espera de un peligro inminente no presente ni objetivado, el cual se acompaña de cambios vegetativos y motores (Oyebode, 2016).

Ésta implica necesariamente la interacción de factores cognoscitivos, autonómicos y de comportamiento motor. Los primeros incluyen pensamientos catastróficos como la posibilidad de una catástrofe inminente. Las autonómicas están relacionadas con el sistema simpático tales como dilatación pupilar, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sensación de opresión torácica, parestesias y mareo o con el parasimpático como aumento del peristaltismo intestinal, náuseas, hipotensión y desfallecimiento. Los motores comprenden inquietud, tensión muscular y temblores (González P, 2010).

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Es el problema de salud más común en los Estados Unidos de Norteamérica, afecta al 18.1% de los adultos en algún año determinado y al 28.8% a lo largo de la vida.

Genera costos altísimos para los sistemas de salud, se estima que en los Estados Unidos se gastan más de 42 mil millones de dólares anuales (Calkins et al., 2016).

2.2.3. PATOGÉNESIS

Se cree que existe una disregulación del circuito del miedo. El núcleo central de la amígdala tiene un papel central en coordinar la respuesta ansiosa; ésta recibe proyecciones glutamérgicas de la corteza y del tálamo por lo que tiene la capacidad de responder tanto a estímulos del mundo externo como a estresores reconocidos y procesados por las áreas corticales de asociación. La amígdala envía proyecciones hacia áreas importantes del sistema monoaminérgico como las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral en el

mesencéfalo, neuronas dopaminérgicas en el locus ceruleus y neuronas serotoninérgicas en el núcleo dorsal de rafe. Las manifestaciones físicas y emocionales son causadas por un estado de hiperexcitación. Los principales neurotransmisores relacionados serotonina y noradrenalina. Hay una sobreactivación del sistema noradrenérgico y una baja del serotoninérgico lo que causa una respuesta exagerada de la amígdala cerebral provocando hiperactividad autonómica lo que se correlaciona con sus síntomas (Bope & Kellerman, 2017; Lyness, 2016).

2.2.4. CUADRO CLÍNICO

Se caracteriza por sentimientos subjetivos de inquietud, temor, hipervigilancia y evitación de conductas que provoquen ansiedad.

Síntomas físicos:

- Temblores.
- Sudoración.
- Aumento de frecuencia cardíaca.
- Palpitaciones.
- Mareo.
- Contracturas musculares.
- Boca seca.
- Sensación de ahogo.
- Amortiguamiento o disminución de sensibilidad de manos, pies u otra parte del cuerpo.
- Aumento de velocidad del tránsito intestinal.
- Náuseas y vómitos.

- Disminución del deseo sexual.
- Alteraciones del sueño y apetito.

Síntomas psicológicos

- Preocupación excesiva.
- Aprehensión.
- Respuesta de sobresalto ante situaciones comunes.
- Hipervigilancia.
- Distractibilidad.
- Impaciencia.
- Irritabilidad.
- Miedo.
- Fobias.

2.2.5. CLASIFICACIÓN

2.2.5.1. Trastorno de ansiedad generalizada

Se caracteriza por un estado ansiedad y preocupación persistentes que no son proporcionales a los acontecimientos o circunstancias del momento por 6 meses o más. La preocupación suele enfocarse en asuntos del día a día. Existe también ideación de peligro personal y sobre todo de daño físico (Spiegel & Barlow, 2000).

2.2.5.2. Desorden de pánico

Ataques de pánico inesperados y recurrentes. Persistente preocupación sobre futuros ataques o sus consecuencias. Se caracteriza por un periodo de intenso miedo que se desarrolla

abruptamente y llega a su pico máximo dentro de 10 a 15 minutos. El diagnóstico requiere al menos 4 de los siguientes: dolor o disconfort torácico, escalofríos o sensación de sofoco, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control, mareos, sensación de ahogo, palpitaciones, sensación de falta de aliento, parestesia, sensación de fatalidad inminente, sudoración, entre otros (Lyness, 2016).

2.2.5.3. Fobia social

Miedo irracional y persistente en situaciones en la que la persona se encuentre ante público que sea lo suficientemente severo como para afectar la vida diaria y relaciones sociales.

2.2.5.4. Agorafobia

Ansiedad o conducta de evitación hacia lugares o situaciones de las cuales escapar puede ser difícil o embarazoso o en los que no existiría ayuda disponible en el caso de sufrir síntomas de pánico.

2.2.5.5. Fobia específica

Ansiedad provocada por la exposición a un objeto o situación específica. Típicamente se acompaña de una conducta evitativa.

2.2.6. DIAGNÓSTICO

2.2.6.1. Criterios diagnósticos DSM-5 para trastorno de pánico (APA, 2013a).

- A. Recurrentes ataques de pánico inesperados. Acompañado de cuatro o más de los siguientes síntomas: Nota: los episodios pueden ocurrir desde un estado de calma o desde un estado ansioso.
1. Palpitaciones, el corazón palpitante, o ritmo cardíaco acelerado
 2. Transpiración
 3. Temblores o sacudidas
 4. Las sensaciones de falta de aliento o sofocación
 5. Las sensaciones de asfixia
 6. Dolor en el pecho o malestar
 7. Náuseas o malestar abdominal
 8. Sensación de mareo, inestabilidad, mareo o desmayo
 9. Escalofríos o sensaciones de calor
 10. Parestesias (entumecimiento o sensación de hormigueo)
 11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
 12. El miedo a perder el control o “volverse loco”
 13. Miedo a morir.
- B. Al menos uno de los ataques se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno o ambos de los siguientes:
1. preocupación persistente o preocuparse por los ataques de pánico adicionales o sus consecuencias (por ejemplo, perder el control, sufrir un ataque al corazón, “volverse loco”).

2. Un cambio de mala adaptación significativa en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos destinados a evitar tener ataques de pánico, tales como la evitación de ejercicio o situaciones desconocidas).
- C. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).
- D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

2.2.6.2. Criterios diagnósticos DSM-5 para agorafobia (APA, 2013a).

- A. El miedo o la ansiedad acerca de dos (o más) de las siguientes cinco situaciones marcadas:
1. Usando el transporte público (por ejemplo, coches, autobuses, trenes, barcos, aviones)
 2. Estar en espacios abiertos (por ejemplo, estacionamientos, plazas, puentes)
 3. Al estar en lugares cerrados (por ejemplo, tiendas, teatros, cines)
 4. De pie en la línea o estar en una multitud
 5. Al estar fuera de la casa solo.
- B. El individuo teme o evita estas situaciones debido al pensamiento de que podría ser difícil escapar o la ayuda podría no estar disponible en caso de presentar síntomas similares a la angustia u otros síntomas incapacitantes o embarazosas (por ejemplo, miedo a caer en los ancianos, miedo a la incontinencia) .
- C. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan ansiedad o miedo.
- D. El miedo o la ansiedad está fuera de proporción con el peligro real que representan las situaciones agorafobia y al contexto sociocultural.

- E. El miedo, la ansiedad, o la evitación es persistente, por lo general una duración de 6 meses o más.
- F. El miedo, la ansiedad, o la evitación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.
- G. Si otra condición médica (por ejemplo, enfermedad inflamatoria del intestino, enfermedad de Parkinson) está presente, el miedo, la ansiedad, o la evitación es claramente excesivo.
- H. El miedo, la ansiedad, o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Nota: La agorafobia se diagnostica con independencia de la presencia de trastorno de pánico. Si la presentación de un individuo cumple con los criterios para el trastorno de pánico y agorafobia, ambos diagnósticos se deben asignar.

2.3. ESTRÉS

Hay al menos 3 conceptualizaciones del estrés: estrés como estímulo, estrés como respuesta y estrés como interacción. La primera se refiere a un factor externo que afecta al individuo. El estrés como respuesta se localiza dentro del propio individuo y se manifiesta como una respuesta indeterminada del cuerpo ante cualquier estímulo que lo demande. El estrés como interacción se define como una relación concreta entre la persona y el contexto, en la que ésta siente que supera sus recursos y que pone en peligro su bienestar

El Síndrome General de Adaptación de Selye, describe la respuesta de estrés en tres estadios: la reacción de alarma, la resistencia y el agotamiento. La reacción de alarma, denominada comúnmente la respuesta de huida o lucha, supone la activación autonómica a partir de la liberación de catecolaminas y se vive como miedo, palpitaciones o disposición para actuar,

entre otras cosas. En caso de que el elemento estresante persista, hay una menor liberación de catecolaminas y un cambio para liberar hormonas glucocorticoides durante la fase de resistencia. Y, finalmente, en las situaciones en que el estrés sea crónico, el agotamiento es el resultado con una potencial hipoglucemia y muerte (Oyebode, 2016).

El estrés puede tener efectos tanto positivos como negativos; sin ninguna demanda el desempeño es pobre, con una sobrecarga de estrés aparece agotamiento y ansiedad que de igual manera, afectan el desempeño negativamente (Duval, González, & Rabia, 2010).

2.4. ESCALA DASS-21

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, por sus siglas en inglés Depression, Anxiety and Stress Scale) fue creada originalmente por Lovibond y Lovibond en el año 1995 y constaba de 42 preguntas que abarcaban síntomas emocionales en torno a éstas tres patologías, partiendo desde el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Lovibond & Lovibond, 1995).

Posteriormente fue modificada, se seleccionaron 7 de 14 preguntas que representan el mayor puntaje de la escala original de cada una de estas patologías y se desarrolló un auto-cuestionario que consta de 21 ítems diseñado para medir la severidad de algunos síntomas típicamente asociados a alguno de los tres trastornos psicopatológicos (Antony et al., 1998; Henry & Crawford, 2005).

Conceptualmente la depresión y la ansiedad presentan marcadas diferencias pero tienden a sobreponerse por sus rasgos clínicos; acompañados de estrés, generan mayor dificultad al estudiar alguno de éstos, ya que éste puede precipitar episodios de ansiedad o depresión. Por ende, algunos de los síntomas pueden considerarse como parte de alguna de las tres

patologías y no ser específico de solamente una de ellas. Motivo por el cual se dividió la escala en tres sub-escalas o dominios:

1. Depresión: donde se mide un estado de ánimo deprimido, humor disfórico, desesperanza, sensación de inutilidad, tristeza y anhedonia.
2. Ansiedad: que mide una activación psicológica y física excesiva, la experiencia subjetiva de ansiedad, ataques de pánico, sensación de fatiga y debilidad.
3. Estrés: que mide sintomatología como tensión, irritabilidad, nerviosismo, impaciencia y tendencia a exagerar ante eventos estresantes.

Las preguntas de cada dominio fueron desarrolladas en base a la observación clínica de las condiciones a las que corresponden, eligiendo las que abarcan los síntomas más comunes y representativos de cada enfermedad pero a pesar de que cada ítem de la escala pertenece a un dominio específico, también se superponen. Todos los ítems tienen algo en común que son los factores de distrés y por lo tanto se relacionan entre todos aunque cada uno tiene un poder y jerarquía diferente en cada dominio; por ésta razón todas las preguntas de la escala deben ser aplicadas, ya que caso contrario, ésta perdería poder y fiabilidad (Osman et al., 2012).

Por lo tanto, en el dominio depresión sus preguntas representan una disminución sostenida de neurotransmisores y una neuroremodelación deficiente, lo que constituye un proceso crónico. Los ítems de la escala que tienen mayor poder para representar éste dominio son el 3, 10, 13 y 17. En el dominio ansiedad representan fundamentalmente síntomas de activación de sistema autónomo y de comportamiento que en su mayoría, son condicionados por experiencias previas. Los ítems de la escala que tienen mayor poder para representar éste dominio son el 2, 4 y 7. Y finalmente en el dominio estrés se presentan reacciones hacia estímulos ante los que el encuestado ve sus capacidades superadas en algún grado. Los ítems

de la escala que tienen mayor poder para representar éste dominio son el 1, 11 y 12 (Osman et al., 2012).

Se debe recalcar que el DASS-21 es una herramienta de tamizaje mas no es un medio diagnóstico y no valora ciertos parámetros y características propias de la depresión como alteraciones del sueño, apetito, sexuales entre otras que deberán ser valorados independientemente. Tampoco valora la suicidabilidad del encuestado. Cabe mencionar que el DASS no reemplaza en absoluto a la valoración clínica integral por parte de un profesional médico (Antúñez & Vinet, 2012; Bados et al., 2005).

Una de las funciones que se atribuyó al DASS fue evaluar la severidad de los síntomas principales de la ansiedad, depresión y estrés, por lo tanto, ésta sirve para valorar la respuesta del paciente a un tratamiento determinado; pero no se debe utilizar por sí sola para cambiar conductas terapéuticas, debe ser usado con toda la información clínica disponible para decidir la mejor intervención posible (Osman et al., 2012).

La escala ha sido validada en varios estudios, idioma y en diferentes países tales como Brasil que concluye que del 40 al 45% de las personas en el estudio sufren de alguno de estos tres trastornos en algún nivel. En Vietnam, donde se aplicó la escala a un grupo de mujeres en el primer nivel de salud concluyendo que es una buena herramienta de tamizaje. En Colombia, Chile, China y España también se han realizado estudios en los cuales se escogieron 21 de las 42 preguntas de la encuesta original por tener un mayor puntaje mayor y ser más representativas. Se encontró una correlación significativa entre la puntuación de las sub-escalas y el diagnóstico clínico (Apóstolo et al., 2011; Roman, Vinet, & Muñoz, 2014; Tran, Tran, & Fisher, 2013; Wang et al., 2015).

El U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) recomienda realizar screening para depresión en la población adulta general. Es importante entender que los resultados obtenidos del uso de cualquier escala son imperfectos en cualquier población. Las 2 preguntas que mejor evalúan un estado de ánimo deprimido son: ¿Durante el último mes, ha sentido molestias por sentirse con ánimo bajo, deprimido o sin esperanza?, y ¿Durante el último mes, ha sentido molestias por sentir menos interés o placer al hacer cosas? Estas preguntas tienen una sensibilidad de 97% y una especificidad de 67% (Siu & Force, 2016).

Consecutivamente, en Ecuador se realizó un estudio, aplicando la escala DASS-21 sobre la influencia de la depresión, ansiedad y estrés en el rendimiento cognitivo en una comunidad de adultos mayores en una zona rural del país. La muestra fue de 288 adultos mayores del cual se concluyó que la depresión y la ansiedad se relacionan con un bajo rendimiento cognitivo (Del Brutto et al., 2015; Klein, Kotov, & Bufferd, 2011).

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. JUSTIFICACIÓN

El personal de salud hospitalario experimenta repetidamente estímulos estresantes que los hacen más vulnerables a problemas psicológicos que pueden afectar su salud emocional, psicosocial y física. Ésta investigación buscó determinar y comparar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, e identificar y analizar las variables que influyen en el resultado en dos hospitales públicos de segundo nivel de Quito; el Hospital General Enrique Garcés y el Hospital General Pablo Arturo Suárez, con el objetivo de que las áreas responsables del bienestar del personal desarrollen e implementen estrategias preventivas y de intervención que disminuyan el riesgo de padecer estos trastornos.

La escala DASS – 21 fue una herramienta útil y de factible realización para llevar a cabo el presente estudio, dando una idea aproximada de cuantas personas sufre alguno de los tres trastornos psicopatológicos que evalúa esta escala.

3.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen trastornos psicopatológicos que pueden estar presentes en los profesionales de salud de los Hospitales General Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez, sin éstos ser diagnosticados y pueden pasar desapercibidos repercutiendo en su desempeño laboral y personal.

Por la alta carga emocional que recae sobre el personal de salud provocada por el tipo y exceso de trabajo, sin mencionar la presión psicológica a la que son sometidos decidimos determinar los niveles de depresión, ansiedad y estrés que existen en ellos mediante el uso

de la escala DASS-21. Se debería poder contar con un número aproximado de individuos afectados por alguna de estas patologías, tener un registro de ellos y un seguimiento de los mismos para de este modo sugerir medidas de prevención e impedir el aumento de esta cifra.

3.2.1. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existen depresión en los profesionales de salud?
- ¿Existe ansiedad en los profesionales de salud?
- ¿Existe estrés en los profesionales de salud?

3.3. HIPÓTESIS

3.3.1. PRIMARIA:

Los profesionales de salud son susceptibles a presentar depresión, ansiedad y estrés.

3.3.2. SECUNDARIAS:

- Los niveles de ansiedad, depresión y estrés están influenciados por factores emocionales, psicosociales y físicos, que contribuyen a un mayor o menor nivel de estos trastornos psicopatológicos entre las dos instituciones.
- Los diferentes escenarios laborales que podrían provocar depresión, ansiedad o estrés son evaluados por cada individuo según sus características personales y los recursos con los que cuenta para afrontarlos.
- Los años de trabajo y la carga laboral favorecen a un incremento de estos trastornos psicopatológicos en los profesionales de salud.

3.4. OBJETIVOS

3.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en profesionales de salud en el Hospital General Enrique Garcés y Hospital Pablo Arturo Suárez mediante la escala DASS-21, y comparar los resultados entre ambas instituciones.

3.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar la prevalencia de los niveles de depresión, ansiedad y estrés en médicos y personal de enfermería entre dos hospitales públicos de segundo nivel.
- Reconocer la influencia de las diferentes variables que intervienen en los niveles de estos tres trastornos psicopatológicos.
- Indicar la existencia de diferencias entre el tiempo de trabajo en esa institución y el nivel de depresión, ansiedad y estrés.

3.5. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en profesionales de la salud de dos hospitales públicos de Quito-Ecuador. La misma corresponde a un estudio observacional de corte transversal, en el cual se buscó la prevalencia transversal tanto en depresión, ansiedad y estrés, así como en sus niveles de severidad. Adicionalmente, se analizó si estas psicopatologías presentan o no asociación con variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y número de hijos), así como si tiene una enfermedad crónica, profesión, tiempo de graduado, tiempo que trabaja en la institución, área de trabajo y especialidad.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

<i>VARIABLE</i>	<i>DEFINICIÓN</i>	<i>DIMENSIÓN</i>	<i>INDICADOR</i>	<i>ESCALA</i>
SÍNDROME DE TRASTORNO MENTAL	Escala validada para la clasificación de Depresión, Ansiedad y Estrés.	Depresión, Ansiedad y/o Estrés	1 = Normal	Escala DASS-21
			2 = Leve	
			3 = Moderado	
			4 = Severo	
			5 = Muy severo	
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	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno Máximo 21 puntos	1 = 0-4 puntos 2 = 5-6 puntos 3 = 7-10 puntos 4 = 11-13 puntos 5 = 14 o más puntos	Subescala de Depresión (DASS-21)
ANSIEDAD	Trastorno emocional donde la persona experimenta conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno Máximo 21 puntos	1 = 0-3 puntos 2 = 4-5 puntos 3 = 6-7 puntos 4 = 8-9 puntos 5 = 10 o más puntos	Subescala de Ansiedad (DASS-21)
ESTRÉS	Estado de cansancio mental provocado por la exigencia del rendimiento muy superior al normal	7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno Máximo 21 puntos	1 = 0-7 puntos 2 = 8-9 puntos 3 = 10-12 puntos 4 = 13-16 puntos 5 = 17 o más puntos	Subescala de Estrés (DASS-21)
EDAD	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual	Años cumplidos	Años	Numérica

SEXO	Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer	Característica genotípica	1 = Hombre 2 = Mujer	Nominal - dicotómica
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función a si tiene o no una pareja	Condición civil	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Separado 4 = Viudo 5 = Divorciado 6 = Unión libre	Nominal - policotómica
TIENE HIJOS	Descendiente directo de la persona que implica relación de consanguinidad	Numero de descendientes vivos	1 = Si 2 = No	Nominal - dicotómica
PROFESIÓN	Empleo o trabajo que la persona ejerce y por el que recibe una retribución económica	Medicina y enfermería	1 = Enfermería 2 = Médico asistencial 3 = Médico tratante	Nominal - policotómica
TIEMPO EJERCIENDO LA PROFESIÓN	Tiempo transcurrido desde que obtuvo su título profesional	Años que ejerce su profesión	Años/meses	Numérica
TIEMPO DE TRABAJO EN LA INSTITUCIÓN	Tiempo transcurrido desde que inició su trabajo en la institución hasta el momento actual	Años que trabaja en la institución	Años/Meses	Numérica
AREA DE TRABAJO	Especialidad en la cual realiza sus actividades diarias	Área de especialidad donde labora	1 = Clínicas 2 = Quirúrgicas 3 = Ambas	Nominal - Policotómica

3.7. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población en estudio o blanco fueron los profesionales de la salud (Médicos/as y Enfermeros/as) de los Hospitales Generales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez, de la ciudad de Quito, en el periodo de Mayo a Junio de 2017.

Para el cálculo de muestra se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 N p q}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

Donde

N : es el número total de posibles encuestados de cada profesión en cada hospital.

Z_{α} : es una constante que depende del nivel de confianza asignado ($NC\ 95\% = 1.96$)

e : es el error muestreo (5%)

p : es la probabilidad de presentar la patología (0.5)

q : es la probabilidad de no presentar la patología (0.5)

MUESTRAS DEL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCÉS

$N = 208$ médicos especialistas y residentes

$$n = \frac{[(1.96)^2 \times ((208)(0.5)(0.5))]}{[(5^2)(208 - 1) + ((1.96)(0.5)(0.5))]}$$

$$n = 136$$

$N = 221$ enfermeras

$$n = \frac{[(1.96)^2 \times ((221)(0.5)(0.5))]}{[(5^2)(221 - 1) + ((1.96)(0.5)(0.5))]}$$

$$n = 141$$

MUESTRAS DEL HOSPITAL GENERAL PABLO ARTURO SUÁREZ

$N = 255$ médicos especialistas y residentes

$$n = \frac{[(1.96)^2 \times ((255)(0.5)(0.5))]}{[((5^2)(255 - 1)) + ((1.96)(0.5)(0.5))]}$$

n = 154

N = 202 enfermeras

$$n = \frac{[(1.96)^2 \times ((202)(0.5)(0.5))]}{[((5^2)(202 - 1)) + ((1.96)(0.5)(0.5))]}$$

n = 133

3.7.1. SELECCIÓN DE INFORMANTES

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde la población objetivo de este estudio fueron los profesionales de salud, que laboran en cada una de las diferentes especialidades de los hospitales públicos de segundo nivel, a los cuales se les aplicó los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 2).

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión aplicados en el estudio.

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Hombres y mujeres profesionales que trabajen al menos un mes en la institución. - Médicos tratantes, residentes asistenciales y personal de enfermería que acepten participar de forma voluntaria en esta investigación. - No haber sido diagnosticados y tratados farmacológicamente de estas patologías. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiantes de medicina y enfermería que cursan el año de internado. - Mujeres embarazadas - Mujeres que se encuentren en puerperio y/o lactancia.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA

Previo a la recolección de la información se entregó el consentimiento informado (Anexo 4), con el cual los profesionales de la salud aceptaban o no su participación en el estudio. La información fue recolectada mediante una encuesta de datos personales y laborales (Anexo 5), y la aplicación de la escala DASS-21 (Anexo 6), la cual tuvo un tiempo límite de contestación de máximo 15 minutos. Las encuestas fueron codificadas en una matriz con ayuda del programa Microsoft Excel, para su posterior análisis.

3.8.1. LIMITACIONES

La principal limitación del estudio fue que la población a la que se le aplicó el auto-cuestionario tiene conocimientos médicos y han realizado encuestas similares por lo que podrían saber que contestar para obtener una determinada puntuación. Otra limitación fue que algunos profesionales se negaron a firmar el consentimiento informado por miedo a represalias en su hospital.

3.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizaron los análisis estadísticos con ayuda del paquete estadístico SPSS 24. El análisis descriptivo se realizó mediante tablas de frecuencias y porcentajes, tablas de contingencia y gráficos de distribución. Como medidas de tendencia central se utilizaron la media, mediana y moda para valores numéricos, mientras que para datos nominales y/u ordinales se utilizó únicamente la moda. Adicionalmente se analizó la asociación entre variables, para lo cual se utilizó la *prueba de X^2 de independencia* o el *test exacto de Fisher*. Para valorar la intensidad de asociación se utilizarán la *V de Cramer (VC)* para datos nominales, *Tau de Kendall (TK)*

para datos ordinales, la *razón de prevalencia (RP)* y los *odds de prevalencia (ORP)* para variables dicotómicas (Sánchez-Otero, 2015).

3.10. ASPECTOS BIOÉTICOS

Durante la elaboración de esta investigación se tomaron en cuenta las reglas y normas de conducta en apego a los principios de Bioética, reconociendo su autonomía de aceptar o declinar la invitación a formar parte de esta investigación mediante la utilización del consentimiento informado, donde se dio a conocer a los participantes sobre el estudio (Anexo 4). Para mantener la confidencialidad y el anonimato de los participantes se le asignó un código alfa-numérico.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS GENERALES

Para este estudio se realizaron un total de 564 encuestas al personal de salud de los hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez, en quienes se aplicó una encuesta sociodemográfica conjuntamente con la escala DASS-21 de las que se obtuvo los datos que se describen a continuación.

La muestra se conformó por 277 personas pertenecientes al HGEG representando el 49,11% y por 287 personas del HPAS que representa el 50,89% del total de los encuestados (Tabla 3, Figura 1). Del total de los encuestados, 364 personas corresponden al sexo femenino que representa el 64,54% y 200 personas al sexo masculino representando el 35,46% (Tabla 4, Figura 2).

