



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PERSONAL MÉDICO DE TRES HOSPITALES, CUSCO- 2020

Tesis presentado por los bachilleres:

Illatupa Leiva, Andy Américo

Paredes Daza, Jeinner Alfredo

Para optar el Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesor: Breibat Timpo, Ronny

CUSCO –PERÚ
2020



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos Dios por sus bendiciones y brindarnos la sabiduría necesaria para tomar las mejores decisiones dentro de nuestra formación para la vida.

A la Universidad Andina del Cusco y sus profesionales docentes que nos orientaron académica y moralmente durante los años que nos acogieron.

A nuestros familiares, por su paciencia y apoyo incondicional a lo largo de nuestra odisea pre galénica; sin ustedes, como nuestro soporte emocional, hubiese sido imposible seguir adelante.

Y a nuestro estimado asesor Ronny Breibat por la mano amiga y el apoyo desinteresado brindado lo cual ayudó a consolidar este trabajo.



DEDICATORIA

A mis padres Nelly y Alfredo, por su abnegación y apoyo continuo en
este camino largo.

A Katherine y Wilmer, por ser parte de mi vida y nunca perder la confianza en
mí.

A Rosario, mi compañera de toda la vida por estar ahí apoyándome y
motivándome.

Al Dr Ronny por ser un gran docente, amigo y modelo a seguir.
(JEINNER)

A Dios, por la oportunidad brindada de estar en esta tierra y compartirla
con todos ustedes.

A Leonela y Luna, por regalarme una sonrisa en cada uno de los días
que estuve a punto de flaquear.

A Rina, por su paciencia y permanecer a mi lado durante todas las
pruebas de la vida.

A mi querida Pochita, por traerme a este mundo y sin cuya ayuda
incondicional nunca podría haber llegado a ser la persona que soy.

(ANDY)



DICTAMINANTES:

Mg. Med. Palomino Vega, Elmer Amadeo

Med. Mejía Hurtado, Margot

REPLICANTES:

Mg. Med. Rivas Achahui, Cristabel

Mg. Med. Virto Concha, Carlos

ASESOR:

Med. Breibat Timpo, Ronny



INDICE

Índice.....v

Introducción.....1

Resumen/Abstrac.....3

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....5

1.1 Fundamentación del problema.....5

1.2 Antecedentes teóricos.....7

1.3 Formulación del problema.....16

 1.3.1 Problema general.....16

 1.3.2 Problema específico16

1.4 Objetivo de la Investigación.....17

 1.4.1 Objetivo general.....17

 1.4.2 Objetivo específico.....17

1.5 Justificación de la investigación.....18

1.6 Limitaciones de la investigación.....19

1.7 Aspectos éticos.....19

CAPITULO II MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....20

2.1 Marco teórico.....20

2.2 Definición de términos básicos31

2.3 Hipótesis32

2.4 Variables.....32

2.5 Definiciones operacionales.....33

CAPITULO III: METODOLOGÍA.....35

3.1 Tipo de Investigación.....35

3.2 Diseño de Investigación.....35

3.3 Población y muestra.....35

 3.3.1 Descripción de la población.....35

 3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión36

 3.3.3 Muestra: Tamaño de muestra y método de muestreo36

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimiento de recolección de datos.....37



3.4.1 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....37

3.4.2 Procedimiento de recolección de datos38

3.5 Plan de análisis de datos.....38

CAPITULO IV RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....39

4.1 Resultados respecto a los datos generales y objetivos.....39

4.2 Discusión..... 49

4.3 Conclusiones.....53

SUGERENCIAS.....54

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....55

ANEXOS.....62

ANEXO N° 1 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....63

ANEXO N° 2 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....64

ANEXO N° 3 CARTA DE ACEPTACION POR COMITÉ DE ÉTICA.....67

ANEXO N° 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....69

ANEXO N° 5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....60

ANEXO N° 6 CRONOGRAMA.....76

RELACION DE TABLAS

TABLA N°1 CARACTERIZACION GENERAL DE LA MUESTRA.....39

TABLA N° 2 PRESENCIA DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL PERSONAL MÉDICO.....43