Dentro de la variable edad, debido a la diversidad que ésta presenta; se clasificaron a los encuestados por grupos etarios. Se establecieron cuatro grupos de acuerdo a la clasificación de la OMS; el primero de 20 a 35 años con un 56,21%, el segundo de 36 a 45 años con un 17,38%, el tercero de 46 a 60 años con un 23,23% y el cuarto mayor o igual a 61 años con un 3,19% (Tabla 5, Figura 3).

El estado civil más frecuente fue de casados con un 49,65% (280/564). Seguido por los solteros con un 32,98% (186/564) (Tabla 6, Figura 4). Dentro de las preguntas se tomó en cuenta el tener o no hijos, y en caso de que los tuvieran, cuantos. El 62,23% tienen hijos (Tabla 7, Figura 5). De éste porcentaje la mayoría, el 43,59%, tienen 2 hijos (Tabla 8, Figura 6).

En cuanto a la profesión de cada individuo se los dividió en dos grupos principales que son, personal médico y personal de enfermería. Obteniendo como resultado que el 53,55% son médicos y el 46,45% son enfermeras/os (Tabla 9, Figura 7). Se realizó una subdivisión dentro del total de 302 (53,55%) encuestados que corresponden a médicos, de los cuales 155 son tratantes o especialistas que representan el 53,55% y 147 son asistenciales o residentes que representan el 48,68% (Tabla 10, Figura 8).

Otra de las variables tomada en cuenta fue el tiempo que tienen con un título de tercer nivel, ya sea que ejerzan su profesión o no. Dentro de los resultados se vio que la mayoría, es decir, 27,48%, lo tiene entre dos a cinco años y tan solo el 11,35% tienen su título menos de dos años (Tabla 11, Figura 9).

La variable del tiempo que llevan trabajando en cualquiera de las dos instituciones, tomando en cuenta que el tiempo mínimo debía ser un mes para formar parte de esta investigación, arrojó varios resultados que de igual manera se los definió en cuatro grupos. El 47,52% de los encuestados llevan menos de dos años trabajando, seguido por el 24,65% que llevan más de diez años trabajando en la institución. En el rango de cinco a diez años se observó un 14,18% y finalmente, entre dos a cinco años trabajando un 13,65% del total de los encuestados (Tabla 12, Figura 10).

Dado que ambos hospitales cuentan con varias especialidades se las agrupó en áreas clínicas, quirúrgicas y ambas (clínico-quirúrgicas). Para esta agrupación nos guiamos de acuerdo a los servicios que corresponden a las rotaciones del año del internado rotativo según la unidad de docencia de cada hospital y la PUCE. En el área clínica encontramos a 57,62%, en el área quirúrgica un 26,77% y dentro de ambas áreas un 15,60% del personal de salud (Tabla 13, Figura 11). Por último se tomó en cuenta la presencia o no de alguna enfermedad crónica obteniendo una respuesta positiva en 108 (19,15%) encuestados (Tabla 14, Figura 12).

Dentro de los resultados obtenidos con la escala DASS-21 se observó que el 30,67% (173 de 564) sufren algún nivel de depresión. El 40,96% (231 de 564) sufren de ansiedad y el 34,40% (194/564) sufren de estrés (Tabla 15, Figura 13). En cuanto a depresión la mayoría, es decir 46,24% tienen un nivel leve, 37,57% un nivel moderado, 11,56% un nivel severo y un 4,62% tienen un nivel muy severo. Con respecto a ansiedad se observó que un 40,26% presenta un nivel leve, 30,74% un nivel moderado, 12,55% un nivel severo y 16,45% tienen un nivel muy severo y en relación a estrés un 40,21% presenta un nivel leve, un 37,63% un nivel moderado, un 11,56% un nivel severo y un 4,62% muy severo (Tabla 16, Figura 14).

4.2. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS POR HOSPITAL

El estudio se realizó en dos hospitales de segundo nivel, a continuación se describen los resultados obtenidos en cada institución acorde a las variables tomadas en cuenta.

En cuanto a la variable sexo, las mujeres predominaron en ambas instituciones. En el HGEG el 61,73% y en el HPAS el 67,25% (Tabla 17, Figura 15). Según los grupos etarios, en ambas instituciones la mayoría pertenece al grupo de entre 20 a 35 años con un 48,74% en el HGEG y un 63,41% en el HPAS. Seguidos por aquellos individuos entre los 46 y 60 años que representan el 27,08% en el HGEG y el 19,51% en el HPAS (Tabla 18, Figura 16). El mayor número de individuos está casado. Representa un 55,60% en el HGEG y un 43,90% en el HPAS respectivamente (Tabla 19, Figura 17). El 66,43% de los individuos tienen hijos en el HGEG y el 58,19% en el HPAS, lo que significa que más de la mitad de los individuos en ambas instituciones tienen carga familiar (Tabla 20, Figura 18).

Se evaluaron a profesionales médicos y de enfermería. En el HGEG el 50,90% pertenecen a la carrera de enfermería mientras que en el HPAS tan solo el 42,16%. Por otro lado, en el

HPAS el 57,84% pertenece a la carrera de medicina y en el HGEG el 49,10% (Tabla 21, Figura 19). En cuanto al tiempo que tienen los encuestados como graduados con título de tercer nivel, se observó que en el HGEG la mayoría tiene más de 20 años con un 30,32%, en cambio, en el HPAS la mayoría tienen entre 2 a 5 años lo que representa el 32,40% (Tabla 22, Figura 20). En ambos hospitales gran parte de los individuos tiene menos de 2 años trabajando. El personal del HPAS tiene un 55,05% y en el HGEG un 39,71% (Tabla 23, Figura 21). La mayoría del personal pertenece al área clínica de especialidades con un 55,60% en el HGEG y un 59,58% en el HPAS (Tabla 24, Figura 22).

Se observó un porcentaje mayor de depresión entre los individuos del HGEG con un 34,66% (96 de 173) que en el HPAS con 26,83% (77 de 173). Se vio una mayor prevalencia de ansiedad en HGEG con un 45,85% mientras que el HPAS tuvo un 36,24%. En cuanto a estrés, ambas instituciones tienen una prevalencia similar con un 34,30% para el HGEG y un 34,49% para el HPAS (Tabla 25, Figura 23). Al evaluar la depresión, se encontró un nivel leve en 41,67% en el HGEG y un 51,95% en el HPAS, moderado de 36,46% en HGEG y 38,49% en HPAS, severo 13,54% en HGEG y 9,09% en HPAS y un nivel muy severo de 8,33% en HGEG y 0% en HPAS. En relación a ansiedad el personal en el HGEG presenta 43,31%, 25,98%, 13,39% y 17,32%, mientras que el HPAS un 36,54%, 36,54%, 11,54% y 15,38% para los niveles leve, moderado, severo y muy severo respectivamente. Los porcentajes en cuanto a los diferentes niveles de estrés no presentan una diferencia considerable (Tabla 26, Figura 24).

4.3. ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

Se analizó la asociación entre los niveles de los tres trastornos psicopatológicos evaluados con el DASS-21 y las diferentes variables evaluadas en el estudio. La muestra total fue de

564 individuos, de los cuales tomó en cuenta a aquellos que presentaron alguna de las 3 condiciones que evalúa el cuestionario. Siendo así, la muestra para la variable depresión fue de 173 individuos, para ansiedad de 231 individuos y para estrés fue de 194 individuos.

Analizando la presencia de depresión en función a la variable sexo, predomina el sexo femenino con un 32,42% versus el 27,50% que pertenecen al sexo masculino. Prevalece el nivel leve con un 42,37% y moderado con un 40,68% en mujeres mientras que el nivel leve en hombres con un 54,55%. Existe mayor diferencia en cuando a ansiedad, ya que el 44,78% pertenecen al sexo femenino con ansiedad en su mayoría leve (37,42%) y moderada (31,90%) que el 34% que representan al sexo masculino. En cuanto a estrés, los valores son relativamente similares en mujeres con un 35,71% y en hombres con un 32%, preponderando los niveles leve y moderado (Tabla 27 y 28, Figura 25 y 26).

El grupo etario más representativo fue de 20 a 35 años los cuales presentan mayor ansiedad con un 45,43%, seguido de estrés con un 37,85% y depresión en un 30,60%. En las tres patologías predomina el nivel leve con 40,28%, 40,83% y 49,48% para ansiedad, estrés y depresión respectivamente (Tabla 29 y 30, Figura 27 y 28).

Existe mayor ansiedad en los individuos casados (39,64%) que depresión o estrés cuyos porcentajes no presentan mayor variación en cuanto a ésta variable. De igual manera, el nivel leve predomina frente a los demás con un 53,33% para depresión, 45,95% para ansiedad y 42,05% para estrés (Tabla 31 y 32, Figura 29 y 30).

Así mismo prevalece la presencia de ansiedad en aquellos individuos con hijos, que constituye el 41,03% frente a las otras dos patologías cuyos porcentajes son menores. Cabe mencionar que en cuanto a los niveles, en depresión y estrés predomina el leve y moderado

con porcentajes alrededor del 40%. En ansiedad hay una notoria predominancia del nivel leve frente a los demás con un 42,36% (Tabla 33 y 34, Figura 31 y 32).

El personal de enfermería presenta mayor nivel de depresión y ansiedad con 40,08% y 50% respectivamente versus el personal médico. No existe gran diferencia en cuanto a estrés. Con relación a los niveles, de igual manera predomina el nivel leve con 46,67% para depresión, 39,69% para ansiedad y 42,86% para estrés (Tabla 35 y 36, Figura 33 y 34).

Se observó que aquellos quienes tienen entre dos a cinco años de haber obtenido un título de tercer nivel, son los más afectados, representando un 30,32% en depresión, 38,06% en ansiedad y 40% en estrés. En el mismo grupo predomina el nivel leve de depresión (46,81%) y de estrés (46,77%). Con respecto al nivel de ansiedad tienen valores similares el nivel leve y moderado con 35,59% y 33,90% respectivamente (Tabla 37 y 38, Figura 35 y 36).

Se evidenció que existe mayor depresión (26,12%), ansiedad (39,93%) y estrés (36,94%) en aquellos individuos que trabajan menos de dos años en cualquiera de las dos instituciones. El nivel leve continuó siendo el más prevalente con un 47,14% para depresión, el 43,93% para ansiedad y el 42,42% para estrés (Tabla 39 y 40, Figura 37 y 38).

Con relación al área de trabajo se observó que en área clínica presentó una alta prevalencia de ansiedad (44,92%), estrés (40%) y depresión (34,77%); de igual modo el nivel leve fue el más elevado con un 46,90% dentro de depresión, 41,10% dentro de ansiedad y con un 39,23% dentro de estrés (Tabla 41 y 42, Figura 39 y 40).

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN

El HPAS y HGEG son hospitales públicos de segundo nivel que atienden una gran carga de pacientes diariamente de la zona en la que están ubicados y desde centros de menor complejidad y provincias ya que son hospitales de referencia nacional. El personal médico y de enfermería se encuentra capacitado profesionalmente para atender a éstos caso, pero el estrés causado por la carga laboral intensa y la interacción constante con pacientes enfermos y sus familias afecta física y emocionalmente a los profesionales de la salud, que, a falta un ambiente laboral adecuado y medios insuficientes o inexistentes para mantener una adecuada salud mental, aumentan el riesgo de sufrir de depresión, ansiedad y estrés y sus consecuencias en el ámbito personal y laboral.

Es muy importante realizar un tamizaje y diagnóstico precoz de estos trastornos psicopatológicos, ya que muchos pasan inadvertidos hasta que comienzan a afectar la vida del enfermo de forma importante. Se ha visto que aproximadamente dos tercios de personas con depresión no son conscientes de que padecen una enfermedad tratable y no buscan tratamiento. Solamente 50% de personas diagnosticadas con depresión reciben algún tipo de tratamiento y 20% de los tratados reciben tratamientos de acuerdo a guías de práctica clínica adecuadas (González et al., 2010).

En el presente estudio se evidenció una prevalencia general de depresión de 30,67% del cual la mayor parte es leve y moderado, ansiedad del 40,96% y de estrés de un 34,4% lo que refleja la carga a la que el personal se encuentra expuesto, en un estudio realizado en India con la misma escala, se vio que médicos jóvenes y postgradistas tuvieron un puntaje de depresión severo o muy severo en un 11,40%, ansiedad 40,35% y estrés en un 9,65% y entre

las causas identificadas como causantes se vieron actividades hospitalarias durante la noche, largas jornadas de trabajo, múltiples responsabilidades, miedo a cometer errores, privación del sueño, pocas vacaciones, trato con familiares de pacientes angustiados y fallas en los tratamientos, además se asociaron los altos niveles con el uso de drogas, siendo el alcohol la droga psicotrópica más usada con un 60,87%, aunque también se reportó un importante consumo de medicamentos antidepresivos y sedantes (Sasidharan, Kolasani, & Divyashanthi, 2016).

En el presente estudio se encontró un escaso número de individuos con niveles de depresión severa (11,56%) y muy severa (4,62%), quienes deben ser tomados en cuenta ya que la depresión es la principal causa de suicidio en el mundo, esto concuerda con el estudio realizado por la Universidad de Queensland en Australia, en el cual se comprobó que existe una importante relación entre enfermedades psiquiátricas y suicidio, donde se observó que en médicos hay una prevalencia de desórdenes psiquiátricos de 59,3% y en personal de enfermería en un 55,9%, mostrando que la depresión fue la enfermedad más frecuente en ambos grupos, pero fue mayor en médicos con 48,1% que en enfermería con 35,6% (Kölves & De Leo, 2013); de forma similar, un estudio realizado en Noruega basado en las estadísticas oficiales de mortalidad entre el año 1960 y 2000 mostró que los médicos tienen una menor mortalidad por todas las causas médicas que el resto de la población, pero las tasas de muerte por suicidio son significativamente mayores, 1,8 veces en hombres y 2,9 en mujeres (Aasland, Hem, Haldorsen, & Ekeberg, 2011).

Se evidenció un mayor porcentaje de depresión total en el HGEG, pero al comparar a los 2 hospitales llama la atención que los niveles de depresión leve y moderada fueron mayores en el HPAS, aunque éste fue superado por el HGEG en niveles depresión severa y muy severa, cabe recalcar que sólo se presentaron casos muy severos en éste último. En general,

los niveles de ansiedad son mayores en el HGEG excepto por el moderado, el cual es mayor en el HPAS. Los niveles de estrés fueron muy similares en ambos hospitales.

Dentro de los tres trastornos evaluados, la depresión y la ansiedad se evidencian más que el estrés en el personal de enfermería que en el personal médico; se encontró mayor prevalencia de depresión leve y moderada en este grupo; similar a lo que ocurrió en un estudio realizado en México con una muestra de 118 enfermeras en el cual la depresión leve y fue mayor. En cuanto a ansiedad, el presente estudio demostró una prevalencia de 50% similar al estudio mexicano en el que las enfermeras presentaron mayor ansiedad leve y moderada (Lerma-Martínez, Rosales-Arellano, & Gallegos-Alvarado, 2009); un estudio realizado en Hong Kong en 850 enfermeras durante el 2015 aplicando la escala DASS-21 y una encuesta sociodemográfica similar a la utilizada en nuestro estudio, aquí se encontró una prevalencia de depresión, ansiedad y estrés de 35,8%, 37,3% y 41,1% respectivamente; la depresión tuvo una correlación positiva con divorcio, viudez, insatisfacción en el trabajo, problemas con compañeros de trabajo, violencia en el lugar de trabajo, enfermedades crónicas, bajos niveles de actividad física y problemas para dormir; la ansiedad se relacionó con el estado civil, el área de trabajo, problemas para dormir y falta de tiempo para ocio; el estrés se asoció con personal joven, falta de experiencia clínica, problemas con colegas, falta de tiempo para ocio y consumo de alcohol (Cheung & Yip, 2015), contrastando con este estudio en el que se reportó que el personal de enfermería presenta depresión, ansiedad y estrés de 40,08%, 50% y 34,73% respectivamente.

En este estudio, la depresión y ansiedad se presentaron más en mujeres que en hombres y el nivel de estrés fue similar en ambos grupos. Desde el punto de vista médico las mujeres presentan mayor vulnerabilidad hacia estas condiciones por sus características biológicas, sociales y culturales. En la cultura occidental, son las mujeres quienes se encargan de

mantener el hogar y conjuntamente cumplir labores profesionales; además sufren cambios hormonales y biológicos a lo largo de su vida. Esto se corrobora en un estudio realizado en Holanda donde se observa que la prevalencia de depresión en mujeres es el doble que en hombres ($p < 0,05$). Los factores socio-culturales son muy importantes como se vio en un estudio realizado en Inglaterra, en el que se concluye que las mujeres presentan mayor sensibilidad al efecto de alguna experiencia adversa o traumas de la infancia y mayor riesgo de trastornos depresivos y de ansiedad a edades tempranas a causa de la sobrecarga de roles sociales (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Sonnenberg, Beekman, Deeg, & van Tilburg, 2000).

En el presente estudio se vio mayor porcentaje de depresión, ansiedad y estrés totales en las áreas clínicas, pero se observó mayor depresión moderada en las áreas quirúrgicas, lo que concuerda con los resultados de un estudio realizado en España en el año 2013 en el que se evalúa la depresión, despersonalización y burnout en cirujanos, en éste se determinó que ésta oscila entre 30% a 80% y los factores etiológicos implicados se han relacionado con el número de horas de trabajo, los avisos nocturnos, el volumen de pacientes, las altas expectativas de los pacientes, la mala relación con enfermería, la falta de autonomía, las trabas administrativas, los problemas laborales y familiares, el excesivo trabajo burocrático, el abuso de las demandas, falta de insumos y de personal auxiliar calificado, falta de nueva tecnología, pérdida de influencia sobre pacientes y familiares cada vez más exigentes, entre otros (Moreno-Egea, 2013).

Se evaluó los niveles de los trastornos por especialidad y se encontró que los servicios con mayores niveles de depresión conjunta fueron en orden de importancia medicina interna, cirugía, emergencia, gineco-obstetricia y anestesiología; se comparó ambas casas de salud y se evidenció que medicina interna y cirugía tienen más depresión que los demás servicios entre los dos hospitales, llama mucho la atención que el servicio de anestesiología en el

HGEG tiene muy poca depresión y sus casos son leves, mientras que en el HPAS ocupa el tercer lugar y se reportan casos de depresión moderada y severa; esto se ve también en un estudio publicado por el *European Journal of Anaesthesiology* en 710 especialistas y residentes de anestesiología en Portugal, se logró determinar 10 situaciones que inducen estrés en la vida personal del anestesiólogo: pacientes con clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) alta, intervenciones quirúrgicas complejas, anticipación de intubaciones complicadas, trabajar fuera del sitio de trabajo usual con diferentes equipos, relaciones con los cirujanos, relación con el resto del equipo de anestesia, malas condiciones de trabajo, incapacidad para mantener sus conocimientos actualizados, organización con el departamento de anestesia y falta de tiempo o dificultad para organizarlo (Lapa, Carvalho, Viana, Ferreira, & Pinto-Gouveia, 2016). El servicio con mayores niveles de ansiedad en el HGEG fue cirugía, mientras que en el HPAS fue medicina interna, el servicio que presentó mayores niveles de estrés en el HGEG fue cirugía con valores cercanos a los de medicina interna, en el HPAS fue medicina interna. Estos resultados se pueden comparar con un estudio similar realizado en Alemania en 435 médicos residentes de varias especialidades en los que se determinaron la prevalencia de estrés ocupacional y síntomas depresivos por especialidad, en este estudio se encontró que los cirujanos tenían niveles elevados de estrés ocupacional y bajos de depresión en comparación a las demás especialidades (Bernburg, Vitzthum, Groneberg, & Mache, 2016). En este estudio se observó que existen servicios en los que sólo hay un profesional por lo que no representan mucho peso en la muestra, pero es muy importante considerarlos ya que ellos brindan atención al 100% de los pacientes que acuden a su especialidad.

CAPÍTULO VI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Como resultado de la investigación realizada, es posible concluir que de entre las tres psicopatologías analizadas, la ansiedad tiene una mayor prevalencia que las otras dos y que el nivel leve es el que predomina.
- Tras la realización del análisis comparativo entre los dos hospitales, el HGEG presentó mayor porcentaje de depresión y ansiedad. El HPAS presentó mayor porcentaje de estrés. No se evidenció mayor diferencia dentro de los niveles en cada trastorno.
- En cuanto al personal que trabaja en ambas instituciones, presentó mayor depresión, ansiedad y estrés en el personal de enfermería. Con relación a los niveles de los mismos, el nivel leve es el de mayor dominancia excepto en estrés en el personal médico en donde el nivel leve y moderado presentan una igual prevalencia.
- Entre los factores de mayor relevancia se evidenció que existe mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos en el sexo femenino, aunque no se encontraron diferencias importantes entre grupos etarios respecto a los niveles de depresión, ansiedad y estrés. El estado civil no influyó mucho excepto en viudos, en quienes hay mayor prevalencia de depresión leve y moderada. La presencia de hijos no influyó en ninguno de los tres trastornos valorados por la encuesta.
- Se observó un mayor número de casos de depresión en las especialidades de cirugía y medicina interna.

- Finalmente, el estudio demostró que existe mayor prevalencia de los tres trastornos en los individuos que trabajan menos de dos años en alguna de las dos instituciones que entre aquellos que trabajan más de cinco o diez años.

6.2. RECOMENDACIONES

- Se debería realizar un estudio a nivel nacional para validar la encuesta y ésta pueda ser aplicada en diferentes grupos de poblaciones con diferentes características sociodemográficas y fomentar su uso por parte del personal de salud como prueba de tamizaje estandarizada para detección temprana de potenciales casos.
- Valorar mediante instrumentos de medición validados el bienestar y satisfacción del personal a cada individuo, al servicio y a la institución periódicamente.
- Desarrollar comités de bienestar permanente en los hospitales para tratar los problemas y así modificar estrategias según se amerite.
- Incorporación de entrenamiento en mindfulness y trabajo en equipo.
- Incentivar programas de actividad física como pausas activas, ejercicios de estiramiento o tonificación y crear espacios para realizar los mismos. Así como promocionar hábitos alimentarios saludables.
- Asignar una carga adecuada de responsabilidades según competencias, tipo de trabajo que se realice, capacidad física, mental y emocional.
- Implementar programas de monitoreo y seguimiento a personal en riesgo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Aasland, O. G., Hem, E., Haldorsen, T., & Ekeberg, Ø. (2011). Mortality among Norwegian doctors 1960-2000. *BMC Public Health, 11*, 173-173. doi: 10.1186/1471-2458-11-173
- Abkevich, V., Camp, N. J., Hensel, C. H., Neff, C. D., Russell, D. L., Hughes, D. C., et al. (2003). Predisposition Locus for Major Depression at Chromosome 12q22-12q23.2. *American Journal of Human Genetics, 73*(6), 1271-1281.
- American, P. A. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scale in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*(2), 176-181.
- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica, 30*, 49-55.
- Apóstolo, J. L. A., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*, 348-353.
- American Psychiatric Association. (2013a). Anxiety Disorders. In I. American Psychiatric Publishing (Ed.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (Fifth Edition ed., pp. 129-144). Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing, Inc. Retrieved from <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2013b). Depressive Disorders. In I. American Psychiatric Publishing (Ed.), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (Fifth Edition ed., pp. 103-127). Washington DC, USA: American Psychiatric Publishing, Inc. Retrieved from <https://areaclinicapediatrica.files.wordpress.com/2016/03/d5-completo-en-espac3b1ol.pdf>.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema, 17*(4), 679-683.

- Barraza L, R., Muñoz N, N., Alfaro G, M., Álvarez M, A., Araya T, V., Villagra C, J., et al. (2015). Ansiedad, depresión, estrés y organización de la personalidad en estudiantes novatos de medicina y enfermería. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 53, 251-260.
- Belmaker, R. H., & Agam, G. (2008). Major Depressive Disorder. *New England Journal of Medicine*, 358(1), 55-68. doi: 10.1056/NEJMra073096
- Bernburg, M., Vitzthum, K., Groneberg, D. A., & Mache, S. (2016). Physicians occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. [10.1136/bmjopen-2016-011369]. *BMJ Open*, 6(6).
- Bope, E. T., & Kellerman, R. D. (2017). Psychiatric Disorders *Conn's Current Therapy 2017* (pp. 715-751). USA: Elsevier.
- Calkins, A., Bui, E., Taylor, C. T., Pollack, M. H., LeBeau, R. T., & Simon, N. M. (2016). Anxiety Disorders *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*, (2 ed., pp. 353-366). USA: Elsevier.
- Cassano, P., Cassem, N., Papakostas, G., Fava, M., & Stern, T. (2010). Mood-Disorders Patients *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry* (Sexta ed., pp. 73-92). USA: Elsevier.
- Cleare, A., Fekadu, A., & Rane, L. (2012). Unipolar depression *Core Psychiatry* (Tercera ed., pp. 287-311). USA: Elsevier.
- Cheung, T., & Yip, P. S. F. (2015). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11072-11100. doi: 10.3390/ijerph120911072
- de Jong, M. A., Nieuwenhuijsen, K., & Sluiter, J. K. (2016). Common mental disorders related to incidents and behaviour in physicians. *Occupational Medicine*, 66(7), 506-513. doi: 10.1093/occmed/kqw030
- Del Brutto, O. H., Mera, R. M., Del Brutto, V. J., Maestre, G. E., Gardener, H., Zambrano, M., et al. (2015). Influence of depression, anxiety and stress on cognitive performance in community-dwelling older adults living in rural Ecuador: Results of the Atahualpa Project. *Geriatrics & Gerontology International*, 15(4), 508-514. doi: 10.1111/ggi.12305
- Dunlop, B. W., & Nemeroff, C. B. (2007). The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 327-337. doi: 10.1001/archpsyc.64.3.327

- Duval, F., González, F., & Rabia, H. (2010). Neurobiología del estrés. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48, 307-318.
- Ferrari, F., & Villa, R. F. (2017). The Neurobiology of Depression: an Integrated Overview from Biological Theories to Clinical Evidence. [journal article]. *Molecular Neurobiology*, 54(7), 4847-4865. doi: 10.1007/s12035-016-0032-y
- Goldhagen, B. E., Kingsolver, K., Stinnett, S. S., & Rosdahl, J. A. (2015). Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Advances in Medical Education and Practice*, 6, 525-532. doi: 10.2147/amep.s88580
- Gomez, R., Summers, M., Summers, A., Wolf, A., & Summers, J. (2014). Depression Anxiety Stress Scales-21. *Assessment*, 21(4), 418-426. doi: doi:10.1177/1073191113514106
- González P, A. (2010). Signos y síntomas *Psiquiatría* (pp. 33). Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas.
- González, H. M., Vega, W. A., Williams, D. R., Tarraf, W., West, B. T., & Neighbors, H. W. (2010). Depression Care in the United States: Too Little for Too Few. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 37-46. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.168
- Henry, J., & Crawford, J. R. (2005). *The Short form of the Depression, Anxiety, Stress Scales (DASS-21): Construct Validity and Normative data in a Large Non-Clinical Sample* (Vol. 44).
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 103-110.
- Holmans, P., Zubenko, G. S., Crowe, R. R., DePaulo Jr, J. R., Scheftner, W. A., Weissman, M. M., et al. (2004). Genomewide Significant Linkage to Recurrent, Early-Onset Major Depressive Disorder on Chromosome 15q. *American Journal of Human Genetics*, 74(6), 1154-1167.
- Ibrahim, M. B., & Abdelreheem, M. H. (2014). Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University. *Alexandria Journal of Medicine*, 51(2), 167-173.
- Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J., & Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28.

- Joules, N., Williams, D. M., & Thompson, A. W. (2014). Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open Journal of Depression, Vol.03No.03*, 12. doi: 10.4236/ojd.2014.33013
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish National Twin Study of Lifetime Major Depression. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 109-114. doi: 10.1176/appi.ajp.163.1.109
- Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and Depression: Explanatory Models and Review of the Evidence. *Annual review of clinical psychology, 7*, 269-295. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540
- Kølves, K., & De Leo, D. (2013). Suicide in Medical Doctors and Nurses: An Analysis of the Queensland Suicide Register. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(11).
- Krishnan, R. (2017). Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. Retrieved Aug 23, 2017, from UpToDate https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?source=search_result&search=depresi%C3%B3n&selectedTitle=18~150
- Lapa, T. A., Carvalho, S. A., Viana, J. S., Ferreira, P. L., & Pinto-Gouveia, J. (2016). Stressors in anaesthesiology: development and validation of a new questionnaire: A cross-sectional study of Portuguese anaesthesiologists. *European Journal of Anaesthesiology (EJA), 33*(11), 807-815. doi: 10.1097/eja.0000000000000518
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). La organización del trabajo y el estrés Vol. 3. *Serie protección de la salud de los trabajadores* (pp. 1-37). Retrieved from http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Lerma-Martínez, L. E. V. L., Rosales-Arellano, L. E. G. V., & Gallegos-Alvarado, M. C. E. M. (2009). Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado Prevalence of anxiety and depression in nurse on charge of the hospitalized chronic patient. *Atención y asesoría Conamed, 5*.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335-343. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lyness, J. (2016). Psychiatric Disorders in Medical Practice *Goldman-Cecil Medicine* (25 ed., pp. 2346-2356). USA: Elsevier

- Lyness, J. (2017). Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. Retrieved Aug 23, 2017 https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=distimia&selectedTitle=2~61#H105621652
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., & et al. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *314*(22), 2373-2383. doi: 10.1001/jama.2015.15845
- Mellor, D., Vinet, E. V., Xu, X., Mamat, N. H. B., Richardson, B., & Román, F. (2015). Factorial Invariance of the DASS-21 Among Adolescents in Four Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, *31*(2), 138-142. doi: 10.1027/1015-5759/a000218
- Ménard, C., Hodes, G. E., & Russo, S. J. (2016). Pathogenesis of depression: insights from human and rodent studies. *Neuroscience*, *321*, 138-162. doi: 10.1016/j.neuroscience.2015.05.053
- Messing, R. O., & Nestler, E. J. (2016). Harrison Internal Medicine (Vol. 2): McGraw Hill.
- Moreno-Egea, A. (2013). Cirujanos, crisis económica y burnout. [10.1016/j.ciresp.2012.08.007]. *Cirugía Española*, *91*(3), 137-140. doi: 10.1016/j.ciresp.2012.08.007
- Ogawa, S., Fujii, T., Koga, N., Hori, H., Teraishi, T., Hattori, K., et al. (2014). Plasma l-Tryptophan Concentration in Major Depressive Disorder: New Data and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*, *75*(9), e906-e915. doi: 10.4088/JCP.13r08908
- OMS. (2016). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% (Comunicado de prensa conjunto: OMS | Banco Mundial). <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- OMS. (2017). Depresión, from <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The Depression Anxiety Stress Scales—21 (DASS-21): Further Examination of Dimensions, Scale Reliability, and Correlates. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(12), 1322-1338. doi: 10.1002/jclp.21908
- Oyebode, F. (2016). Ansiedad, pánico, irritabilidad, fobia y obsesión *Sims. Sintomas mentales* (Quinta ed.). España: Elsevier.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. [10.1192/bjp.177.6.486]. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(6), 486.

- Piñeiro, C. H. U. d. V. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia.
- Roman, F., Vinet, E., & Muñoz, A. M. A. (2014). *Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco* (Vol. 23).
- Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., & et al. (2016). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *316*(21), 2214-2236. doi: 10.1001/jama.2016.17324
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., et al. (2006). Acute and Longer-Term Outcomes in Depressed Outpatients Requiring One or Several Treatment Steps: A STAR*D Report. *American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1905-1917. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905
- Sánchez-Otero, J. (2015). Introducción a la Estadística No Paramétrica y al Análisis Multivariado (pp. 281). Ecuador.
- Sasidharan, P., Kolasani, B. P., & Divyashanthi, C. M. (2016). Prevalence, severity, causes and drugs used for depression, stress and anxiety among junior doctors in a tertiary care teaching hospital in South India. [Stress, Junior doctors, DASS 21, Alcohol]. *2016*, *5*(3), 7. doi: 10.18203/2319-2003.ijbcp20161579
- Shahrokh, N. C., Hales, R. E., Phillips, K. A., & Yudofsky, S. C. (2011). *The Language of Mental Health: A Glossary of Psychiatric Terms*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Siu, A. L., & Force, U. S. P. S. T. (2016). Screening for depression in adults: Us preventive services task force recommendation statement. *JAMA*, *315*(4), 380-387. doi: 10.1001/jama.2015.18392
- Slavin, S. J. (2016). Medical student mental health: Culture, environment, and the need for change. *JAMA*, *316*(21), 2195-2196. doi: 10.1001/jama.2016.16396
- Sobrequés, J., Cebrià, J., Segura, J., Rodríguez, C., García, M., & Juncosa, S. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, *31*(4), 227-233. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79164-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79164-1)
- Sonnenberg, C. M., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & van Tilburg, W. (2000). Sex differences in late-life depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *101*(4), 286-292. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101004286.x

- Spiegel, D., & Barlow, D. (2000). Anxiety disorders. In Gelder. In N. A. Michael Gelder, Juan Lopez-Ibor, and John Geddes (Ed.), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. USA: Oxford.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552-1562. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1552
- Tran, T. D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). 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*, *13*, 24-24. doi: 10.1186/1471-244X-13-24
- Villavicencio, M. E. F. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *13*(1).
- Wang, K., Shi, H., Geng, F.-L., Zou, L.-q., Tan, S., Wang, Y., et al. (2015). *Cross-Cultural Validation of the Depression Anxiety Stress Scale-21 in China* (Vol. 28).
- Zimmerman, M., & D'avanzato, C. (2018). Depression, Major *Ferri's Clinical Advisor* (pp. 371-372). USA: Elsevier.

8. TABLAS

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de muestra por hospital.

Hospital	Frecuencia	Porcentaje
HGEG	277	49,11
HPAS	287	50,89
TOTAL	564	100,00

Tabla 4. Frecuencia y porcentaje de la variable sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	364	64,54
Masculino	200	35,46
TOTAL	564	100,00

Tabla 5. Frecuencia y porcentaje de los grupos etarios.

Grupos etarios	Frecuencia	Porcentaje
20-35 años	317	56,21
36-45 años	98	17,38
46-60 años	131	23,23
≥61 años	18	3,19
TOTAL	564	100,00

Tabla 6. Frecuencia y porcentaje del estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	186	32,98
Casado/a	280	49,65
Divorciado/a	27	4,79
Viudo/a	25	4,43
Unión libre	46	8,16
TOTAL	564	100,00

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje de presencia o no de hijos.

Tiene hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	351	62,23
No	213	37,77
TOTAL	564	100,00

Tabla 8. Frecuencia y porcentaje de número de hijos.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
1	137	39,03
2	153	43,59
3	55	15,67
4	5	1,42
5	1	0,28
TOTAL	351	100,00

Tabla 9. Frecuencia y porcentaje de la profesión de cada encuestado.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Medicina	302	53,55
Enfermería	262	46,45
TOTAL	564	100,00

Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de médicos tratantes y médicos asistenciales.

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Médico tratante	155	51,32
Médico residente	147	48,68
TOTAL	302	100,00

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel.

Tiempo de graduado	Frecuencia	Porcentaje
≤24 meses	64	11,35
25-60 meses	155	27,48
61-120 meses	127	22,52
121-240 meses	81	14,36
≥241 meses	137	24,29
TOTAL	564	100,00

Tabla 12. Frecuencia y porcentaje del tiempo que trabaja en la institución.

Tiempo en la institución	Frecuencia	Porcentaje
1-24 meses	268	47,52
25-60 meses	77	13,65
61-120 meses	80	14,18
≥121 meses	139	24,65
TOTAL	564	100,00

Tabla 13. Frecuencia y porcentaje de área de trabajo.

Área de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Clínicas	325	57,62
Quirúrgicas	151	26,77
Ambas	88	15,60
TOTAL	564	100,00

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje de presencia o no de enfermedad crónica.

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje
Si	108	19,15
No	456	80,85
TOTAL	564	100,00

Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de depresión, ansiedad y estrés.

		Frecuencia	Porcentaje
Depresión	Sí	173	30,67
	No	391	69,33
	TOTAL	564	100,00
Ansiedad	Sí	231	40,96
	No	333	59,04
	TOTAL	564	100,00
Estrés	Sí	194	34,40
	No	370	65,60
	TOTAL	564	100,00

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión, ansiedad y estrés.

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de depresión	Leve	80	46,24
	Moderado	65	37,57
	Severo	20	11,56
	Muy severo	8	4,62
	TOTAL	173	100,00
Nivel de ansiedad	Leve	93	40,26
	Moderado	71	30,74
	Severo	29	12,55
	Muy severo	38	16,45
	TOTAL	231	100,00
Nivel de estrés	Leve	78	40,21
	Moderado	73	37,63
	Severo	37	19,07
	Muy severo	6	3,09
	TOTAL	194	100,00

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de la variable sexo por hospital.

Sexo		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
Femenino	Individuos	171	193	364
	% dentro de Hospital	61,73	67,25	64,54
Masculino	Individuos	106	94	200
	% dentro de Hospital	38,27	32,75	35,46
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de los grupos etarios por hospital.

Grupos etarios		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
20-35 años	Individuos	135	182	317
	% dentro de Hospital	48,74	63,41	56,21
36-45 años	Individuos	51	47	98
	% dentro de Hospital	18,41	16,38	17,38
46-60 años	Individuos	75	56	131
	% dentro de Hospital	27,08	19,51	23,23
≥61 años	Individuos	16	2	18
	% dentro de Hospital	5,78	0,70	3,19
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje del estado civil por hospital.

Estado civil		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
Soltero/a	Individuos	79	107	186
	% dentro de Hospital	28,52	37,28	32,98
Casado/a	Individuos	154	126	280
	% dentro de Hospital	55,60	43,90	49,65
Divorciado/a	Individuos	15	12	27
	% dentro de Hospital	5,42	4,18	4,79
Viudo/a	Individuos	7	18	25
	% dentro de Hospital	2,53	6,27	4,43
Unión libre	Individuos	22	24	46
	% dentro de Hospital	7,94	8,36	8,16
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de presencia o no de hijos por hospital.

Tiene hijos		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
Si	Individuos	184	167	351
	% dentro de Hospital	66,43	58,19	62,23
No	Individuos	93	120	213
	% dentro de Hospital	33,57	41,81	37,77
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de la profesión de cada encuestado por hospital.

Profesión		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
Medicina	Individuos	136	166	302
	% dentro de Hospital	49,10	57,84	53,55
Enfermería	Individuos	141	121	262
	% dentro de Hospital	50,90	42,16	46,45
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 22. Frecuencia y porcentaje del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel por hospital.

Tiempo de graduado		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
≤24 meses	Individuos	25	39	64
	% dentro de Hospital	9,03	13,59	11,35
25-60 meses	Individuos	62	93	155
	% dentro de Hospital	22,38	32,40	27,48
61-120 meses	Individuos	64	63	127
	% dentro de Hospital	23,10	21,95	22,52
121-240 meses	Individuos	42	39	81
	% dentro de Hospital	15,16	13,59	14,36
≥241 meses	Individuos	84	53	137
	% dentro de Hospital	30,32	18,47	24,29
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje del tiempo que trabaja en la institución por hospital.

Tiempo en la institución		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
1-24 meses	Individuos	110	158	268
	% dentro de Hospital	39,71	55,05	47,52
25-60 meses	Individuos	39	38	77
	% dentro de Hospital	14,08	13,24	13,65
61-120 meses	Individuos	41	39	80
	% dentro de Hospital	14,80	13,59	14,18
≥121 meses	Individuos	87	52	139
	% dentro de Hospital	31,41	18,12	24,65
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de área de trabajo por hospital.

Área de trabajo		Hospital		TOTAL
		HGEG	HPAS	
Clínicas	Individuos	154	171	325
	% dentro de Hospital	55,60	59,58	57,62
Quirúrgicas	Individuos	81	70	151
	% dentro de Hospital	29,24	24,39	26,77
Ambas	Individuos	42	46	88
	% dentro de Hospital	15,16	16,03	15,60
TOTAL	Individuos	277	287	564
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de depresión, ansiedad y estrés por hospital.

			Hospital		TOTAL
			HGEG	HPAS	
Depresión	Sí	Individuos	96	77	173
		% dentro de Hospital	34,66	26,83	30,67
	No	Individuos	181	210	391
		% dentro de Hospital	65,34	73,17	69,33
TOTAL	Individuos	277	287	564	
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00	
Ansiedad	Sí	Individuos	127	104	231
		% dentro de Hospital	45,85	36,24	40,96
	No	Individuos	150	183	333
		% dentro de Hospital	54,15	63,76	59,04
TOTAL	Individuos	277	287	564	
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00	
Estrés	Sí	Individuos	95	99	194
		% dentro de Hospital	34,30	34,49	34,4
	No	Individuos	182	188	370
		% dentro de Hospital	65,70	65,51	65,6
TOTAL	Individuos	277	287	564	
	% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00	

Tabla 26. Frecuencia y porcentaje del nivel de depresión, ansiedad y estrés por hospital.

		Hospital		TOTAL	
		HGEG	HPAS		
Nivel de depresión	Leve	Individuos	40	40	80
		% dentro de Hospital	41,67	51,95	46,24
	Moderado	Individuos	35	30	65
		% dentro de Hospital	36,46	38,96	37,57
	Severo	Individuos	13	7	20
		% dentro de Hospital	13,54	9,09	11,56
	Muy severo	Individuos	8	0	8
		% dentro de Hospital	8,33	0,00	4,62
TOTAL		Individuos	96	77	173
		% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00
Nivel de ansiedad	Leve	Individuos	55	38	93
		% dentro de Hospital	43,31	36,54	40,26
	Moderado	Individuos	33	38	71
		% dentro de Hospital	25,98	36,54	30,74
	Severo	Individuos	17	12	29
		% dentro de Hospital	13,39	11,54	12,55
	Muy severo	Individuos	22	16	38
		% dentro de Hospital	17,32	15,38	16,45
TOTAL		Individuos	127	104	231
		% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00
Nivel de estrés	Leve	Individuos	38	40	78
		% dentro de Hospital	40,00	40,40	40,21
	Moderado	Individuos	31	42	73
		% dentro de Hospital	32,63	42,42	37,63
	Severo	Individuos	23	14	37
		% dentro de Hospital	24,21	14,14	19,07
	Muy severo	Individuos	3	3	6
		% dentro de Hospital	3,16	3,03	3,09
TOTAL		Individuos	95	99	194
		% dentro de Hospital	100,00	100,00	100,00

Tabla 27. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con la variable sexo.

		Sexo					
		Femenino		Masculino		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	118	32,42	55	27,50	173	30,67
	No	246	67,58	145	72,50	391	69,33
TOTAL		364	100,00	200	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	163	44,78	68	34,00	231	40,96
	No	201	55,22	132	66,00	333	59,04
TOTAL		364	100,00	200	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	130	35,71	64	32,00	194	34,40
	No	234	64,29	136	68,00	370	65,60
TOTAL		364	100,00	200	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:1} = 1,468$; $p = 0,226^{ns}$; *test de Fisher* = 0,252^{ns}

² $X^2_{gl:1} = 6,203$; $p = 0,013^*$; *test de Fisher* = 0,016*; *VC* = 0,105; $p = 0,011^*$; *ORP* = 1,574 (*IC95%*: 1,10 – 2,252)

³ $X^2_{gl:1} = 0,789$; $p = 0,374^{ns}$; *test de Fisher* = 0,405^{ns}

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 28. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con la variable sexo.

		Sexo					
		Femenino		Masculino		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Nivel de depresión¹	Leve	50	42,37	30	54,55	80	46,24
	Moderado	48	40,68	17	30,91	65	37,57
	Severo	14	11,86	6	10,91	20	11,56
	Muy severo	6	5,08	2	3,64	8	4,62
	TOTAL	118	100,00	55	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad²	Leve	61	37,42	32	47,06	93	40,26
	Moderado	52	31,90	19	27,94	71	30,74
	Severo	24	14,72	5	7,35	29	12,55
	Muy severo	26	15,95	12	17,65	38	16,45
	TOTAL	163	100,00	68	100,00	231	100,00
Nivel de estrés³	Leve	52	40,00	26	40,63	78	40,21
	Moderado	50	38,46	23	35,94	73	37,63
	Severo	26	20,00	11	17,19	37	19,07
	Muy severo	2	1,54	4	6,25	6	3,09
	TOTAL	130	100,00	64	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:4} = 3,699$; $p = 0,448^{ns}$

² $X^2_{gl:4} = 9,391$; $p = 0,052^{ns}$

³ $X^2_{gl:4} = 4,008$; $p = 0,405^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 29. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con los grupos etarios.

		Grupos etarios									
		20-35 años		36-45 años		46-60 años		≥61 años		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	97	30,60	31	31,63	43	32,82	2	11,11	173	30,67
	No	220	69,40	67	68,37	88	67,18	16	88,89	391	69,33
TOTAL		317	100,00	98	100,00	131	100,00	18	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	144	45,43	32	32,65	52	39,69	3	16,67	231	40,96
	No	173	54,57	66	67,35	79	60,31	15	83,33	333	59,04
TOTAL		317	100,00	98	100,00	131	100,00	18	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	120	37,85	27	27,55	43	32,82	4	22,22	194	34,40
	No	197	62,15	71	72,45	88	67,18	14	77,78	370	65,60
TOTAL		317	100,00	98	100,00	131	100,00	18	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:3} = 3,568$; $p = 0,312^{ns}$

² $X^2_{gl:3} = 9,890$; $p = 0,020^*$; $TK = 0,092$; $p = 0,019^*$

³ $X^2_{gl:3} = 5,041$; $p = 0,169^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ns = no significativo)

Tabla 30. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con los grupos etarios.

		Grupos etarios									
		20-35 años		36-45 años		46-60 años		≥61 años		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Nivel de depresión ¹	Leve	48	49,48	13	41,94	17	39,53	2	100,00	80	46,24
	Moderado	31	31,96	13	41,94	21	48,84	0	0,00	65	37,57
	Severo	14	14,43	4	12,90	2	4,65	0	0,00	20	11,56
	Muy severo	4	4,12	1	3,23	3	6,98	0	0,00	8	4,62
	TOTAL	97	100,00	31	100,00	43	100,00	2	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad ²	Leve	58	40,28	15	46,88	18	34,62	2	66,67	93	40,26
	Moderado	47	32,64	7	21,88	16	30,77	1	33,33	71	30,74
	Severo	15	10,42	5	15,63	9	17,31	0	0,00	29	12,55
	Muy severo	24	16,67	5	15,63	9	17,31	0	0,00	38	16,45
	TOTAL	144	100,00	32	100,00	52	100,00	3	100,00	231	100,00
Nivel de estrés ³	Leve	49	40,83	12	44,44	15	34,88	2	50,00	78	40,21
	Moderado	45	37,50	8	29,63	19	44,19	1	25,00	73	37,63
	Severo	23	19,17	6	22,22	7	16,28	1	25,00	37	19,07
	Muy severo	3	2,50	1	3,70	2	4,65	0	0,00	6	3,09
	TOTAL	120	100,00	27	100,00	43	100,00	4	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:12} = 11,112; p = 0,519^{ns}$

² $X^2_{gl:12} = 139,692; p = 0,321^{ns}$

³ $X^2_{gl:12} = 4,008; p = 0,405^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 31. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el estado civil.

		Estado civil											
		Soltero/a		Casado/a		Divorciado/a		Viudo/a		Unión libre		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	53	28,49	90	32,14	9	33,33	8	32,00	13	28,26	173	30,67
	No	133	71,51	190	67,86	18	66,67	17	68,00	33	71,74	391	69,33
	TOTAL	186	100,00	280	100,00	27	100,00	25	100,00	46	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	74	39,78	111	39,64	11	40,74	13	52,00	22	47,83	231	40,96
	No	112	60,22	169	60,36	16	59,26	12	48,00	24	52,17	333	59,04
	TOTAL	186	100,00	280	100,00	27	100,00	25	100,00	46	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	72	38,71	88	31,43	11	40,74	8	32,00	15	32,61	194	34,40
	No	114	61,29	192	68,57	16	59,26	17	68,00	31	67,39	370	65,60
	TOTAL	186	100,00	280	100,00	27	100,00	25	100,00	46	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:4} = 0,936; p = 0,919^{ns}$

² $X^2_{gl:4} = 2,464; p = 0,651^{ns}$

³ $X^2_{gl:4} = 3,237; p = 0,519^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 32. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el estado civil.

		Estado civil											
		Soltero/a		Casado/a		Divorciado/a		Viudo/a		Unión libre		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Nivel de depresión ¹	Leve	21	39,62	48	53,33	3	33,33	5	62,50	3	23,08	80	46,24
	Moderado	20	37,74	29	32,22	4	44,44	3	37,50	9	69,23	65	37,57
	Severo	11	20,75	6	6,67	2	22,22	0	0,00	1	7,69	20	11,56
	Muy severo	1	1,89	7	7,78	0	0,00	0	0,00	0	0,00	8	4,62
	TOTAL	53	100,00	90	100,00	9	100,00	8	100,00	13	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad ²	Leve	24	32,43	51	45,95	1	9,09	8	61,54	9	40,91	93	40,26
	Moderado	27	36,49	31	27,93	5	45,45	2	15,38	6	27,27	71	30,74
	Severo	11	14,86	10	9,01	3	27,27	2	15,38	3	13,64	29	12,55
	Muy severo	12	16,22	19	17,12	2	18,18	1	7,69	4	18,18	38	16,45
	TOTAL	74	100,00	111	100,00	11	100,00	13	100,00	22	100,00	231	100,00
Nivel de estrés ³	Leve	30	41,67	37	42,05	4	36,36	3	37,50	4	26,67	78	40,21
	Moderado	29	40,28	27	30,68	4	36,36	4	50,00	9	60,00	73	37,63
	Severo	12	16,67	20	22,73	2	18,18	1	12,50	2	13,33	37	19,07
	Muy severo	1	1,39	4	4,55	1	9,09	0	0,00	0	0,00	6	3,09
	TOTAL	72	100,00	88	100,00	11	100,00	8	100,00	15	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:16} = 20,538; p = 0,197^{ns}$

² $X^2_{gl:16} = 16,373; p = 0,427^{ns}$

³ $X^2_{gl:16} = 12,162; p = 0,733^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 33. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés la presencia o no de hijos.

		Tiene hijos					
		Si		No		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	105	29,91	68	31,92	173	30,67
	No	246	70,09	145	68,08	391	69,33
TOTAL		351	100,00	213	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	144	41,03	87	40,85	231	40,96
	No	207	58,97	126	59,15	333	59,04
TOTAL		351	100,00	213	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	115	32,76	79	37,09	194	34,40
	No	236	67,24	134	62,91	370	65,60
TOTAL		351	100,00	213	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:1} = 0,252$; $p = 0,616^{ns}$; *test de Fisher* = 0,638^{ns}

² $X^2_{gl:1} = 0,002$; $p = 0,966^{ns}$; *test de Fisher* = 1,00^{ns}

³ $X^2_{gl:1} = 1,099$; $p = 0,294^{ns}$; *test de Fisher* = 0,315^{ns}

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 34. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con la presencia o no de hijos.