TABLA N° 3 NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL PERSONAL MÉDICO.....44

TABLA N° 4 GRADO DE ASOCIACIÓN ENTRE EL TRASTORNO DEPRESIVO Y LAS CARACTERISTICAS DEL PERSONAL MÉDICO.....45



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud mental como “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁽¹⁾; una de las principales patologías que la vulneran son los desordenes del estado de ánimo que afectan de tal manera que 1 de cada 10 personas presenta algún trastorno mental; así mismo se vio que para el año 2013, la OMS reportó un incremento de trastornos mentales, y afirmó que más de 300 millones de personas en el mundo padecen depresión, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres, esto puede llegar a convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento, alterar las actividades laborales y familiares y en el peor de los casos conllevar al suicidio ⁽²⁾, lo que conlleva a que actualmente, los trastornos depresivos, debido a su alta prevalencia y consecuencias graves, representen un desafío para la medicina y la salud pública.⁽³⁾

La carrera de Medicina se perfila como una carrera competitiva y de gran exigencia cuya misión es prevenir, tratar y recuperar la salud del paciente a nivel físico, social y mental. Sin embargo, ello no excluye a los médicos a padecer algún tipo de trastorno mental en especial la depresión, lo cual se puede comprobar a través de múltiples estudios. Se ha hecho hincapié en algunos estresantes laborales — Como el número elevado de horas de trabajo, el número de turnos nocturnos, las exigencias o demandas psicológicas relacionadas con la asistencia a los pacientes y el número de años laborados en los servicios de urgencias y tener algún cargo institucional— como factores generantes de depresión y perjudiciales para la salud mental de los trabajadores de atención de salud⁽⁴⁾



El presente trabajo de investigación está estructurado de la siguiente manera: En el capítulo I se abarca la fundamentación, los antecedentes tanto internacionales como nacionales, el planteamiento del problema, el objetivo general y los objetivos específicos del proyecto de investigación, la justificación del problema de investigación y los aspectos éticos que regirán los procedimientos que se llevarán a cabo durante el desarrollo del trabajo de investigación.

En el capítulo II se hace una revisión de la parte teórica del tema base; además se plantean las hipótesis, las variables y su correspondiente operacionalización

En el capítulo III se presenta la metodología del trabajo de investigación, la descripción de la población y muestra de nuestro estudio, criterios de inclusión y exclusión, muestra y su respectivo tamaño de muestra, método de muestreo, técnica, instrumentos y procedimientos para la recolección de datos, plan de análisis de datos.

En el capítulo IV se evidencia los resultados, los cuales a su vez son discutidos y correlacionados con los antecedentes internacionales y nacionales, al final se da a conocer las conclusiones y las sugerencias de la tesis.

**RESUMEN****“Caracterización del Trastorno Depresivo en el personal médico de tres hospitales, Cusco-2020”****Illatupa Andy, Paredes Jeinner, Breibat Ronny**

Antecedentes: La presencia de depresión en médicos se evidencio en estudios, llegando hasta 74,2%, las variables implicadas son estado civil, genero, guardias nocturnas, la edad.

Objetivo: Caracterizar el trastorno depresivo en el personal médico de tres hospitales de Cusco

Métodos: Estudio descriptivo, exploratorio, analítico, transversal y prospectivo. Población conformada por 150 médicos de tres hospitales que cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Seleccionados por muestreo no probabilístico. El instrumento de evaluación fue el Inventario Beck para depresión. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS V. 25. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado.

Resultados: En nuestro estudio la prevalencia de depresión fue de 19%, 70% del personal es masculino. El genero, edad, los hijos, tipo de contrato, área de trabajo, tiempo de servicio, especialidad y cargo administrativo no se asociaron con depresión. El estado civil y guardias nocturnas se asociaron con depresión.

Conclusiones: Las variables estado civil y las guardias nocturnas están asociadas a la depresión en el personal médico.

Palabras claves: depresión, médicos, inventario de depresión de Beck.



SUMMARY

“Characterization of Depressive Disorder in the medical staff of three hospitals, Cusco-2020”

Illatupa Andy, Paredes Jeinner, Breibat Ronny

Background: The presence of depression in doctors was evidenced in studies, reaching up to 74.2%, the variables involved are marital status, gender, night guards, age.