		Tiene hijos					
		Si		No		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Nivel de depresión¹	Leve	46	43,81	34	50,00	80	46,24
	Moderado	45	42,86	20	29,41	65	37,57
	Severo	9	8,57	11	16,18	20	11,56
	Muy severo	5	4,76	3	4,41	8	4,62
	TOTAL	105	100,00	68	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad²	Leve	61	42,36	32	36,78	93	40,26
	Moderado	41	28,47	30	34,48	71	30,74
	Severo	20	13,89	9	10,34	29	12,55
	Muy severo	22	15,28	16	18,39	38	16,45
	TOTAL	144	100,00	87	100,00	231	100,00
Nivel de estrés³	Leve	45	39,13	33	41,77	78	40,21
	Moderado	44	38,26	29	36,71	73	37,63
	Severo	23	20,00	14	17,72	37	19,07
	Muy severo	3	2,61	3	3,80	6	3,09
	TOTAL	115	100,00	79	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:4} = 4,722$; $p = 0,317^{ns}$

² $X^2_{gl:4} = 1,919$; $p = 0,751^{ns}$

³ $X^2_{gl:4} = 1,564$; $p = 0,815^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 35. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con la variable profesión.

		Profesión					
		Medicina		Enfermería		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	68	22,52	105	40,08	173	30,67
	No	234	77,48	157	59,92	391	69,33
TOTAL		302	100,00	262	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	100	33,11	131	50,00	231	40,96
	No	202	66,89	131	50,00	333	59,04
TOTAL		302	100,00	262	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	103	34,11	91	34,73	194	34,40
	No	199	65,89	171	65,27	370	65,60
TOTAL		302	100,00	262	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:1} = 20,342$; $p \leq 0,001^{***}$; *test de Fisher* $\leq 0,001^{***}$; *VC* = 0,190; $p \leq 0,001^{***}$; *ORP* = 2,30 (*IC95%*: 1,596 – 3,319)

² $X^2_{gl:1} = 16,545$; $p \leq 0,001^{***}$; *test de Fisher* $\leq 0,001^{***}$; *VC* = 0,171; $p \leq 0,001^{***}$; *ORP* = 2,02 (*IC95%*: 1,437 – 2,840)

³ $X^2_{gl:1} = 0,024$; $p = 0,876^{ns}$; *test de Fisher* = 0,929^{ns}

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 36. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con la variable profesión.

		Profesión					
		Medicina		Enfermería		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Nivel de depresión¹	Leve	31	45,59	49	46,67	80	46,24
	Moderado	22	32,35	43	40,95	65	37,57
	Severo	11	16,18	9	8,57	20	11,56
	Muy severo	4	5,88	4	3,81	8	4,62
	TOTAL	68	100,00	105	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad²	Leve	41	41,00	52	39,69	93	40,26
	Moderado	32	32,00	39	29,77	71	30,74
	Severo	10	10,00	19	14,50	29	12,55
	Muy severo	17	17,00	21	16,03	38	16,45
	TOTAL	100	100,00	131	100,00	231	100,00
Nivel de estrés³	Leve	39	37,86	39	42,86	78	40,21
	Moderado	39	37,86	34	37,36	73	37,63
	Severo	19	18,45	18	19,78	37	19,07
	Muy severo	6	5,83	0	0,00	6	3,09
	TOTAL	103	100,00	91	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:4} = 23,480$; $p \leq 0,001^{***}$ *TK* = 0,172; $p \leq 0,001^{***}$

² $X^2_{gl:4} = 17,595$; $p = 0,001^{***}$; *TK* = 0,177; $p = 0,001^{***}$

³ $X^2_{gl:4} = 5,680$; $p = 0,224^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 37. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el tiempo que tienen un título de tercer nivel.

		Tiempo de graduado											
		≤24 meses		25-60 meses		61-120 meses		121-240 meses		≥241 meses		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	16	25,00	47	30,32	39	30,71	28	34,57	43	31,39	173	30,67
	No	48	75,00	108	69,68	88	69,29	53	65,43	94	68,61	391	69,33
TOTAL		64	100,00	155	100,00	127	100,00	81	100,00	137	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	31	48,44	59	38,06	57	44,88	31	38,27	53	38,69	231	40,96
	No	33	51,56	96	61,94	70	55,12	50	61,73	84	61,31	333	59,04
TOTAL		64	100,00	155	100,00	127	100,00	81	100,00	137	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	19	29,69	62	40,00	46	36,22	24	29,63	43	31,39	194	34,40
	No	45	70,31	93	60,00	81	63,78	57	70,37	94	68,61	370	65,60
TOTAL		64	100,00	155	100,00	127	100,00	81	100,00	137	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:4} = 1,588; p = 0,811^{ns}$

² $X^2_{gl:4} = 3,360; p = 0,499^{ns}$

³ $X^2_{gl:4} = 4,339; p = 0,362^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 38. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el tiempo que tienen un título de tercer nivel.

		Tiempo de graduado										TOTAL	
		≤24 meses		25-60 meses		61-120 meses		121-240 meses		≥241 meses		Individuos	%
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%		
Nivel de depresión ¹	Leve	9	56,25	22	46,81	19	48,72	10	35,71	20	46,51	80	46,24
	Moderado	3	18,75	15	31,91	14	35,90	14	50,00	19	44,19	65	37,57
	Severo	4	25,00	7	14,89	5	12,82	3	10,71	1	2,33	20	11,56
	Muy severo	0	0,00	3	6,38	1	2,56	1	3,57	3	6,98	8	4,62
	TOTAL	16	100,00	47	100,00	39	100,00	28	100,00	43	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad ²	Leve	14	45,16	21	35,59	23	40,35	15	48,39	20	37,74	93	40,26
	Moderado	12	38,71	20	33,90	13	22,81	8	25,81	18	33,96	71	30,74
	Severo	3	9,68	7	11,86	9	15,79	3	9,68	7	13,21	29	12,55
	Muy severo	2	6,45	11	18,64	12	21,05	5	16,13	8	15,09	38	16,45
	TOTAL	31	100,00	59	100,00	57	100,00	31	100,00	53	100,00	231	100,00
Nivel de estrés ³	Leve	9	47,37	29	46,77	15	32,61	11	45,83	14	32,56	78	40,21
	Moderado	7	36,84	24	38,71	13	28,26	8	33,33	21	48,84	73	37,63
	Severo	3	15,79	9	14,52	14	30,43	5	20,83	6	13,95	37	19,07
	Muy severo	0	0,00	0	0,00	4	8,70	0	0,00	2	4,65	6	3,09
	TOTAL	19	100,00	62	100,00	46	100,00	24	100,00	43	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:16} = 13,824; p = 0,612^{ns}$

² $X^2_{gl:16} = 11,285; p = 0,792^{ns}$

³ $X^2_{gl:16} = 22,647; p = 0,124^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 39. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones.

		Tiempo en la institución									
		1-24 meses		25-60 meses		61-120 meses		≥121 meses		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	70	26,12	27	35,06	28	35,00	48	34,53	173	30,67
	No	198	73,88	50	64,94	52	65,00	91	65,47	391	69,33
TOTAL		268	100,00	77	100,00	80	100,00	139	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	107	39,93	34	44,16	35	43,75	55	39,57	231	40,96
	No	161	60,07	43	55,84	45	56,25	84	60,43	333	59,04
TOTAL		268	100,00	77	100,00	80	100,00	139	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	99	36,94	26	33,77	24	30,00	45	32,37	194	34,40
	No	169	63,06	51	66,23	56	70,00	94	67,63	370	65,60
TOTAL		268	100,00	77	100,00	80	100,00	139	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:3} = 4,990$; $p = 0,173^{ns}$

² $X^2_{gl:3} = 0,813$; $p = 0,846^{ns}$

³ $X^2_{gl:3} = 1,719$; $p = 0,633^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 40. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones.

		Tiempo en la institución									
		1-24 meses		25-60 meses		61-120 meses		≥121 meses		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Nivel de depresión ¹	Leve	33	47,14	13	48,15	12	42,86	22	45,83	80	46,24
	Moderado	22	31,43	10	37,04	12	42,86	21	43,75	65	37,57
	Severo	12	17,14	4	14,82	3	10,71	1	2,08	20	11,56
	Muy severo	3	4,29	0	0,00	1	3,57	4	8,33	8	4,62
	TOTAL	70	100,00	27	100,00	28	100,00	48	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad ²	Leve	47	43,93	9	26,47	16	45,71	21	38,18	93	40,26
	Moderado	34	31,78	13	38,24	10	28,57	14	25,45	71	30,74
	Severo	13	12,15	2	5,88	5	14,29	9	16,36	29	12,55
	Muy severo	13	12,15	10	29,41	4	11,43	11	20,00	38	16,45
	TOTAL	107	100,00	34	100,00	35	100,00	55	100,00	231	100,00
Nivel de estrés ³	Leve	42	42,42	12	46,15	8	33,33	16	35,56	78	40,21
	Moderado	38	38,38	9	34,62	7	29,17	19	42,22	73	37,63
	Severo	15	15,15	5	19,23	8	33,33	9	20,00	37	19,07
	Muy severo	4	4,04	0	0,00	1	4,17	1	2,22	6	3,09
	TOTAL	99	100,00	26	100,00	24	100,00	45	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:12} = 15,727; p = 0,204^{ns}$

² $X^2_{gl:12} = 12,385; p = 0,415^{ns}$

³ $X^2_{gl:12} = 7,650; p = 0,812^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

Tabla 41. Análisis entre depresión, ansiedad y estrés con el área de trabajo.

		Área de trabajo							
		Clínicas		Quirúrgicas		Ambas		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Depresión¹	Si	113	34,77	36	23,84	24	27,27	173	30,67
	No	212	65,23	115	76,16	64	72,73	391	69,33
TOTAL		325	100,00	151	100,00	88	100,00	564	100,00
Ansiedad²	Si	146	44,92	54	35,76	31	35,23	231	40,96
	No	179	55,08	97	64,24	57	64,77	333	59,04
TOTAL		325	100,00	151	100,00	88	100,00	564	100,00
Estrés³	Si	130	40,00	40	26,49	24	27,27	194	34,40
	No	195	60,00	111	73,51	64	72,73	370	65,60
TOTAL		325	100,00	151	100,00	88	100,00	564	100,00

¹ $X^2_{gl:2} = 6,357$; $p = 0,042^*$; $VC = 0,106$; $p = 0,042^*$

² $X^2_{gl:2} = 4,994$; $p = 0,082^{ns}$

³ $X^2_{gl:2} = 10,684$; $p = 0,005^{**}$; $VC = 0,138$; $p = 0,005^{**}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ns = no significativo)

Tabla 42. Análisis entre el nivel de depresión, ansiedad y estrés con el área de trabajo.

		Área de trabajo							
		Clínicas		Quirúrgicas		Ambas		TOTAL	
		Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%	Individuos	%
Nivel de depresión	Leve	53	46,90	13	36,11	14	58,33	80	46,24
	Moderado	40	35,40	16	44,44	9	37,50	65	37,57
	Severo	15	13,27	4	11,11	1	4,17	20	11,56
	Muy severo	5	4,42	3	8,33	0	0,00	8	4,62
	TOTAL	113	100,00	36	100,00	24	100,00	173	100,00
Nivel de ansiedad	Leve	60	41,10	19	35,19	14	45,16	93	40,26
	Moderado	42	28,77	18	33,33	11	35,48	71	30,74
	Severo	18	12,33	9	16,67	2	6,45	29	12,55
	Muy severo	26	17,81	8	14,81	4	12,90	38	16,45
	TOTAL	146	100,00	54	100,00	31	100,00	231	100,00
Nivel de estrés	Leve	51	39,23	16	40,00	11	45,83	78	40,21
	Moderado	48	36,92	15	37,50	10	41,67	73	37,63
	Severo	26	20,00	8	20,00	3	12,50	37	19,07
	Muy severo	5	3,85	1	2,50	0	0,00	6	3,09
	TOTAL	130	100,00	40	100,00	24	100,00	194	100,00

¹ $X^2_{gl:8} = 11,347; p = 0,183^{ns}$

² $X^2_{gl:8} = 7,876; p = 0,446^{ns}$

³ $X^2_{gl:8} = 12,387; p = 0,135^{ns}$

(* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$; ^{ns} = no significativo)

9. FIGURAS

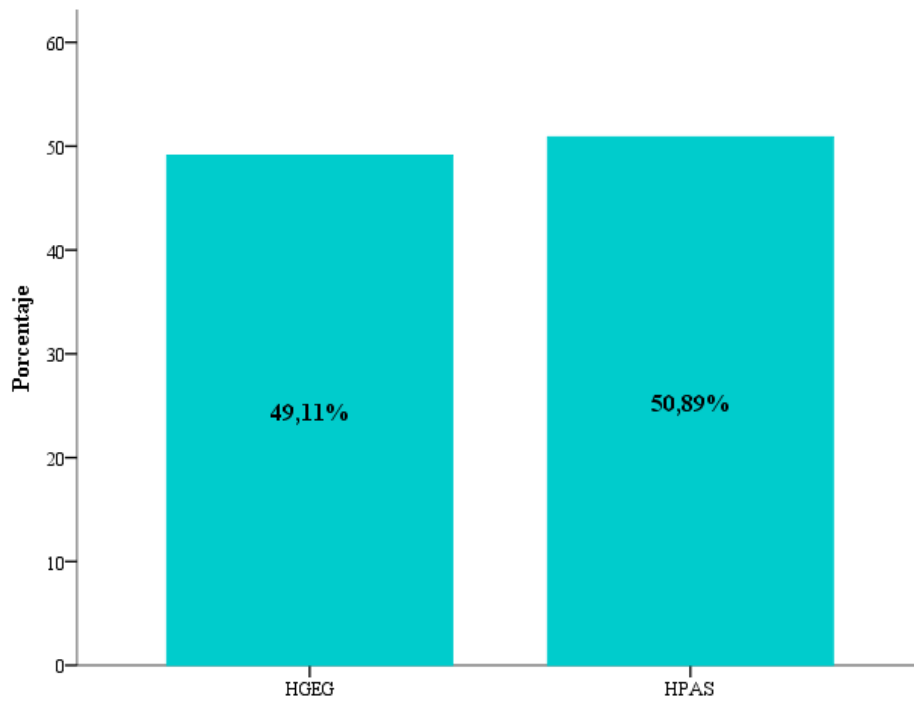


Figura 1. Distribución de muestra total.

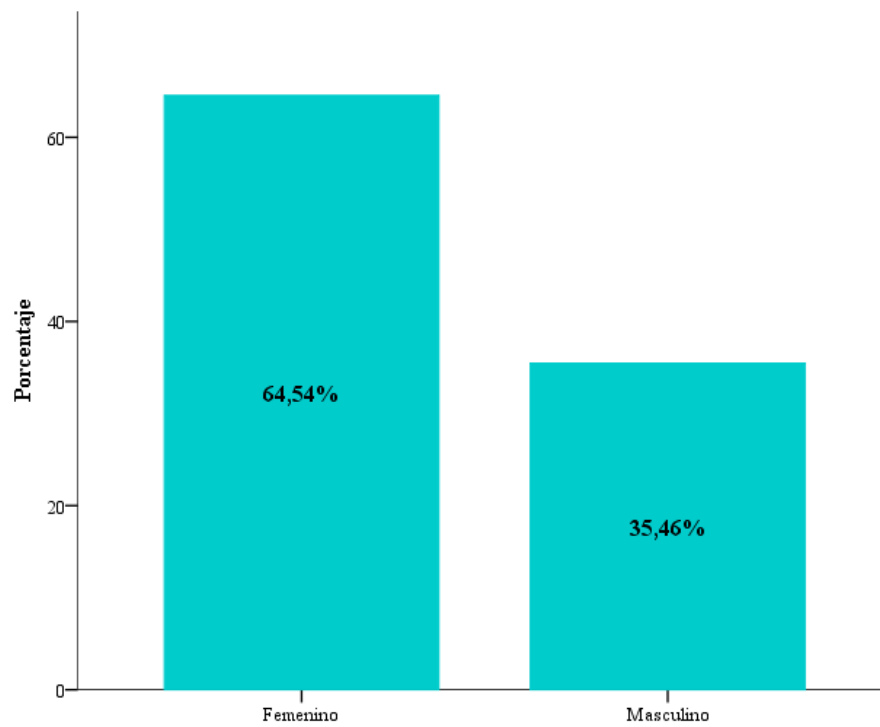


Figura 2. Distribución de la variable sexo.

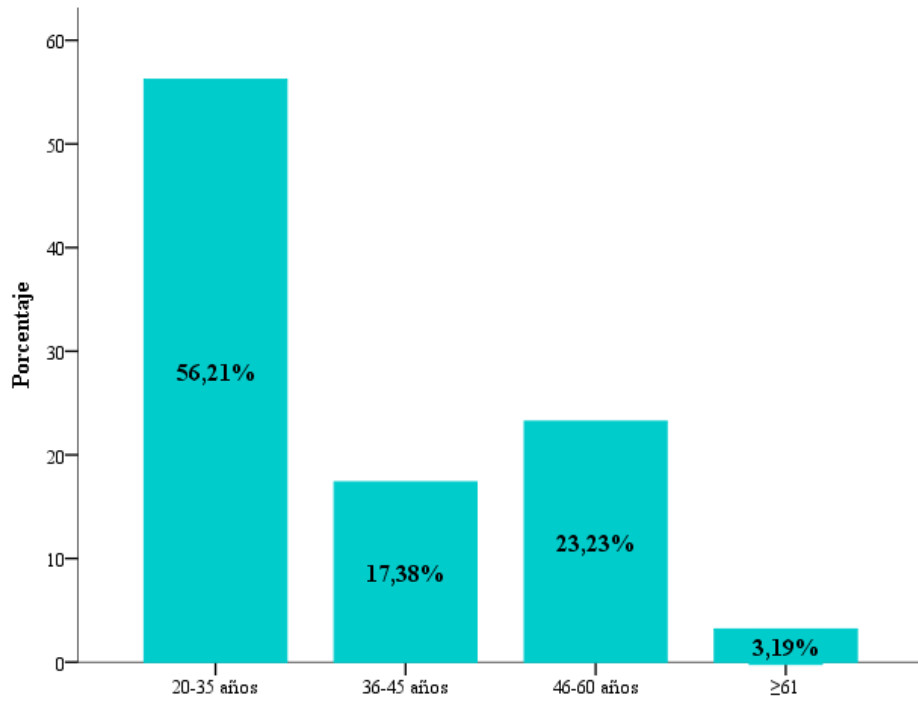


Figura 3. Distribución de los grupos etarios.

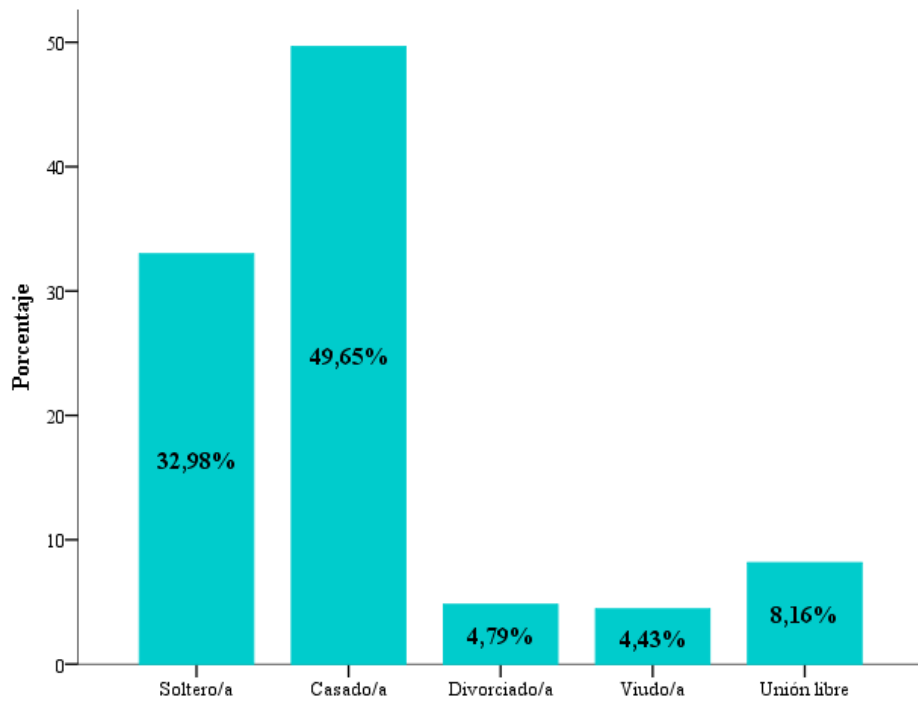


Figura 4. Distribución del estado civil.

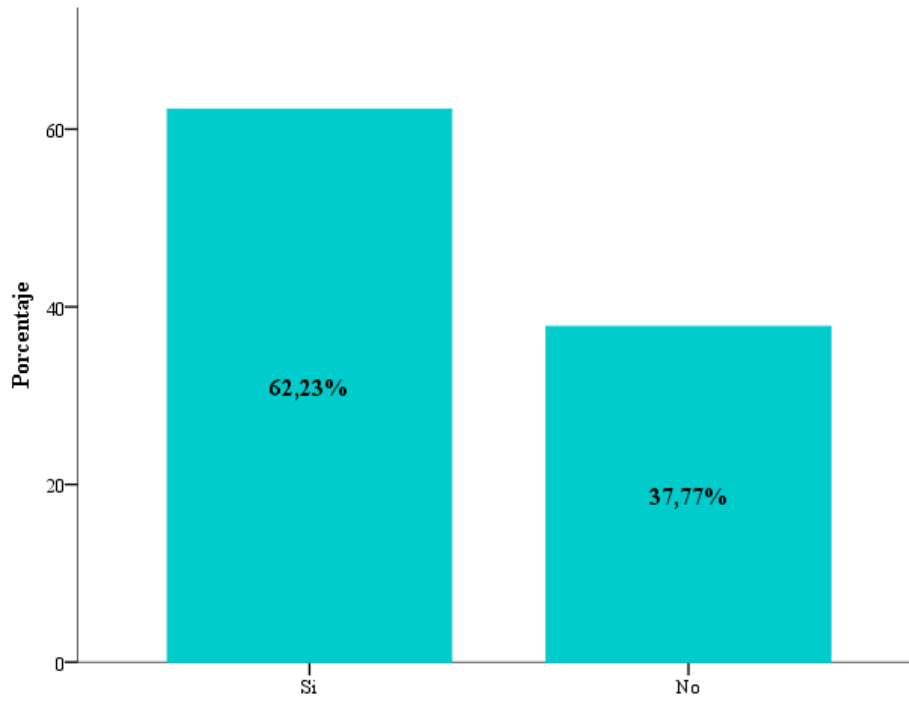


Figura 5. Distribución de la presencia o no de hijos.

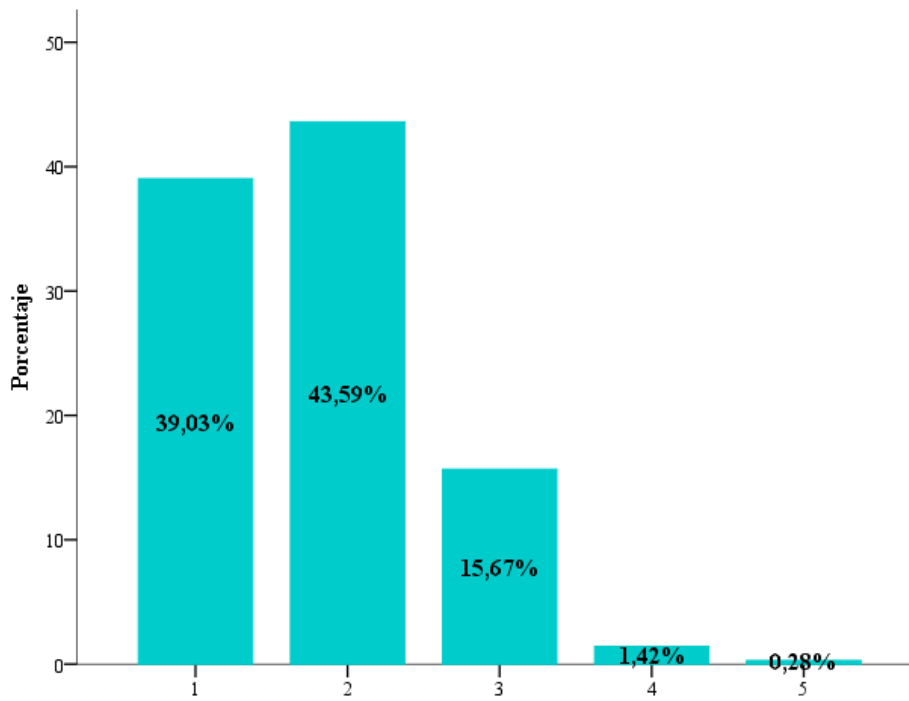


Figura 6. Distribución del número de hijos.

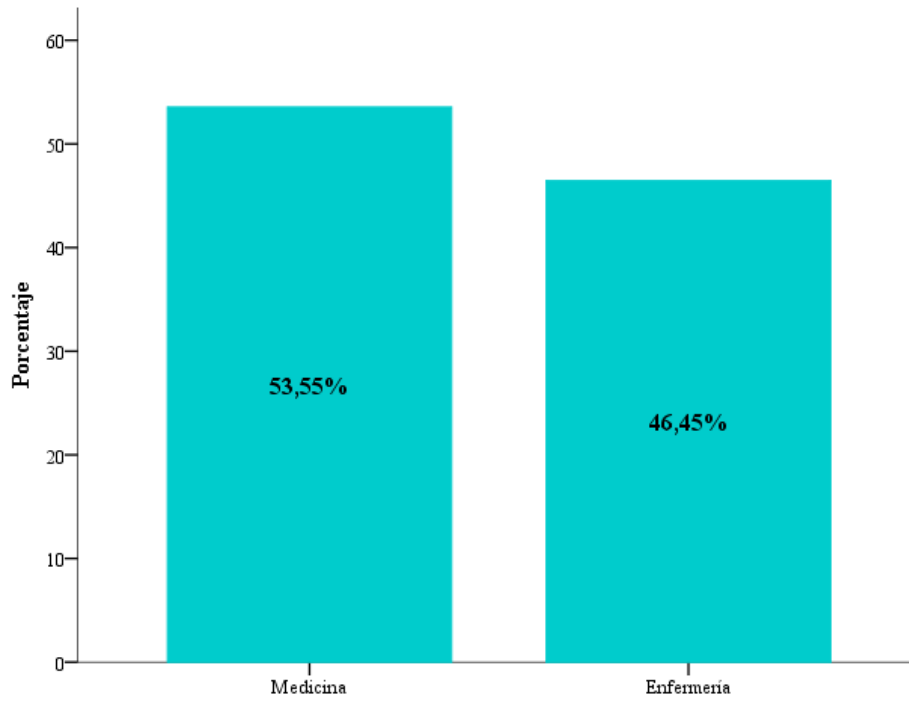


Figura 7. Distribución de la profesión.

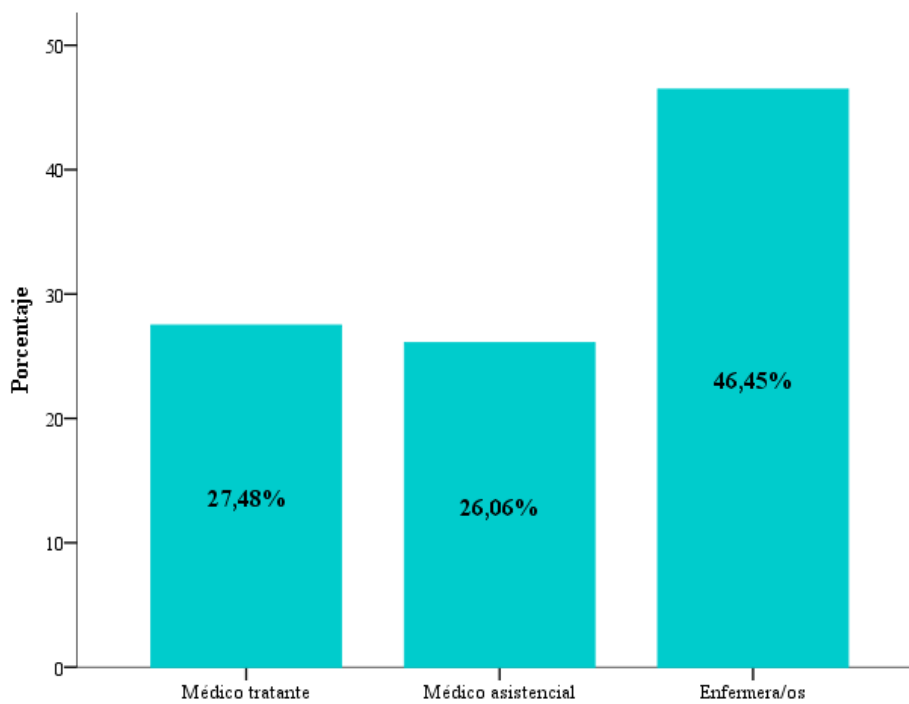


Figura 8. Distribución específica de cada profesión.

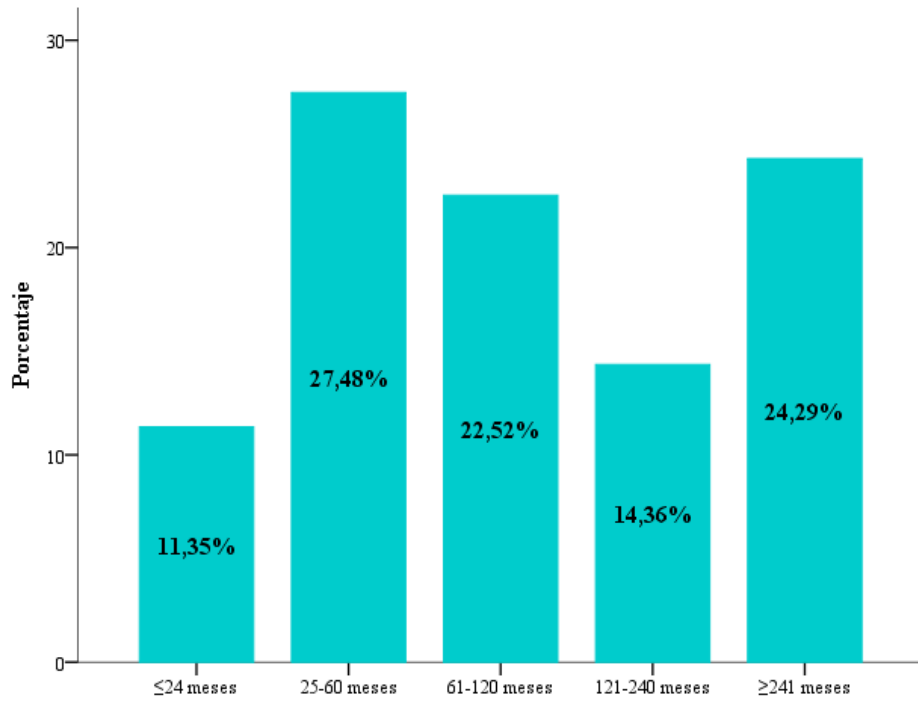


Figura 9. Distribución del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel.

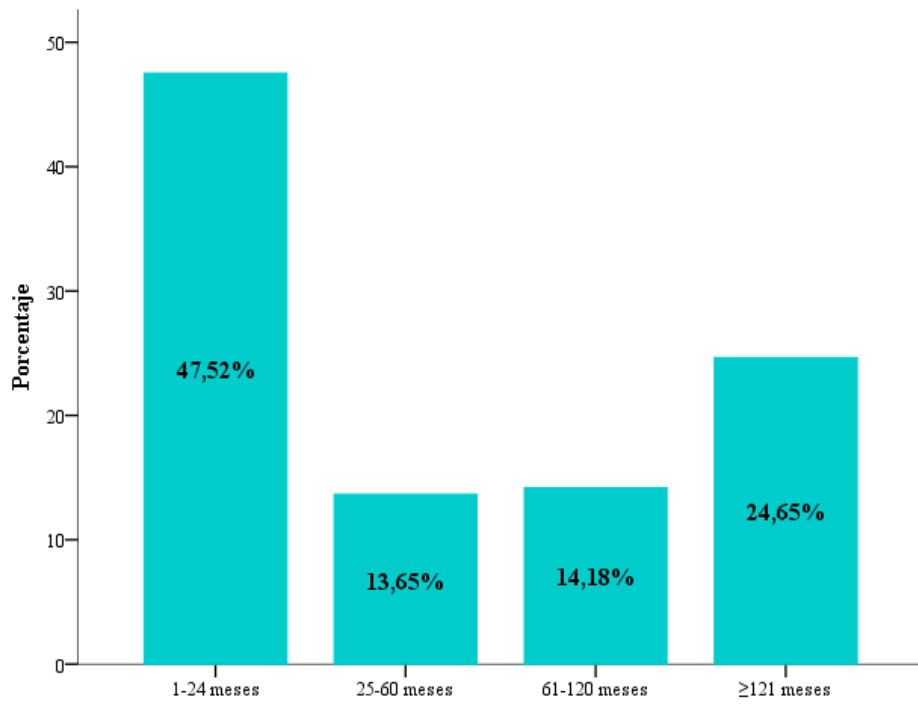


Figura 10. Distribución del tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones.

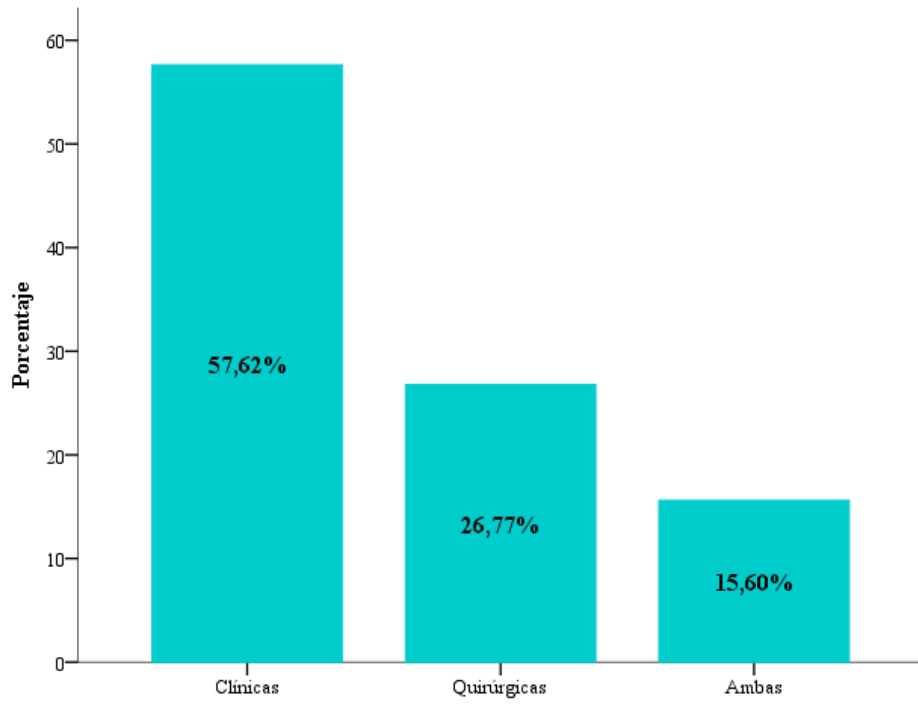


Figura 11. Distribución del área de trabajo.

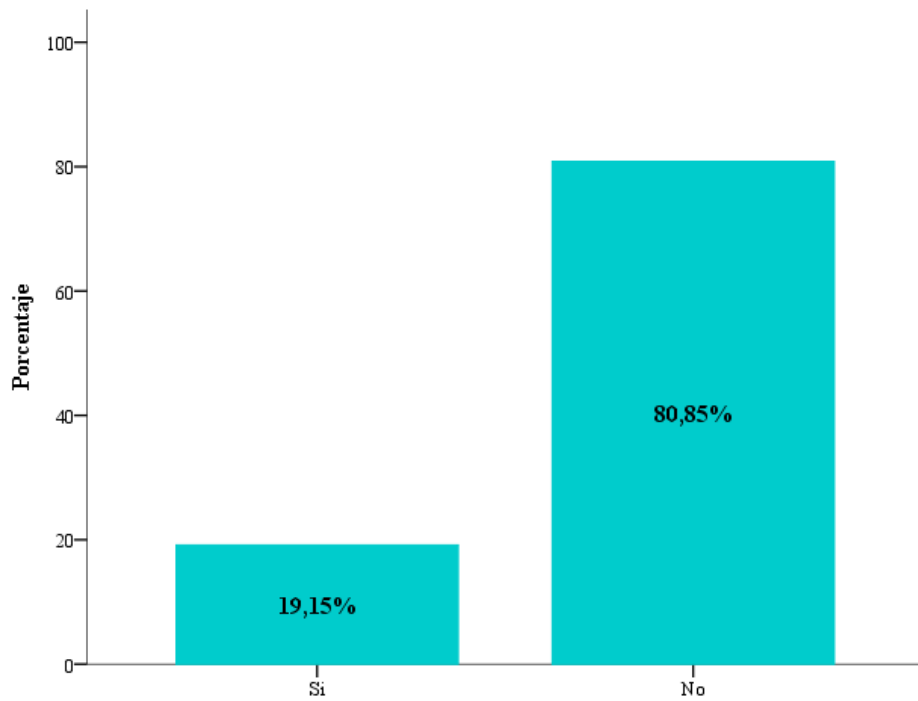


Figura 12. Distribución de la presencia o no de enfermedad crónica.

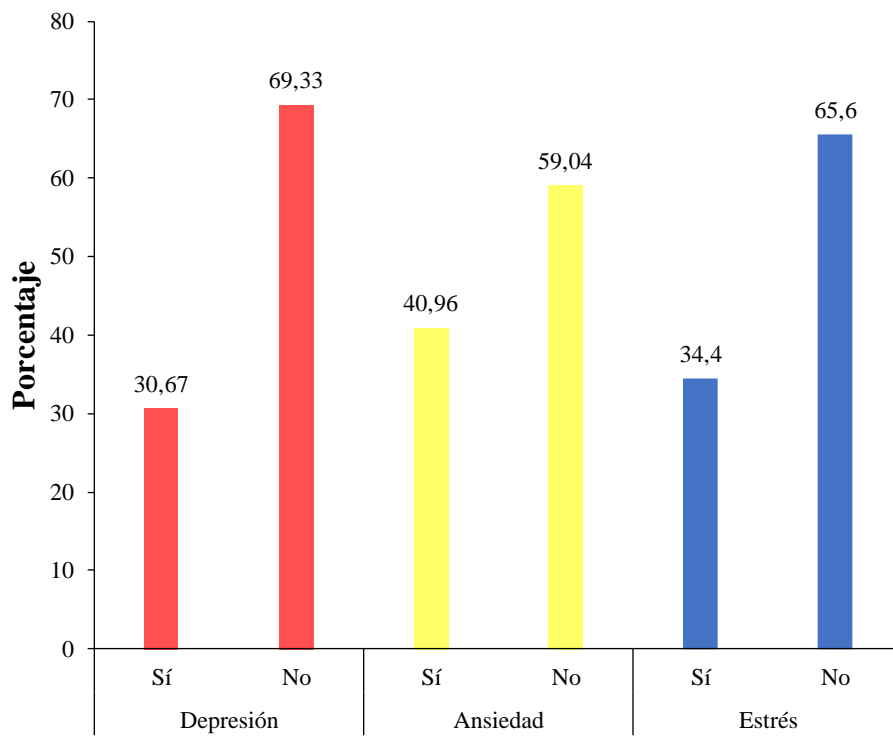


Figura 13. Distribución de depresión, ansiedad y estrés.

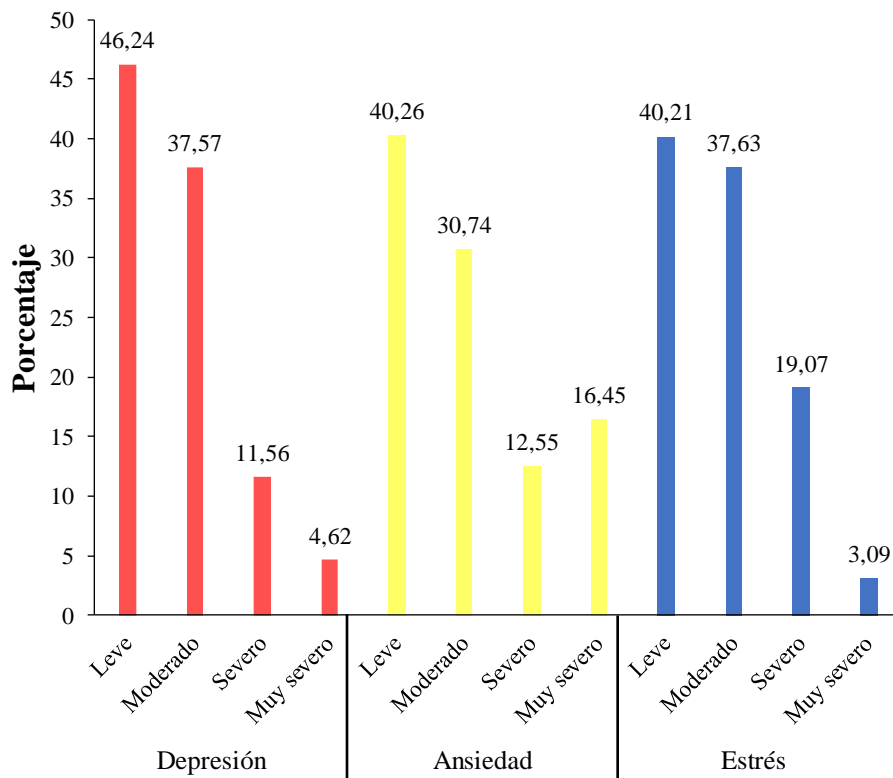


Figura 14. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés.

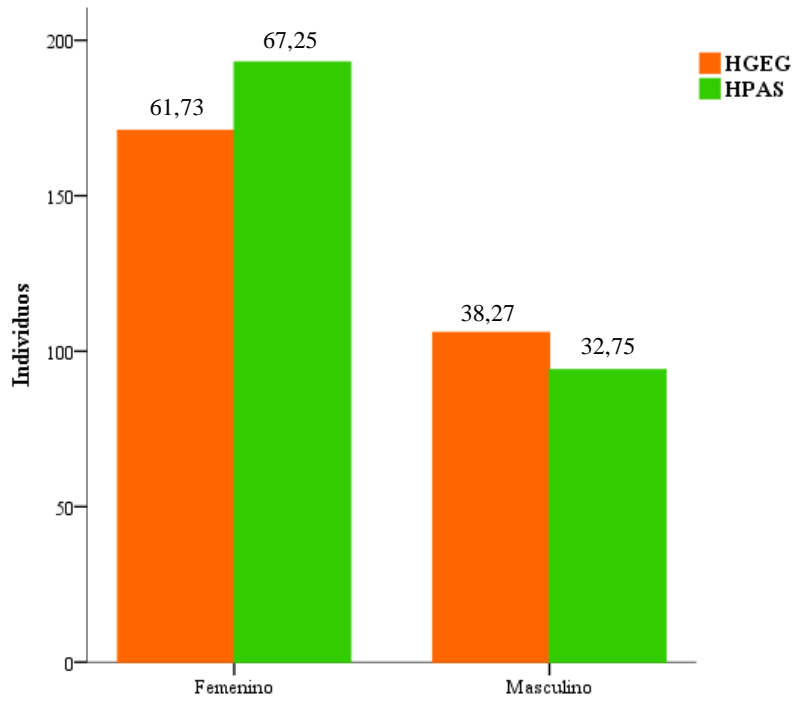


Figura 15. Distribución de la variable sexo por hospital.

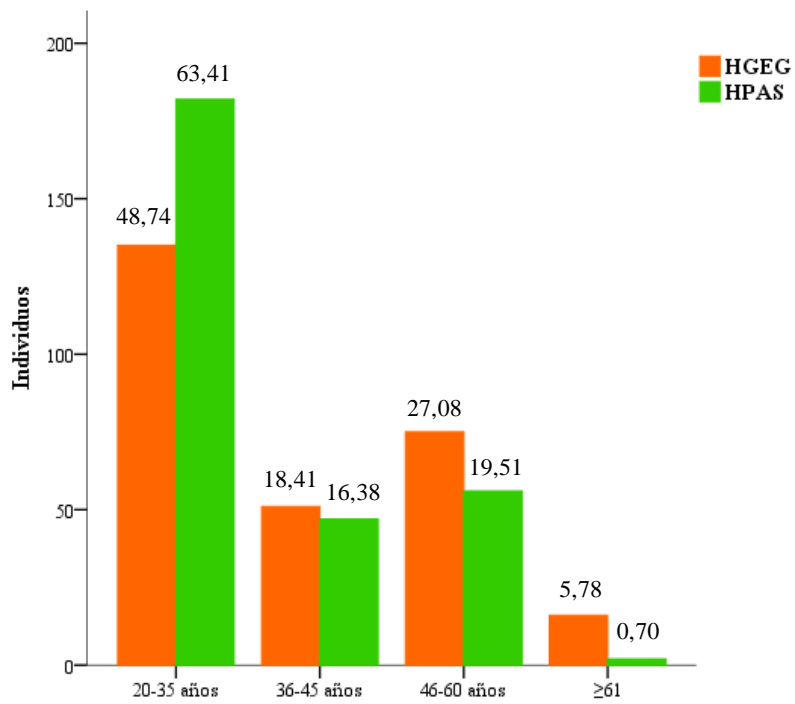


Figura 16. Distribución de los grupos etarios.

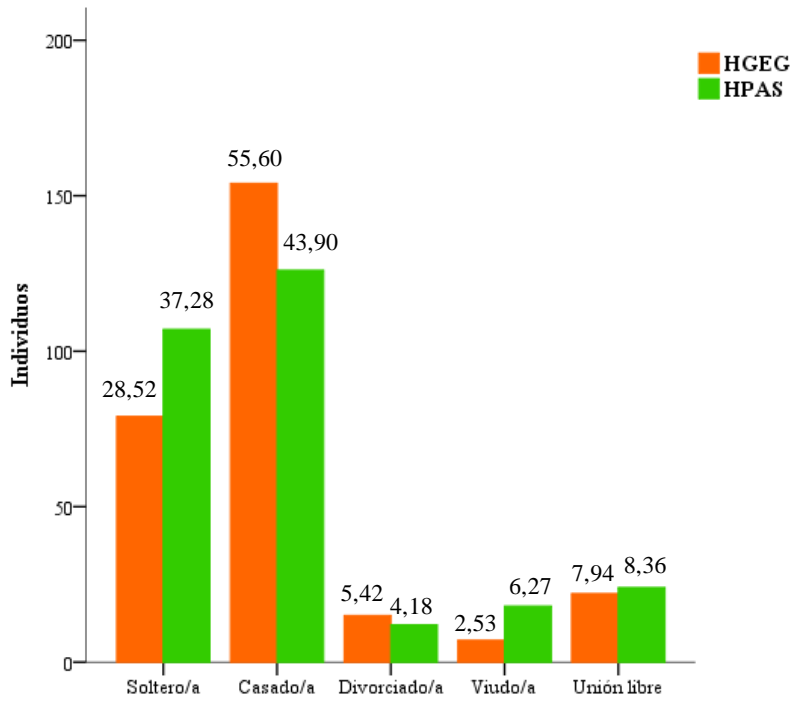


Figura 17. Distribución del estado civil por hospitales.

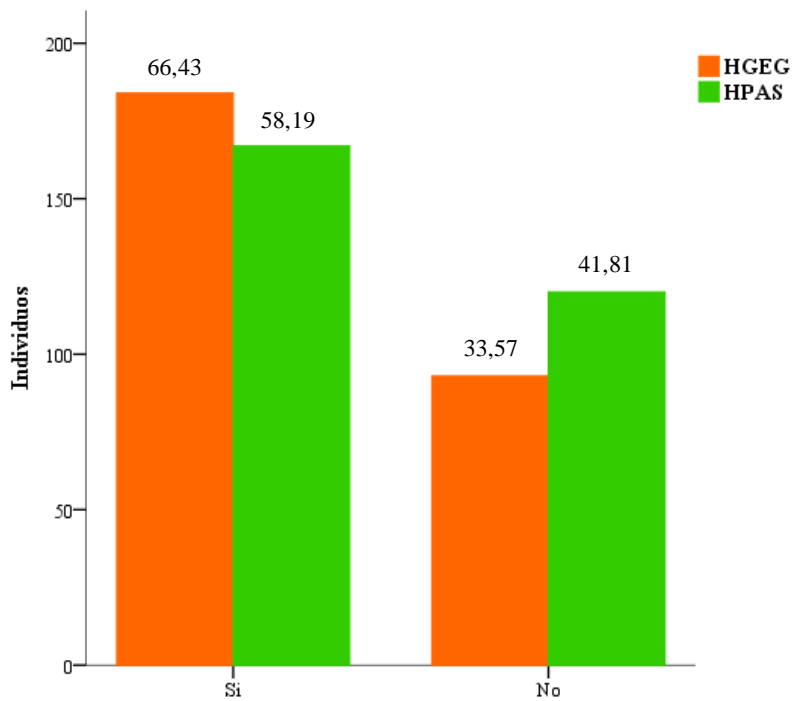


Figura 18. Distribución de la presencia o no de hijos por hospital.

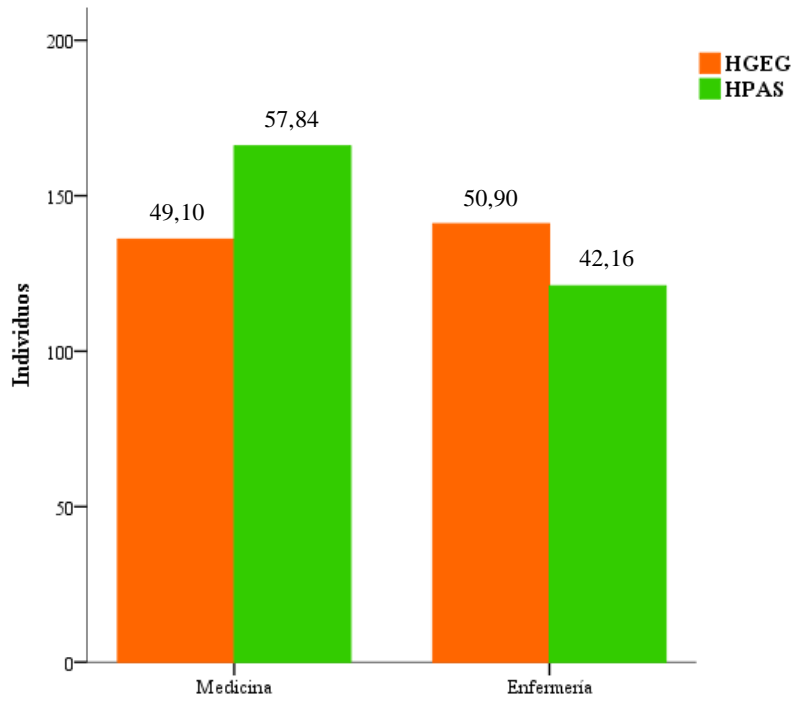


Figura 19. Distribución de la profesión por hospital.