Objective: To characterize the depressive disorder in the medical staff of three hospitals in Cusco

Methods: Descriptive, exploratory, analytical, cross-sectional and prospective study. Population made up of 150 doctors from three hospitals that meet the inclusion and exclusion criteria. Selected by non-probabilistic sampling. The evaluation instrument was the Beck Inventory for depression. For the analysis of the information, the statistical package SPSS V. 25 was used. Results are compared by chi-square test.

Results: in our study the prevalence of depression is 19%, 70% of the staff is male. Gender, age, children, type of contract, work area, time of service, specialty and administrative position were not associated with depression. Marital status and night guards were associated with depression.

Conclusions: The variables marital status and night watches are associated with depression in medical personnel.

Keywords: depression, doctors, Beck depression inventory.



CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Fundamentación del problema.

Un adecuado estado mental condiciona que un individuo pueda realizar sus actividades y contribuir a la sociedad, si se presenta una alteración a este nivel se presentan los distintos trastornos del estado de ánimo. Las afecciones del estado de ánimo son un grupo de entidades clínicas que se caracterizan por tener el ánimo alterado; experimentar una pérdida de energía y un desinterés, sentimientos de culpa, dificultad para la concentración, pérdida de apetito, pensamientos e ideación suicida; así mismo, se presentan síntomas como cambios en el nivel de actividad y funciones cognitivas;⁽⁸⁾ según el reporte de la OMS del 2017 de todos los trastornos mentales la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo son los más frecuentes ⁽⁶⁾

Las estadísticas mundiales afirman que aproximadamente 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, significando aproximadamente 830,000 años perdidos por discapacidad o muerte prematura; para el año 2030 será la primera causa de carga de enfermedad a nivel mundial en términos de años de vida ajustados por discapacidad, a lo que se une la pérdida en calidad de vida y las consecuencias laborales por reducción de productividad y pérdida de jornadas o incapacidades permanentes,^(1,3,7) asemejándose desde el punto de vista de su gravedad y costo, al cáncer, la diabetes y enfermedades cardiovasculares.⁽⁵⁾ Además, que cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el consumo de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar) lo que coloca a estas afecciones como el grupo de enfermedades que más pérdidas económicas le significan al Perú. ^(1,3,7)



En la mayoría de las encuestas realizadas en los múltiples trabajos de investigación se observa que el trastorno depresivo tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (casi un 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos y se presenta como la segunda causa de años de vida saludables perdidos a escala mundial, ⁽⁸⁾ generando un gran impacto en la vida de los individuos, la familia y la sociedad.

Las profesiones de servicio ligadas a la vida, entre las que se encuentran la medicina, se han relacionado con elevada prevalencia de dichas patologías, debido a una serie de estresores profesionales aunados a los de la vida diaria. Según estos sean vividos, resueltos y afrontados, determinarán la respuesta individual al estrés. Esto puede originar comportamientos adaptativos o desadaptativos, que provocan desgaste e insatisfacción personal, y se reflejan en el desempeño profesional y salud mental. ⁽⁹⁾ Alrededor del 25% de todos desarrollan uno o más trastornos psiquiátricos y de comportamiento durante su vida. ⁽¹⁰⁾

El campo laboral es uno de los escenarios donde el profesional de la salud pasa gran parte de su vida, por ende puede convertirse en un factor que puede influir en la aparición o empeoramiento de un cuadro depresivo, vulnerando su salud mental. La alta prevalencia de síntomas depresivos en los trabajadores de atención de salud es motivo de gran preocupación, dado que tiene repercusiones para los trabajadores (discapacidad, disminución de la productividad y suicidio) y los pacientes (negligencia profesional, errores de prescripción y resultados adversos de salud en los pacientes) ⁽⁴⁾

La población general aún concibe la figura del médico como ese ser infalible, inequívoco, indefectible y seguro, a quien, probablemente, no le hace falta nada en su vida y que, adicionalmente, por tener conocimientos en salud, puede asumir



mejor su autocuidado y que siempre debe saber qué medicarse para cualquier síntoma que aparezca en su salud. No obstante, numerosos estudios demuestran que las condiciones de trabajo de los médicos pueden ser extenuantes física y emocionalmente, con una importante frecuencia de síndrome de Burn-Out, depresión y suicidio condicionando que este grupo poblacional tenga una tasa de suicidio más alta con respecto a otras profesiones. ^(11,12)

El cuidado de la salud de quienes han de dedicarse a preservar y cuidar la salud de la población general es un imperativo ético evidente, en particular en lo referente a la salud mental. ⁽¹²⁾

1.2 ANTECEDENTES TEÓRICOS

ANTECEDENTE INTERNACIONALES

Pereira K, Mata D, Loeureiro S, Crippa J, Bolsoni L, (2019), en el estudio "Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors" cuyo objetivo fue Proporcionar estimaciones resumidas del riesgo relativo (RR) para las asociaciones entre los síntomas depresivos del médico y los errores médicos. Para lo cual se realizó una búsqueda sistemática de Embase, ERIC, PubMed, PsycINFO, Scopus y Web of Science desde el inicio de la base de datos hasta el 31 de diciembre de 2018. En total, se incluyeron 11 estudios con 21 517 médicos. Los datos se extrajeron de 7 estudios longitudinales (64%; con 5595 individuos) y 4 estudios transversales (36%; con 15 922 individuos). El RR general para errores médicos entre los médicos con un cribado positivo para la depresión fue de 1.95 (IC 95%, 1.63-2.33), con alta heterogeneidad entre los estudios ($\chi^2 = 49.91$; $P < .001$; $I^2 = 82\%$; $\tau^2 = 0,06$). Entre las variables evaluadas, el diseño del estudio explicó la mayor heterogeneidad entre los estudios, con estimaciones de RR más bajas asociadas con errores médicos en los estudios longitudinales (RR, 1,62;



IC del 95%, 1,43-1,84; $\chi^2 = 5,77$; $P = 0,33$; $I^2 = 13\%$; $\tau^2 < 0,01$) y estimaciones de RR más altas en estudios transversales (RR, 2.51; IC 95%, 2.20-2.83; $\chi^2 = 5.44$; $P = .14$; $I^2 = 45\%$; $\tau^2 < 0,01$). Similar a los resultados para el metanálisis de los síntomas depresivos del médico asociados con errores médicos posteriores, el metanálisis de 4 estudios longitudinales (que involucraron a 4462 individuos) encontró que los errores médicos asociados con los síntomas depresivos posteriores tenían un RR agrupado de 1.67 (95% CI, 1.48-1.87; $\chi^2 = 1.85$; $P = .60$; $I^2 = 0\%$; $\tau^2 = 0$), lo que sugiere que la asociación entre los síntomas depresivos del médico y los errores médicos es bidireccional. Las conclusiones del estudio sugieren que los médicos con una detección positiva de síntomas depresivos tienen un mayor riesgo de errores médicos. Se necesita más investigación para evaluar si las intervenciones para reducir los síntomas depresivos de los médicos podrían desempeñar un papel en la mitigación de errores médicos y, por lo tanto, en mejorar el bienestar de los médicos y la atención al paciente. ⁽¹³⁾

Gómez S, Ballester R, Gil B, Abizanda R. (2015, España), en su estudio de investigación “Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos”, con el objetivo de evaluar los problemas de ansiedad, depresión y percepción subjetiva del estado de ánimo en profesionales de las UCIs, con la participación de 117 profesionales sanitarios de la UCI de un Hospital de la Comunidad Valenciana (España). Al hacer uso de la encuesta de Beck, los resultados indican que aproximadamente el 70% tendría puntuaciones por debajo de 9, lo que indica que no hay síntomas de depresión. Aproximadamente el 24% presenta un grado leve de depresión y el 6.5% presentaría síntomas de depresión moderada. Ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones que indicaran depresión grave. La edad y la experiencia mostraron relación con depresión y ansiedad. Además, se realizaron análisis de regresión para conocer qué variables juegan un papel más



importante en la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, Los resultados muestran que trabajar a diario en contacto con el sufrimiento y la muerte, en un ambiente con numerosas demandas, puede tener consecuencias sobre la salud mental de los profesionales. ⁽¹⁴⁾