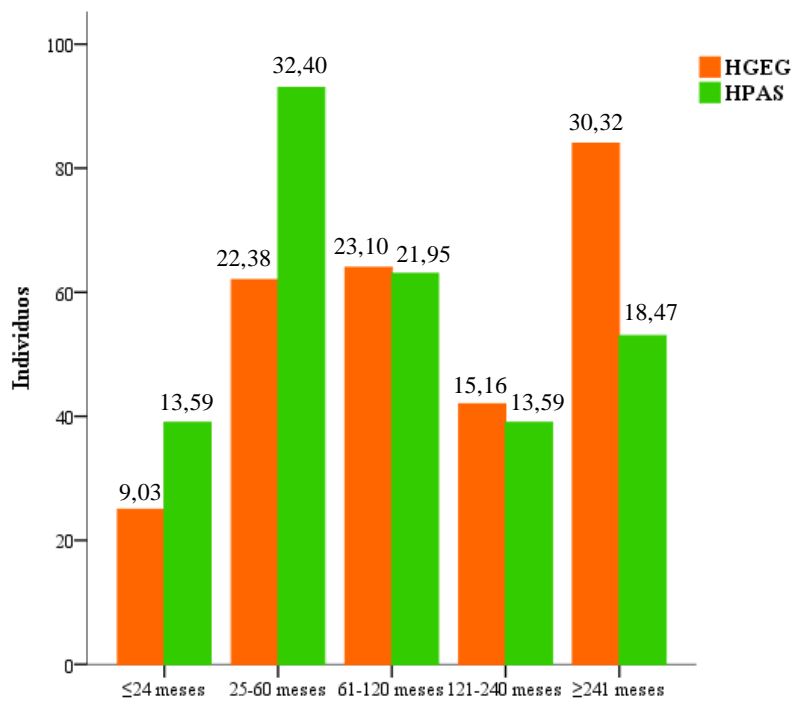


Figura 20. Distribución del tiempo desde que obtuvo el título de tercer nivel por hospitales.

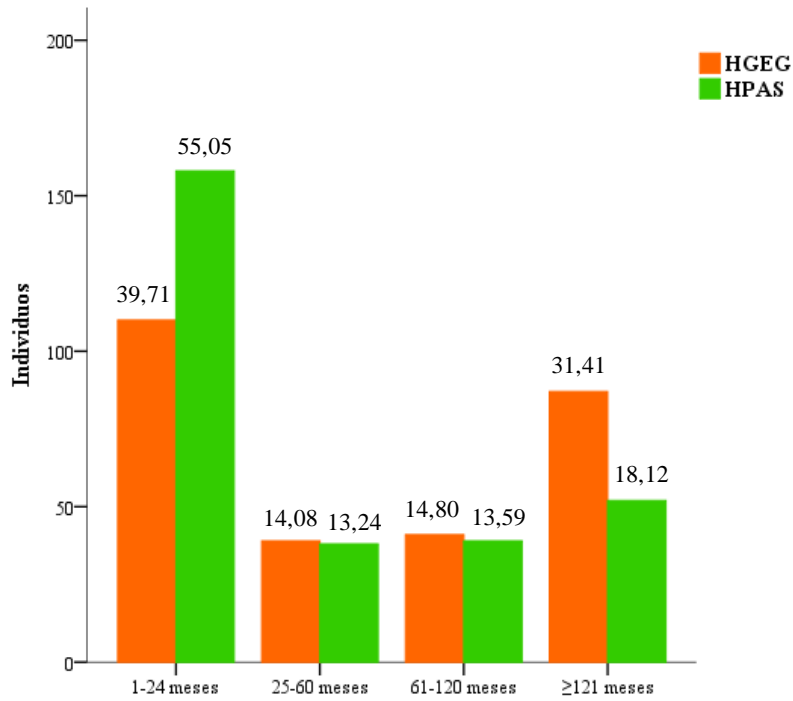


Figura 21. Distribución del tiempo trabajando en alguna de las dos instituciones por hospital.

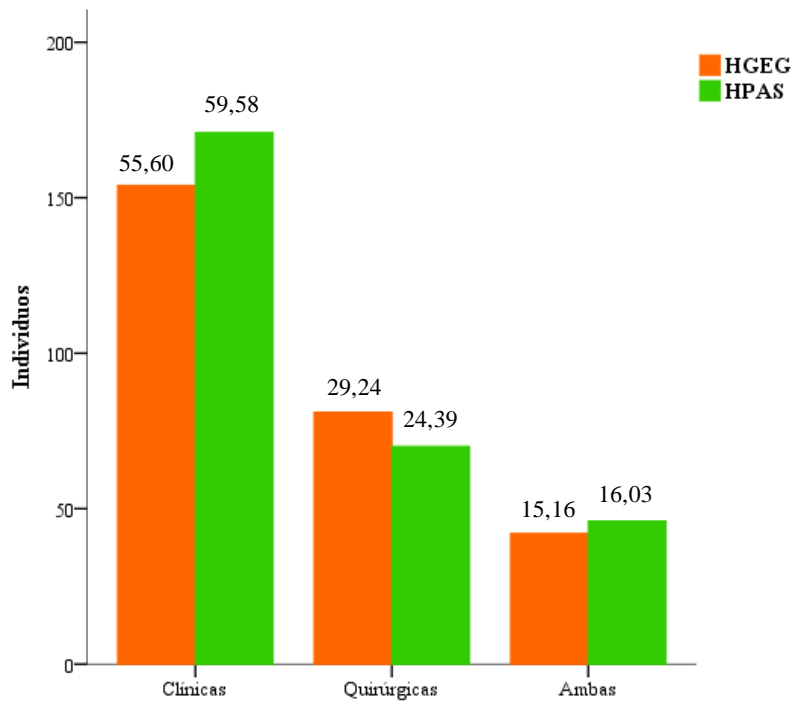


Figura 22. Distribución del área de trabajo por hospital.

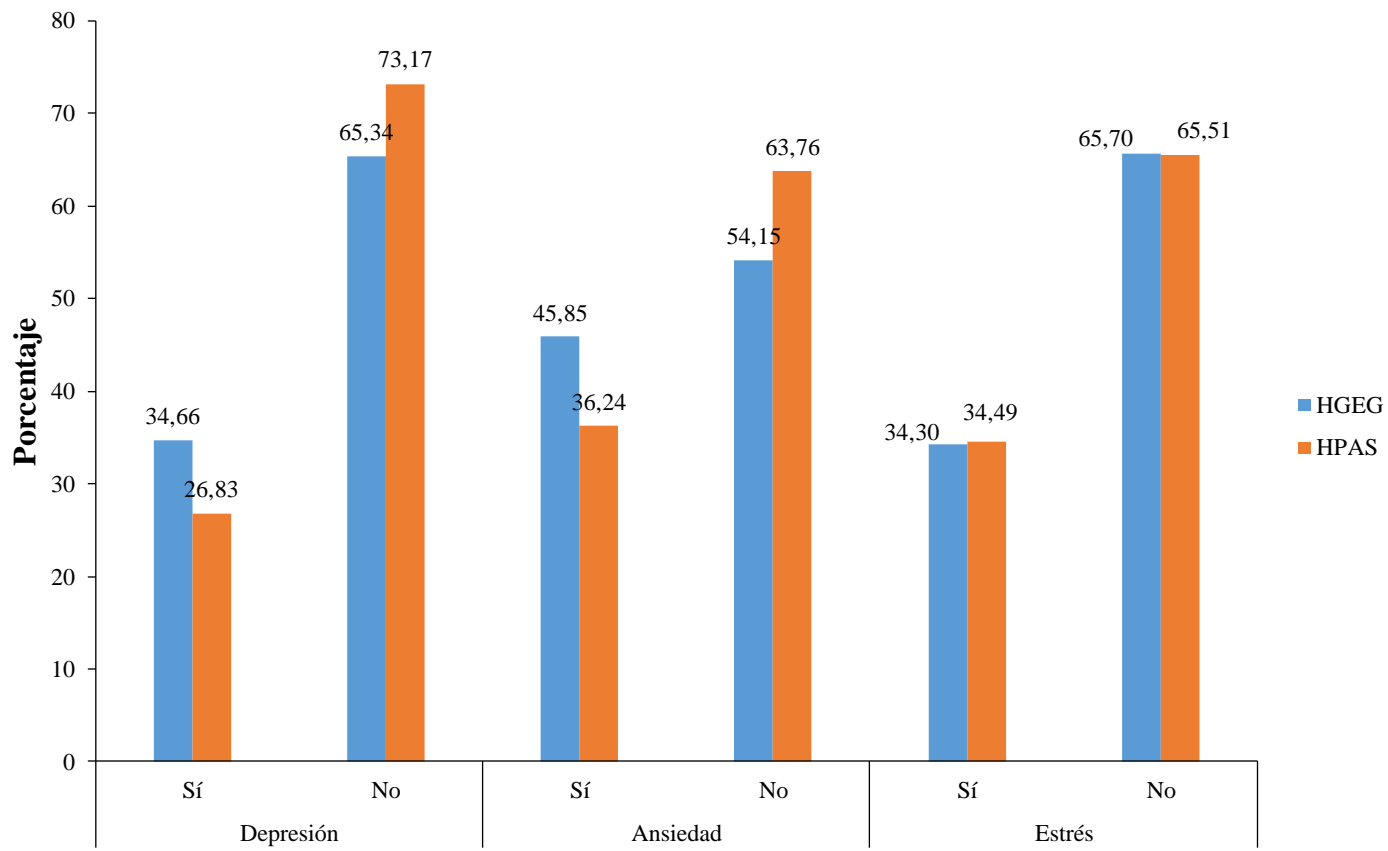


Figura 23. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés por hospitales.

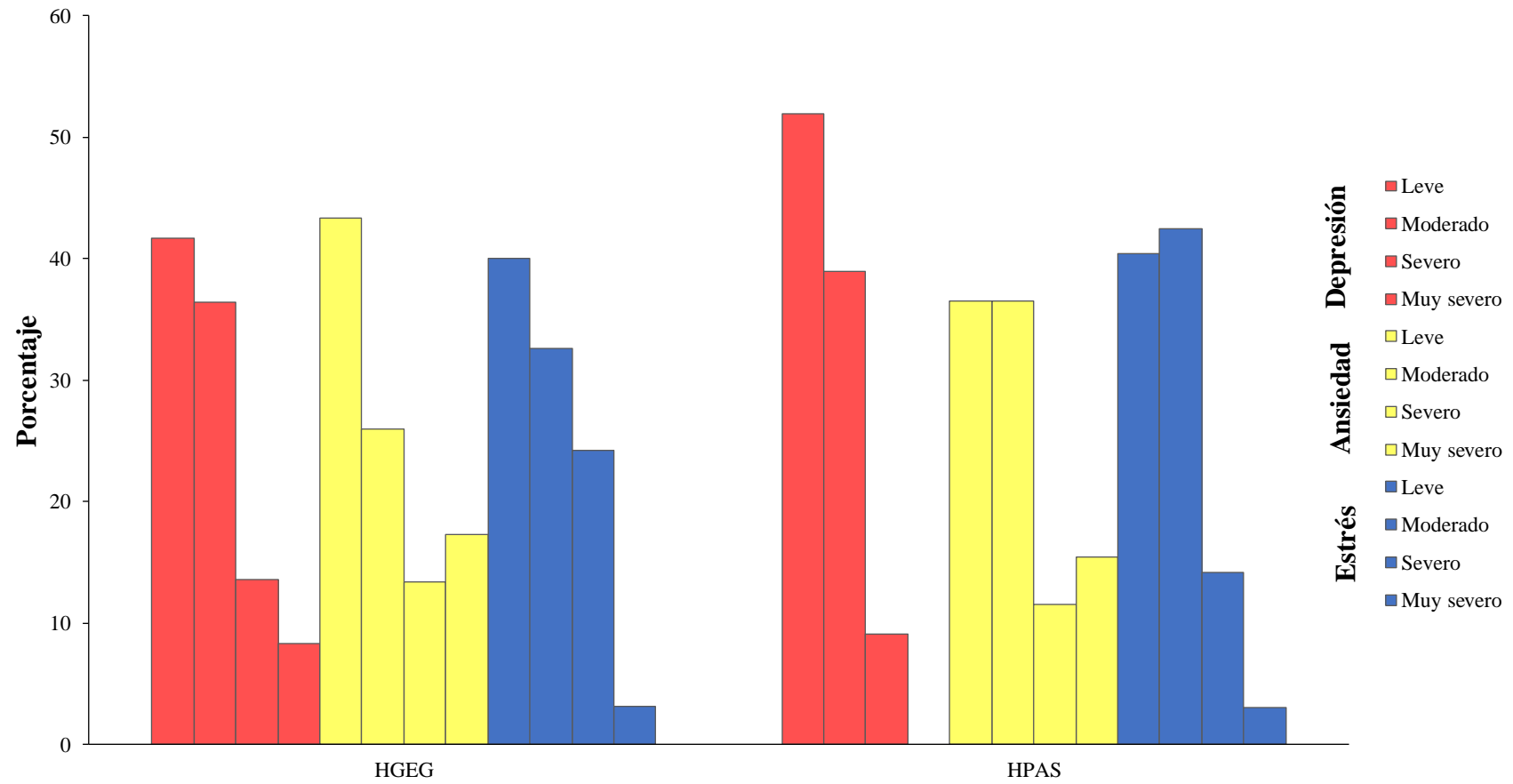


Figura 24. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés por hospitales.

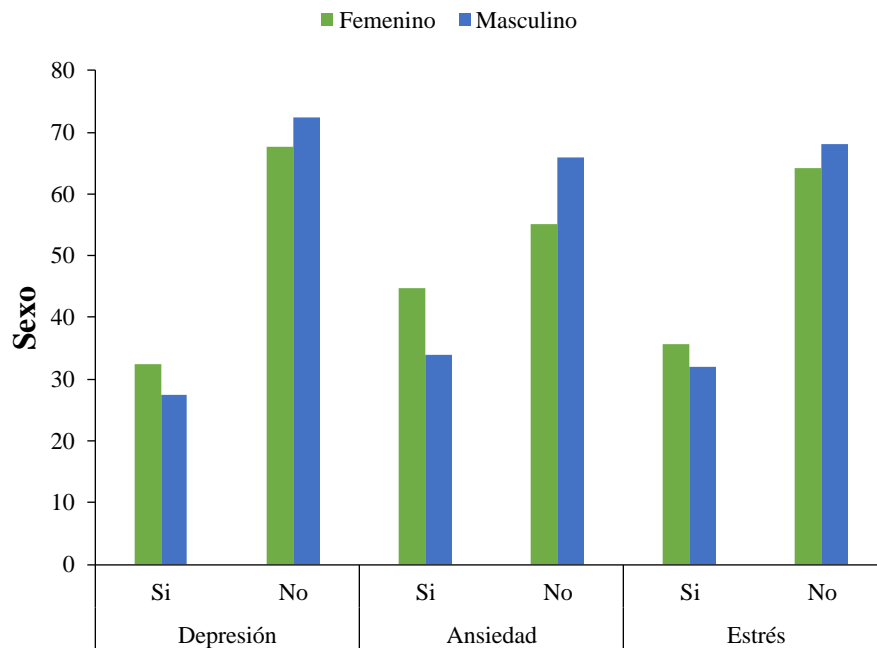


Figura 25. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función de la variable sexo.

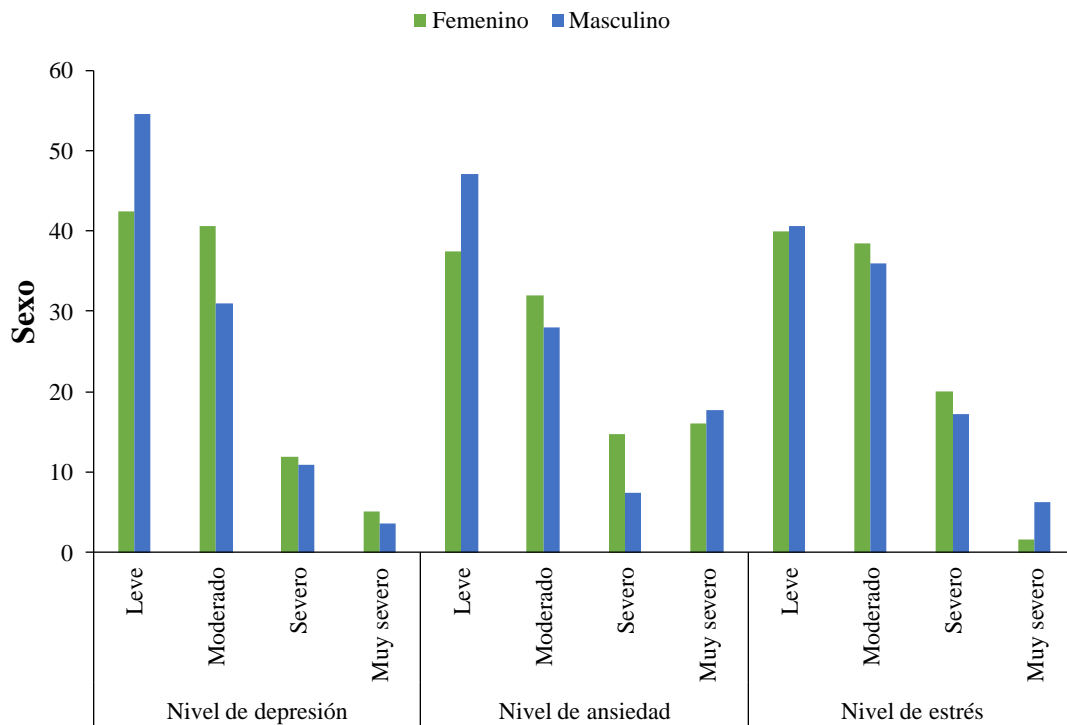


Figura 26. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función de la variable sexo.

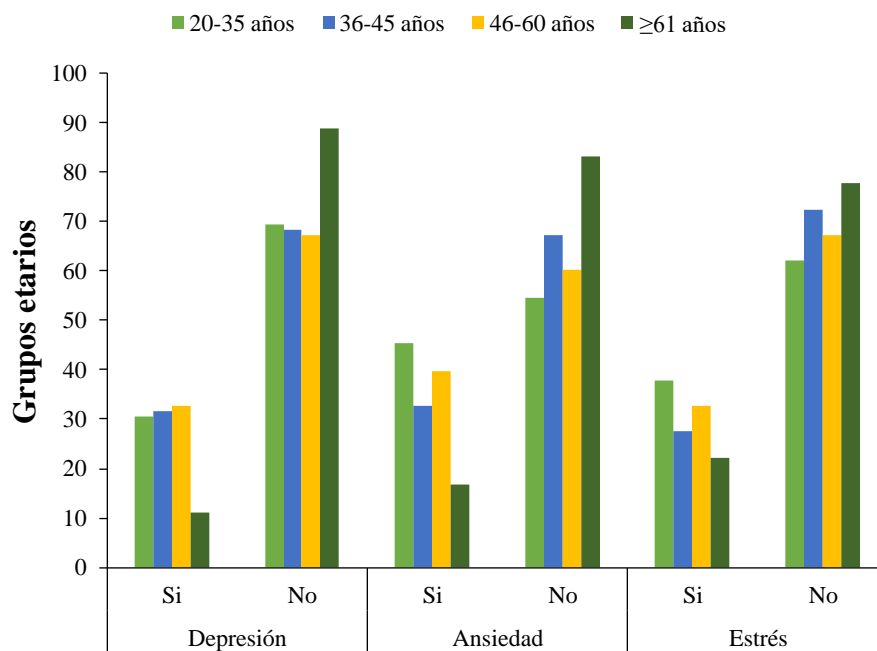


Figura 27. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función de los grupos etarios.

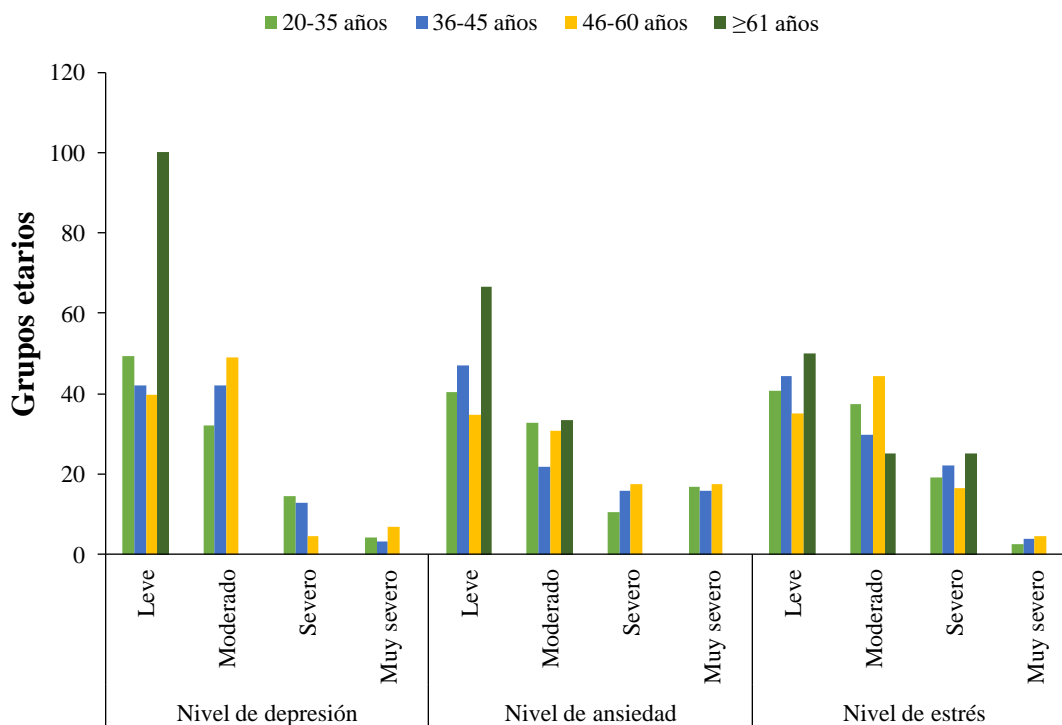


Figura 28. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función de los grupos etarios.

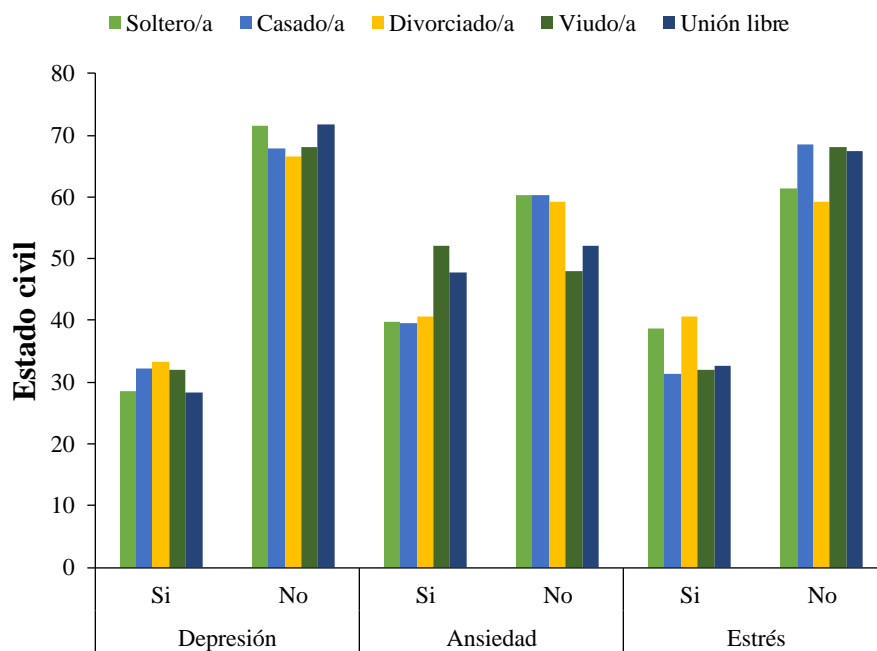


Figura 29. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del estado civil.