Taylor D, Pallant J, Crook H, Cameron P. (2004, Australia), en su estudio " The psychological health of emergency physicians in Australasia." evaluaron la salud psicológica de médicos de emergencia en Australia, para lo cual realizaron un estudio de corte transversal, utilizando instrumentos psicológicos validados, los resultados encontrados en este estudio son los siguientes, 323 (63.5%) de 510 médicos respondieron. La mayoría eran varones recién graduados. En comparación con una muestra de población general, su salud psicológica fue buena con un mayor optimismo y dominio ($P < 0.001$), menos ansiedad, depresión y síntomas físicos ($P < 0.001$), mejor satisfacción con la vida ($P = 0.04$) y estrés percibido similar ($P = 0.20$). El puntaje promedio de estrés laboral (1 = bajo, 10 = alto) fue de 5.6 ± 2.1 (estrés moderado) aunque 63 (19.5%) tuvieron puntajes muy altos (8-10). El puntaje promedio de satisfacción laboral fue de 6.3 ± 2.1 (satisfacción moderada) aunque 43 (13.3%) tuvieron puntajes muy bajos (1-3). Las percepciones de control sobre las horas trabajadas y la combinación de actividades profesionales se asociaron positivamente con el trabajo y la satisfacción con la vida ($P < 0.001$) y negativamente con el estrés laboral y las medidas de bienestar ($P < 0.001$). La mayoría de las estrategias de afrontamiento adaptativo empleadas. Sin embargo, las estrategias de mala adaptación (alcohol / drogas, negación, desconexión) se asociaron positivamente con ansiedad, depresión y estrés ($P < 0.001$), las conclusiones de este estudio son las siguientes, la mayoría de los médicos son psicológicamente saludables. Sin embargo, parece haber un subgrupo que no está prosperando. El estrés en el lugar de



trabajo debe abordarse con prontitud y debe proporcionarse una mayor flexibilidad durante las horas trabajadas y la combinación de actividades profesionales. ⁽¹⁵⁾

ANTECEDENTES NACIONALES

Ollachica J: (2019, Arequipa-Perú) en su estudio “Prevalencia del síndrome de burnout y su asociación con el nivel de depresión en médicos e internos de medicina, del Hospital de Apoyo Camaná, Febrero 2019” cuyo objetivo fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y su asociación con el nivel de depresión en médicos e internos de Medicina del Hospital Apoyo Camaná, Febrero 2019. Para poder realizar esta investigación se realizó un estudio tipo Observacional, descriptivo-prospectivo, transversal. La población en estudio estuvo conformada por 34 médicos y 15 internos de medicina pertenecientes a los servicios de Medicina, Cirugía, Traumatología, Ginecología, Pediatría, Anestesiología e Imagenología del Hospital Apoyo Camaná. El periodo de estudio del presente trabajo fue en febrero de 2019. Se aplicó un solo cuestionario que contenía los datos generales de cada personal de salud así como las escalas de Beck Depression Inventory y Maslach Burnout Inventory. Las variables han sido investigadas y para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Obteniendo los siguientes resultados fueron: El 15.0% de los médicos e internos del Hospital Apoyo Camaná presentan Síndrome de Burnout. El 75.0% de los médicos e internos del Hospital Apoyo Camaná presentan depresión mínima, el 10.0% tienen depresión leve, el 7.5% presentan depresión moderada, mientras que el 7.5% tienen depresión severa. Según la prueba chi cuadrado ($\chi^2=20.13$) muestra que el síndrome de Burnout y la depresión presenta relación estadística significativa ($P<0.05$). Se obtuvo un OR de 9.33 con intervalos de confianza (1.37 - 63.33); lo que significa que el Síndrome de Burnout desarrolla 9.33 veces más depresión en personas que sufren esta enfermedad que en los que no la padecen. ⁽¹⁶⁾



Villanueva L. (2019, Perú) en su estudio "Factores Asociados A La Presencia De Ansiedad Y Depresión En Personal Médico Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019" cuyo objetivo era identificar los factores asociados a la presencia de ansiedad y depresión en personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019, para lo cual se encuestó a los médicos del servicio aplicando una ficha de datos sociodemográficos y la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton. Se realizó un estudio de investigación de campo de tipo estudio observacional, prospectivo, transversal. Las variables para su procesamiento han requerido del Chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%. Para este estudio participaron 40 de los 42 médicos del servicio; el 42.50% tuvieron de 30 a 39 años y 25% de 40 a 49 años. El 72.50% de médicos fueron varones y 27.50% mujeres; 32.50% eran solteros y 52.50% casados. El 62.50% de participantes fueron médicos asistentes, y 37.50% residentes. El 40% de médicos tienen de 1 a 3 años de trabajo, 30% de 4 a 10 años y 22.50% de 11 a 20 años, con solo 7.50% con más de 20 años de trabajo. El 57.50% de casos eran nombrados y 42.50% contratados, y el 92.50% realiza guardias, 55% de médicos trabaja en clínicas, 32.50% realiza docencia. Se encontró que el 67.50% de médicos tienen algún grado de ansiedad, siendo de tipo menor en 42.50% y mayor en 25% de casos. El 42.5% del personal médico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019 presentan ansiedad menor, el 32.5% no tienen ansiedad, mientras que el 25.0% del personal tienen ansiedad mayor. En cuanto a la depresión el 52.5% del personal médico presentan depresión leve, el 25.0% no tienen depresión, seguido por el 17.5% con depresión moderada, mientras que solo el 5.0% del personal presentan depresión severa. Llegando a las siguientes conclusiones el personal contratado tiene más riesgo de



presentar ansiedad que el personal nombrado, también se concluye que el personal médico que no tiene pareja presentan mayor riesgo de desarrollar ansiedad. ⁽¹⁷⁾

Villanueva V. (2018, Trujillo-Perú) en su estudio “Calidad De Sueño Como Factor Asociado A Depresión En Profesionales Médicos” que tenía como objetivo, determinar si la calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo. Para este trabajo se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo seccional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 192 médicos según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con depresión o sin ella, se calculó el odds ratio y la prueba Chi cuadrado, obteniendo como resultados los siguientes, la práctica de guardias nocturnas y la condición asistencial de médico residente se observan con una frecuencia significativamente mayor en el grupo con depresión respecto al grupo sin depresión ($p < 0.05$). En el análisis multivariado se reconoce como factores asociados a depresión a las variables mala calidad del sueño, guardias nocturnas, y el ser médico residente ($p < 0.05$). La conclusión final de estudio fue, la calidad de sueño es factor asociado a depresión en médicos residentes y asistentes del Hospital Belén Trujillo. ⁽¹⁸⁾

Torres D. (2018, Arequipa-Lima) en su estudio “Riesgos De Depresión Y Características Asociadas Al Trabajo En La Micro-Red Hunter De Arequipa, 2017” cuyo objetivo fue establecer la relación entre depresión y las condiciones laborales de trabajadores del Centro de salud de Hunter en Arequipa, la metodología del proyecto es la siguiente, se encuestó una muestra representativa de 61 trabajadores del Centro de salud Javier Llosa García – Hunter aplicando una Ficha de Recolección de Datos y Test de depresión de Zung. Se empleó estadística descriptiva para la relación entre variables se aplicó la prueba de chi cuadrado. Los resultados son los siguientes, el 98.4% del personal



de salud del Centro de Salud Javier Llosa García - Hunter de Arequipa no presentan depresión, mientras que el 1.6% de los trabajadores están ligeramente deprimidos. ⁽¹⁹⁾