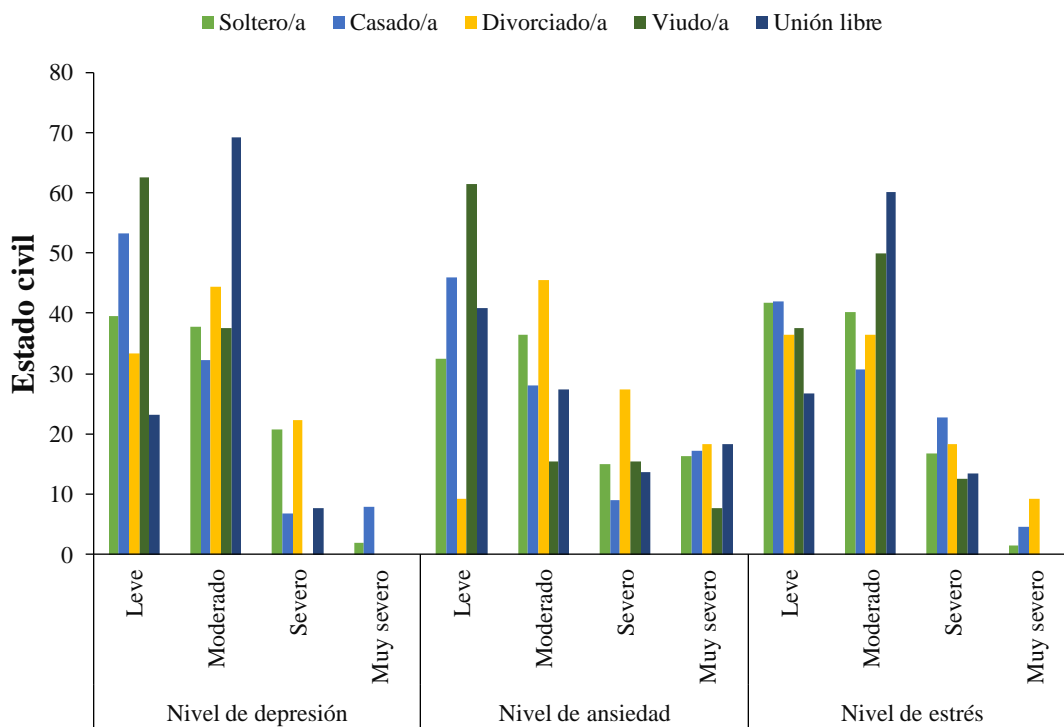


Figura 30. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del estado civil.

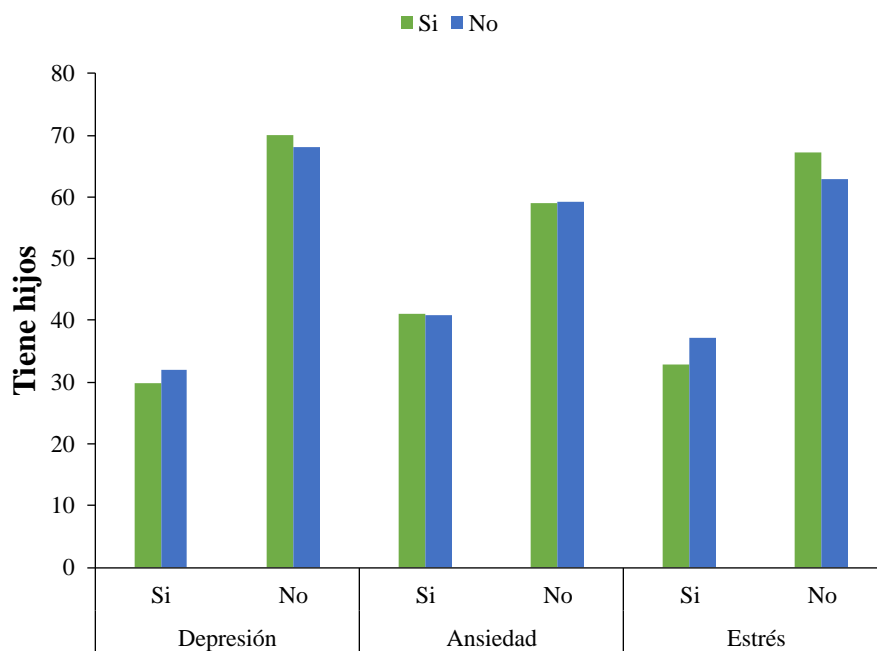


Figura 31. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del tener o no hijos.

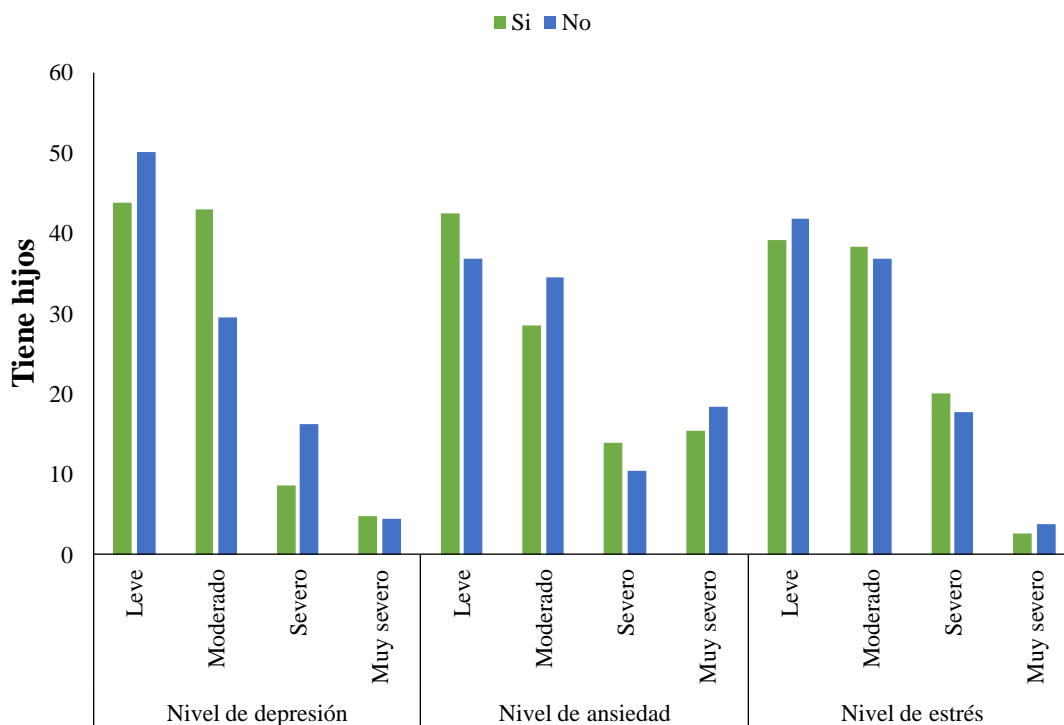


Figura 32. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del tener o no hijos.

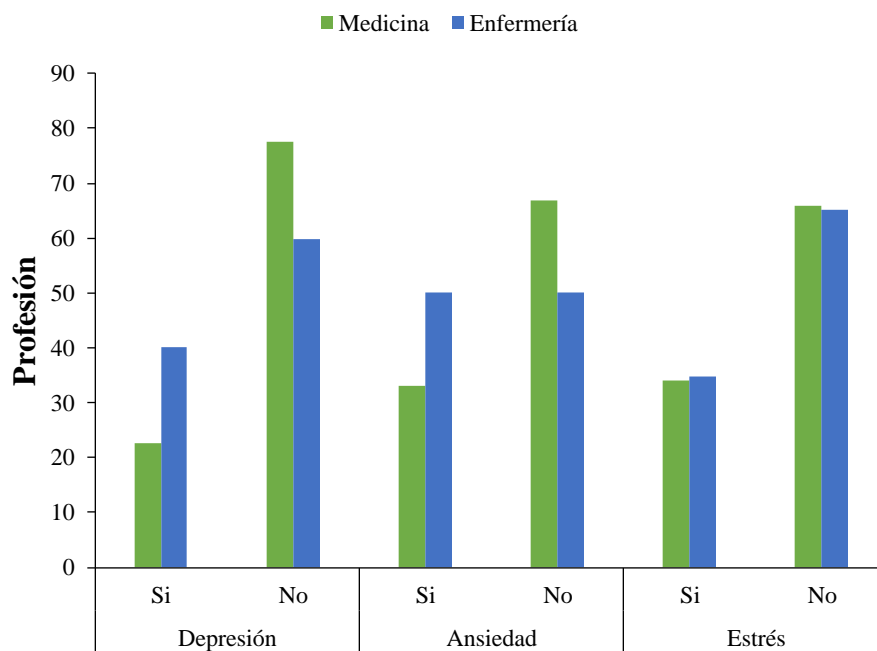


Figura 33. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función a la profesión.

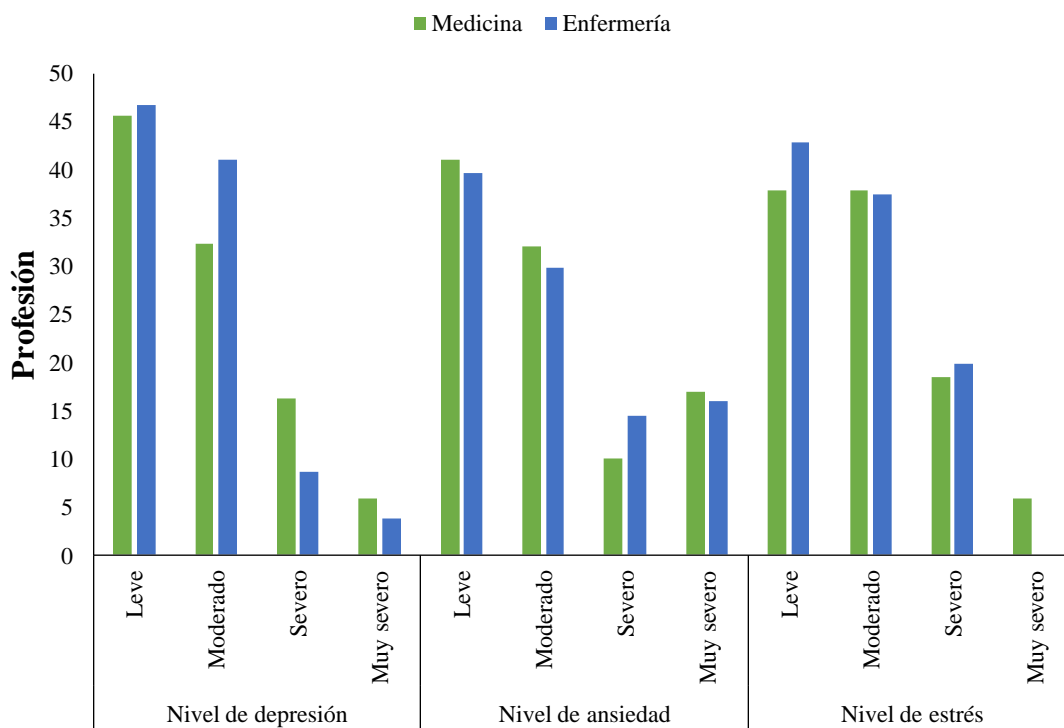


Figura 34. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función a la profesión.

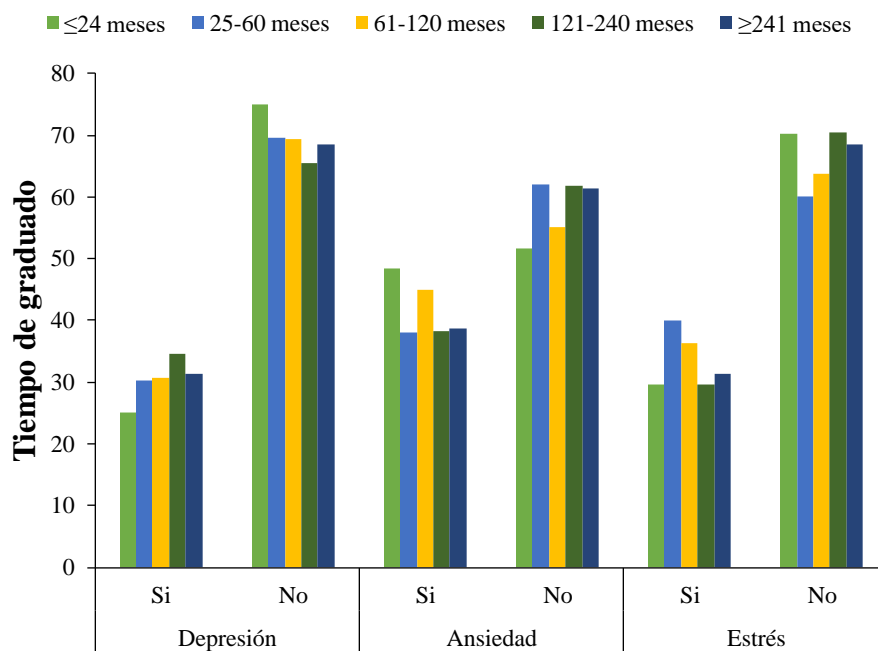


Figura 35. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo de tener un título de tercer nivel.

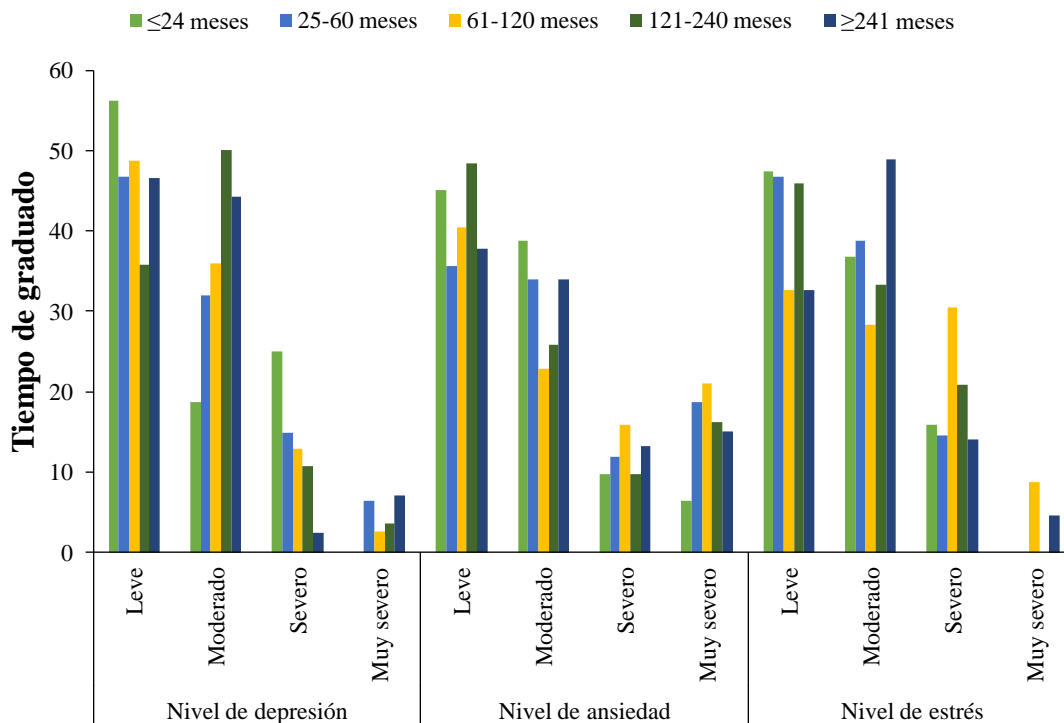


Figura 36. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo de tener un título de tercer nivel.

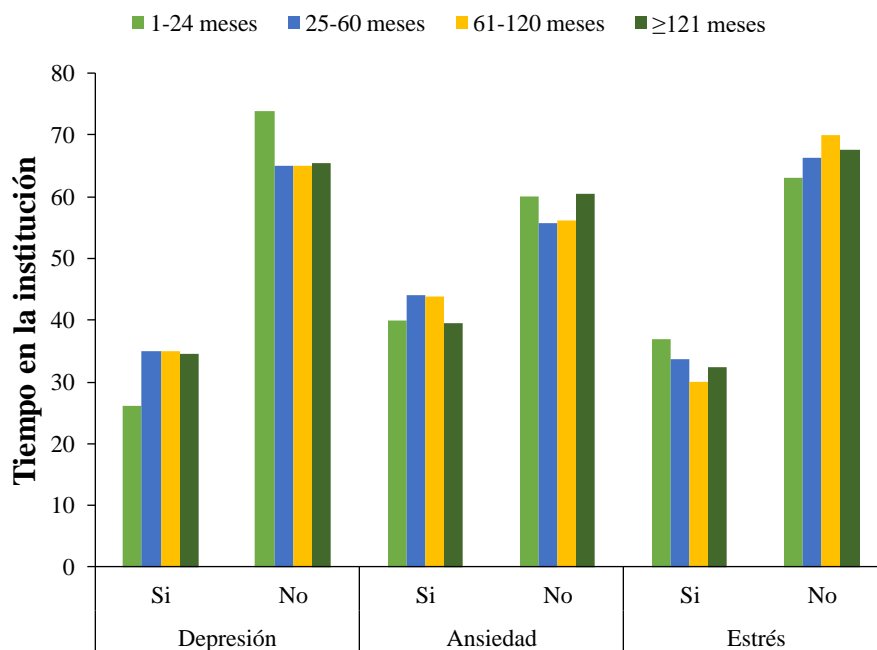


Figura 37. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo en una de las instituciones.

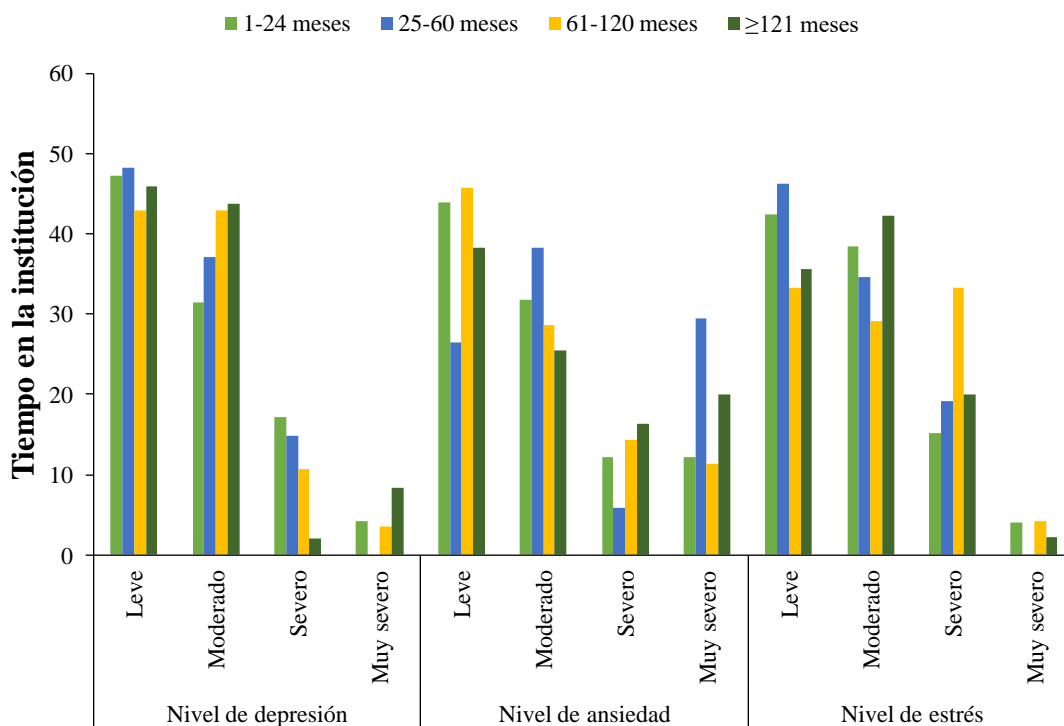


Figura 38. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del tiempo en una de las instituciones.

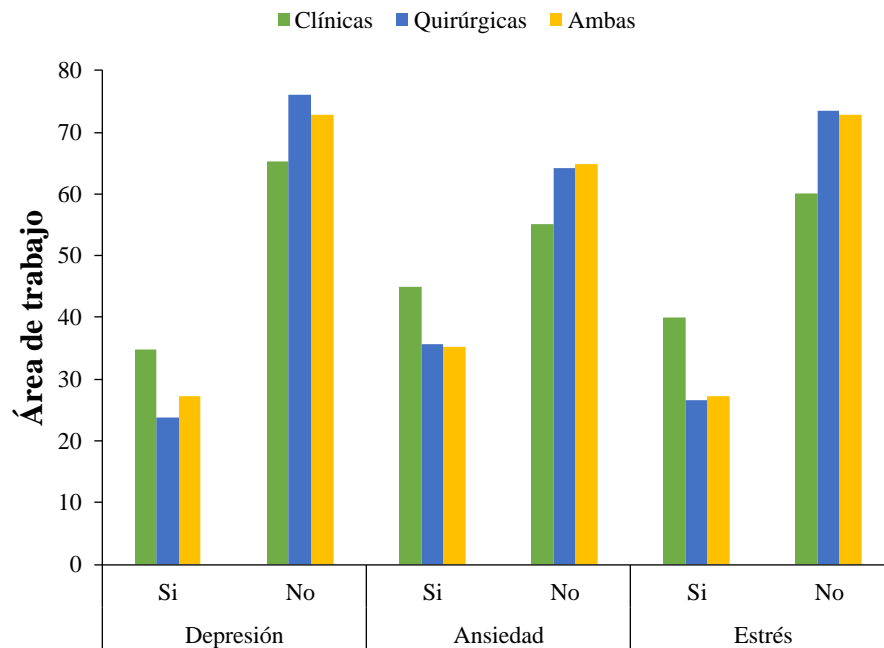


Figura 39. Distribución de la presencia de depresión, ansiedad y estrés en función del área de trabajo.

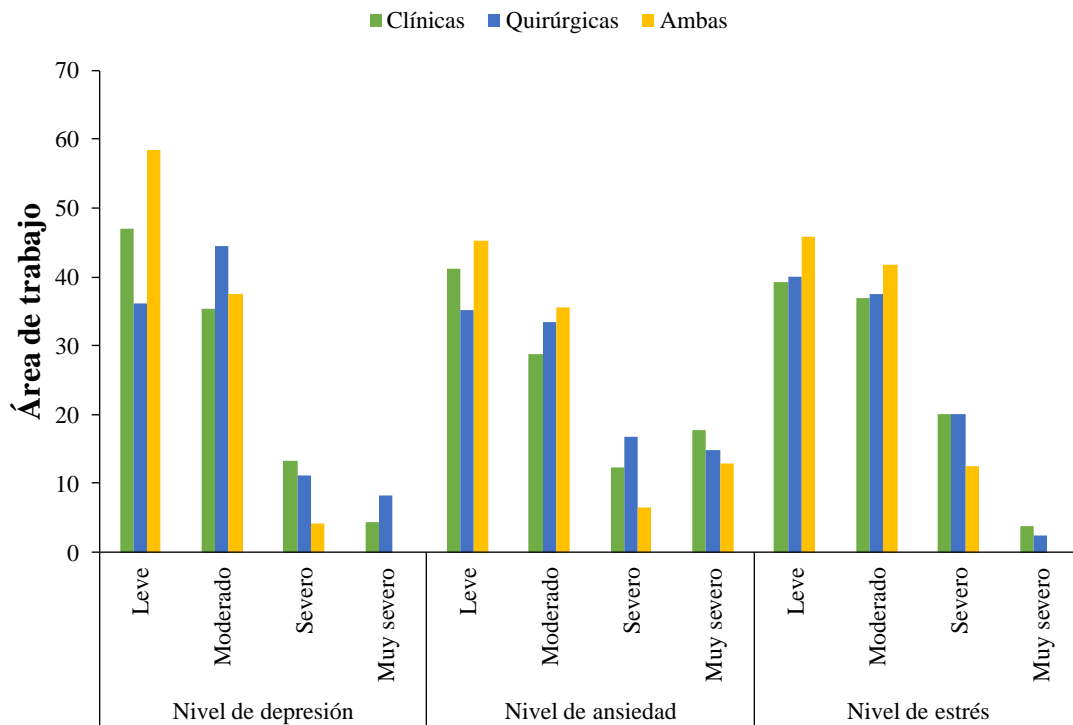


Figura 40. Distribución del nivel de depresión, ansiedad y estrés en función del área de trabajo.

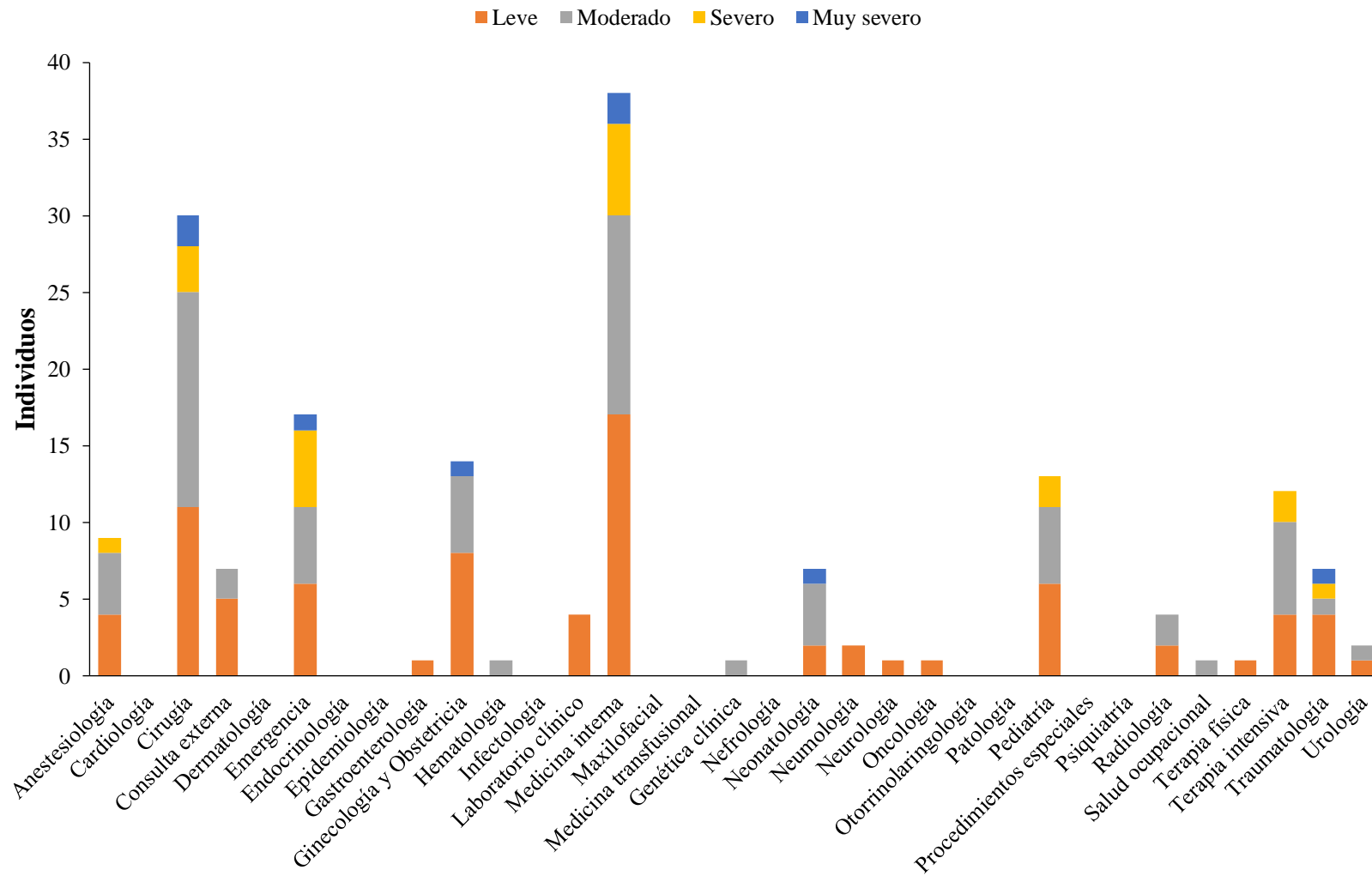


Figura 41. Distribución del nivel de depresión por especialidades.

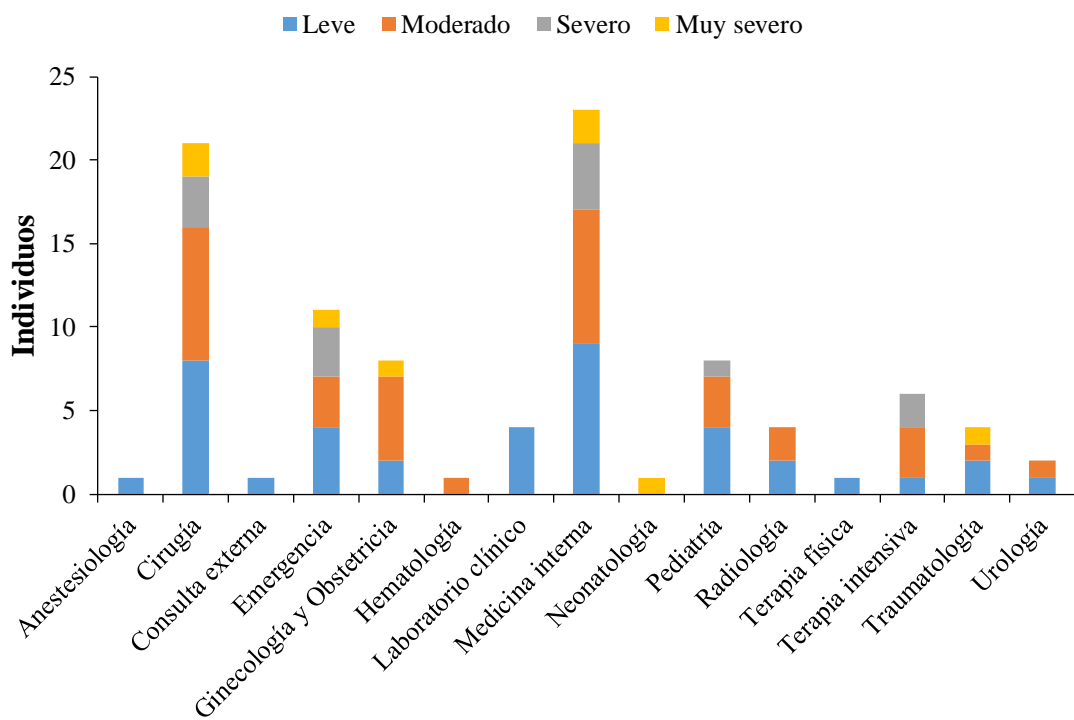


Figura 42. Distribución del nivel de depresión en el HGEG.

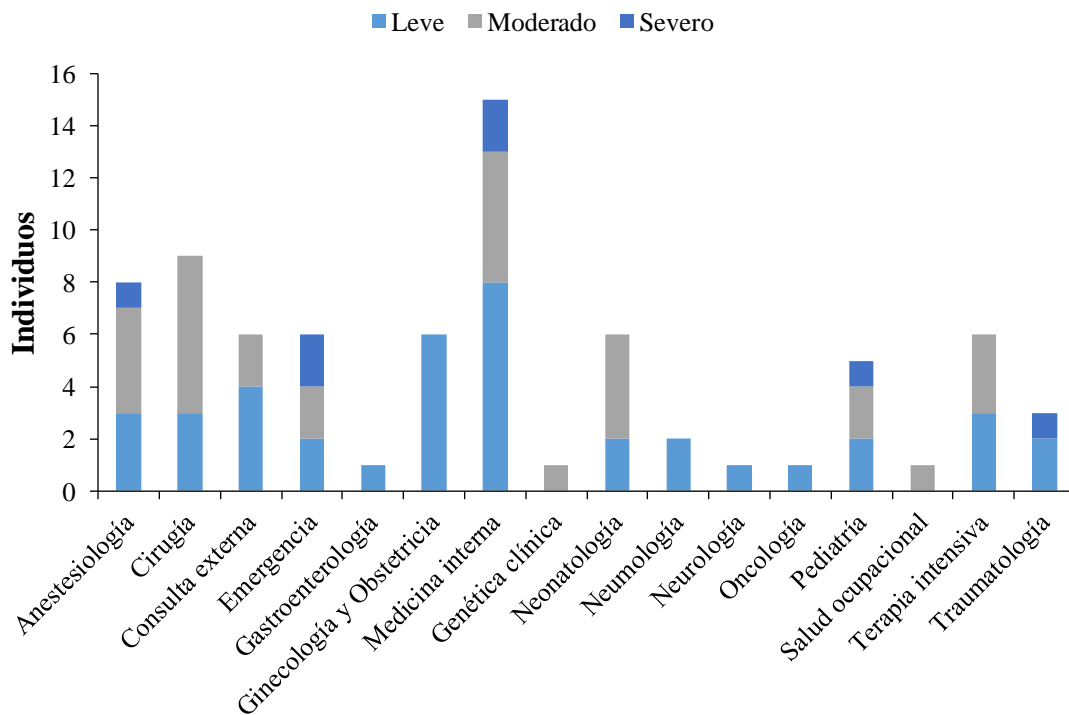
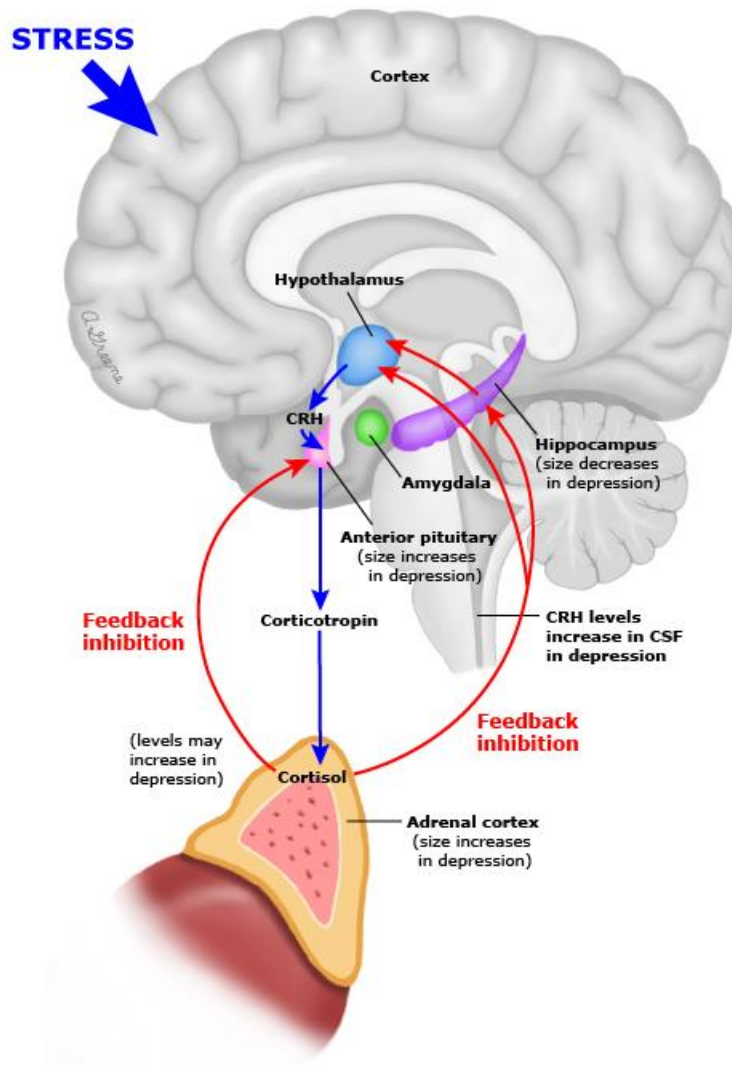


Figura 43. Distribución del nivel de depresión en el HPAS.

10. ANEXOS

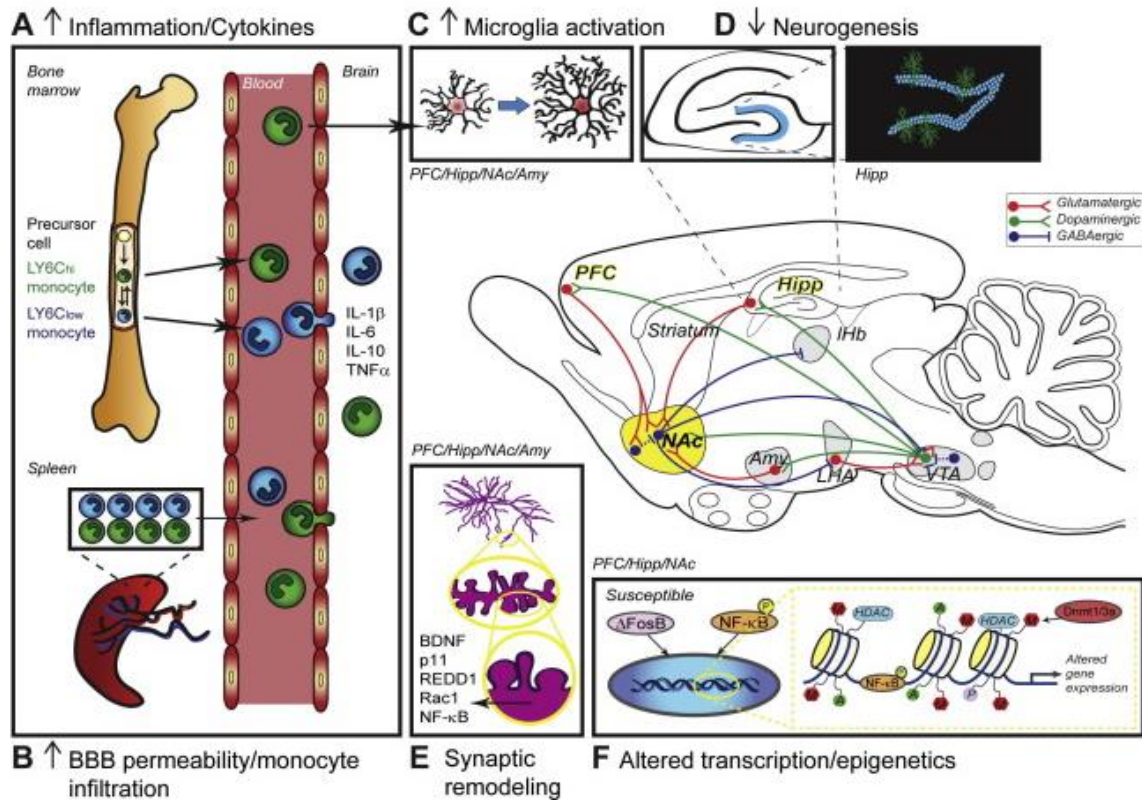
Anexo 1. Eje Hipotálamo Hipófisis Suprarrenal en la depresión.



Tomado de (Belmaker & Agam, 2008).

CRH (hormona liberadora de corticotropina),
CSF (fluido cerebro espinal)

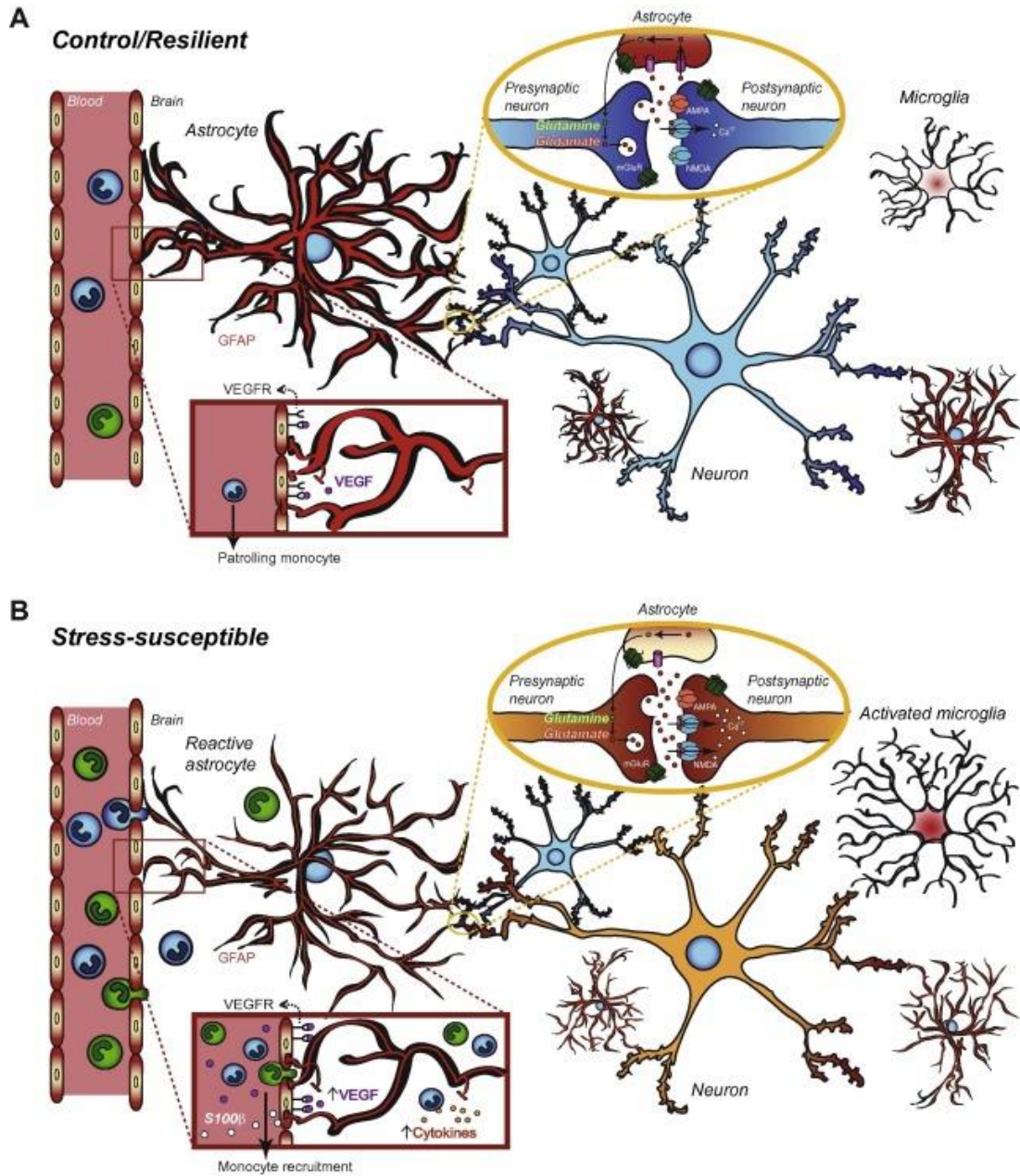
Anexo 2. Mecanismos asociados a la patogenia de la depresión.



(Ménard, Hodes, & Russo, 2016).

IL-1 β (interleucina beta 1), IL-6 (interleucina 6), IL-10 (interleucina 10), TNF α (factor de necrosis tumoral alfa), BBB (barrera hematoencefálica), PFC (córtez prefrontal), HIPP (hipocampo), NAc (núcleo acumbens), AMY (amígdala), VTA (área tegmental ventral), BDNF (factor neutrófico derivado del cerebro), P11 (proteína P11), REDD1 (regulado en desarrollo y daño a DNA 1), Rac1 (sustrato 1 de toxina botulínica C3 relacionado con RAS) Δ FosB (proteína delta FosB), NF- κ B (factor nuclear kappa beta), HDAC (histona deacetilasa), Dnmt1/3^a (ADN metiltransferasa 1 3a)

Anexo 3. Mecanismo patogénico de los astrocitos.



(Ménard, Hodes, & Russo, 2016).

VEGF (factor de crecimiento vascular endotelial),
 VEGFR (receptor de factor de crecimiento
 vascular endotelial), GFAP (proteína ácida
 fibrilar glial)

Anexo 4. Consentimiento informado.

Consentimiento informado

Este formulario de Consentimiento Informado se dirige a hombres y mujeres profesionales de la salud que son empleados en el Hospital General Enrique Garcés y Hospital Pablo Arturo Suárez, a quienes se les invita a participar en la investigación: “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”

Investigadores.-

María Fernanda Atocha Abad – Juan José Chiriboga Heredia

Internos rotativos de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Tutora.-

Ana María Troya Zuleta, M.Sc.

Datos personales.-

María Fernanda Atocha Celular: 0983127595 Mail: fernandatocha@gmail.com

Juan José Chiriboga Celular: 0984363613 Mail: juanjochiriboga92@gmail.com

Ana María Troya Celular: 0984456072 Mail: amtroya@puce.edu.ec

Estamos investigando sobre la “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”.

Le daremos información e invitaremos a formar parte de esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntar a los investigadores del grupo.

Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo. Entre 1990 y 2013, el número de personas con depresión o ansiedad ha aumentado en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones. Cerca de un 10% de la población mundial está afectado, y los trastornos mentales representan un 30% de la carga mundial de enfermedad no mortal (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2016)

Los profesionales de la salud se encuentran expuestos a una gran carga emocional y de trabajo lo cual potencialmente afecta su desempeño laboral y su salud afectando así su calidad de vida, esto a su vez aumenta las probabilidades de errores en la práctica clínica y de ausentismo laboral generando un mayor gasto público y privado para paliar ambos problemas.

El personal de salud hospitalario experimenta repetidamente estímulos estresantes que los hacen más vulnerables a problemas psicológicos que pueden afectar su salud emocional, psicosocial y física. Ésta investigación busca determinar y comparar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés e identificar y analizar las variables que influyan en el resultado en dos hospitales públicos de segundo nivel de Quito; con el objetivo de que las áreas responsables del bienestar del personal desarrollen e implementen de estrategias preventivas y de intervención que disminuyan el riesgo de padecer estos trastornos.

Estamos encuestando a los profesionales de salud de los Hospitales Enrique Garcés y Pablo Arturo Suárez que cumplan con los requisitos de la investigación. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo y puede dejar de participar en la misma en cualquier momento que desee. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Nuestra investigación incluye el llenado de una encuesta con preguntas dirigidas al personal de salud y su sintomatología psicosocial, el llenado de la encuesta dura aproximadamente 5 minutos con un tiempo máximo de 15 minutos y si es necesario se le explicará cada una de las preguntas.

Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos en este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted, sólo los investigadores tendrán acceso a la misma. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi estabilidad laboral.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____ Fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador: María Fernanda Atocha – Juan José Chiriboga

Firma del Investigador: _____ Fecha: _____

Anexo 5. Encuesta sociodemográfica.

Encuesta Sociodemográfica

Estimado profesional de la salud, la presente encuesta se orienta a identificar si existe depresión, ansiedad y estrés en el personal de salud del hospital. Su opinión es importante, gracias por su colaboración.

Según corresponda complete o marque con una (X) la opción seleccionada

SEXO:

() Femenino () Masculino

EDAD: _____ años

ESTADO CIVIL:

() Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión Libre

TIENE HIJOS:

() Si () No **¿Cuántos?** _____

PROFESIÓN:

() Enfermería () Médico asistencial () Médico tratante

TIEMPO QUE EJERCE SU PROFESIÓN: _____ años _____ meses

TIEMPO QUE TRABAJA EN LA INSTITUCIÓN: _____ años _____ meses

**SERVICIO O ÁREA EN EL QUE
TRABAJA:** _____

**PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD
CRÓNICA:**

() Si () No

En caso de que su respuesta sea si, **¿Cuál?**

Anexo 6. ESCALA DASS-21.

Escala DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y marcando el casillero de un número (0, 1, 2, 3), indique cuánto la afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas.

La escala de calificación es:

- 0 = Nada aplicable a mí.
- 1 = Aplicable a mí en algún grado, o pequeña parte del tiempo.
- 2 = Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo.
- 3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo.

La encuesta debe ser completada en un máximo de 15 minutos.

	0	1	2	3
1. Me ha costado mucho descargar la tensión				
2. He notado la boca seca				
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva				
4. He tenido dificultades para respirar (p.ej., respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico)				
5. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer las cosas				
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones				
7. He tenido temblores (p.ej., en las manos)				
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía				
9. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo				
10. He sentido que no había nada que me ilusionara				
11. Me he sentido agitado/a				
12. Me ha resultado difícil relajarme				
13. Me he sentido desanimado/a y triste				

14. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo

15. He sentido que estaba al borde del pánico

16. He sido incapaz de entusiasmarme por algo

17. He sentido que no valía mucho como persona


18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad

19. He notado alteraciones en mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p.ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido)


20. Me he sentido asustado/a sin ninguna razón importante

21. He sentido que la vida no tiene ningún sentido

Anexo 7. Carta de autorización de Hospital General Enrique Garcés.

	
Coordinación Zonal 9 / Dirección Distrital 17D06 – Chilibulo Hospital General Enrique Garcés Unidad de Docencia	
OFICIO #053-CD-HGEG Quito DM. , 11 de abril de 2017	
Señor Doctor Antonio Domínguez V. DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Presente.	
De mi consideración:	
Con un saludo cordial me dirijo a Usted, con la finalidad de poner en su conocimiento que la solicitud presentada por la Señorita: María Fernanda Atocha Abad y Señor Juan José Chiriboga Heredia con CI.1723001655 y 0502574015 respectivamente, Internos Rotativos de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, ha sido aprobada por parte de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital General Enrique Garcés , para el desarrollo de su proyecto de Investigación titulado: APLICACIÓN DE LA ESCALA DASS-21 PARA COMPARAR LOS NIVELES DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE DOS HOSPITALES PUBLICOS DE SEGUNDO NIVEL DURANTE EL PERIODO DE ABRIL A MAYO DE 2017. (EN EL HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES Y HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ).	
Solicitamos a la Señorita María Fernanda Atocha Abad y Señor Juan José Chiriboga Heredia, que una vez terminado su trabajo de Investigación, entregar una copia en físico y magnético a la Unidad de Docencia de esta Casa de Salud, para que el beneficio científico sea compartido de manera Interinstitucional!	
Expreso mis sentimientos de consideración y estima.	
Atentamente,	
Dr. Hugo Barros M. COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION HOSPITAL GENERAL ENRIQUE GARCES	
c.c. Loda. Mónica Pazmiño– Coordinadora de la Gestión de Admisiones HGEG	
Archivo	
Elaborado por:	Lic. Beatriz Zambrano
Revisado por:	Dra. Ximena Cobo
Autorizado por:	Dr. Hugo Barros M.

Anexo 8. Carta de autorización de Hospital General Pablo Arturo Suárez.

 Ministerio
de Salud Pública
Hospital General Pablo Arturo Suárez

MEMORANDO

Memorando Nro. MSP-HPASCDI-2017-0145-M

PARA: Sr. Juan José Chiriboga Heredia
DE: Dr. Alex Robalino Moya.- GERENTE ESTRATEGICO HOSPITALARIO
FECHA: 08 Junio de 2017
ASUNTO: INFORME SOBRE ESTUDIO DE INVESTIGACION

Según el presente informe de evaluación de la investigación presentada por Dr. Alexis Rivas, responsable de la Unidad de Titulación de la Facultad de Medicina – PUCE, que corresponde al Sr. IRM. CHIRIBOGA HEREDIA JUAN JOSÉ, con el tema: “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 período de enero a abril de 2017. Hospital General Enrique Garcés y Hospital pablo Arturo Suárez”.

Me permito comunicar a usted que ha sido aprobado el tema de su investigación.

Atentamente.



Dr. Alex Robalino Moya
GERENTE ESTRATEGICO HOSPITALARIO