Quispe LS (2018, Arequipa-Perú) en su estudio " Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017" cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal asistencial de salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017. El estudio fue de tipo observacional, transversal y, no prospectivo. La muestra fueron 150 profesionales seleccionados de forma probabilística y calculada mediante una fórmula para estudios transversales. Se realizó una encuesta auto suministrada mediante la escala de Goldberg para depresión y ansiedad. Los datos obtenidos fueron analizadas mediante pruebas univariadas y mediante pruebas bivariadas se comparó la prevalencia en diferentes subgrupos mediante el chi cuadrado o f de Fisher para un $p < 0.05$, los resultados son los siguientes, se encontró en el personal asistencial del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz que la prevalencia de ansiedad fue 0.002 y de depresión 0.3. Estas prevalencias varían en subgrupos. La ansiedad (43.5%) y depresión (58.7%) fue mayor en el servicio de medicina y en el personal de enfermería la ansiedad (51.1%) y depresión (55.3%). En relación al estado civil, la depresión fue mayor en solteros (56%). No se encontró evidencia para afirmar que la prevalencia de depresión varía según sexo y edad. Llegando a las siguientes conclusiones, la prevalencia de ansiedad y depresión en la población estudiada es similar a los estudios publicados. Estas prevalencias estuvieron incrementadas en el servicio de medicina y en el personal de enfermería. ⁽²⁰⁾

Anticona E., Maldonado M. (2017, Huancayo-Perú), en su estudio" Ansiedad Y Depresión En El Personal De Salud Del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017 " cuyo objetivo fue identificar los niveles de ansiedad y depresión en el personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. La metodología de la



investigación es observacional descriptiva-transversal y prospectiva. En el presente estudio la muestra estuvo conformada por 241 sujetos (médicos, enfermeros y técnicos en enfermería) entre varones y mujeres miembros del personal de salud del hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo; seleccionadas por muestreo no probabilístico. El instrumento de evaluación fue el Inventario Beck para ansiedad y depresión, ambos ya validados; para su confiabilidad se obtuvo un alpha de Cronbach de 0,87. Se realizó recolección de datos, previo consentimiento informado. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS V. 23 y Microsoft Excel 2013; donde se presentan las frecuencias y porcentajes. Los resultados de esta investigación son los siguientes, se presentó un 69% de depresión en comparación con un 75% de ansiedad en los trabajadores de salud. Los niveles de depresión presentados fueron: Mínima (30,29%), leve (37,34%), moderada (24,90%) y grave (7,47%); en tanto los niveles de ansiedad fueron: Mínima (24,06%), leve (31,53%), moderada (34,02%) y grave (10,38%).⁽²¹⁾

Espinoza K. (2014, Arequipa-Perú) en su estudio " Ansiedad Y Depresión, Según La Escala De Hamilton, En El Personal Médico Y No Médico Del Servicio De Oncología Del Hospital Goyeneche E IREN Sur, 2014" cuyo objetivo fue describir la frecuencia de Ansiedad y Depresión, según la Escala de Hamilton, del Personal Médico y No Médico del Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. Para lo cual se usó la siguiente metodología, se aplicó una la escala de ansiedad y de depresión de Hamilton a los trabajadores de los centros de estudio. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado y se relaciona variables mediante cálculo de odds ratio y análisis de regresión logística. Llegando a obtener los siguientes resultados, en cuanto a la depresión, el 46.67% de trabajadores del Hospital Goyeneche tuvieron depresión leve y 6.67% moderada, mientras que el 45% de trabajadores del IREN mostró depresión leve, 7.50% depresión moderada y 5% depresión severa ($p > 0.05$). Se encontraron rasgos más



relacionados con depresión, el tener pareja y el mayor tiempo de trabajo entre los dos centros. Los factores relacionados a depresión resultaron el ser enfermera (OR = 2.00), el tiempo de trabajo en hospital (OR = 4.12) o en el servicio (OR = 6.05). Concluyendo lo siguiente la ansiedad y sobre todo la depresión son elevadas en personal de salud del servicio de Oncología del IREN y del Hospital Goyeneche, asociado a factores aborales que pueden ser modificados. ⁽²²⁾



1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la caracterización del trastorno depresivo en el personal médico de tres hospitales, Cusco - 2020?

1.3.2 PROBLEMAS ESPECIFICOS

¿Cuáles son las características del personal médico (género, edad, estado civil, hijos, tipo de contrato, realización de guardias nocturnas, área de trabajo, especialidad médica, tiempo de servicio, desarrollo de cargo institucional) de los tres hospitales, Cusco - 2020?

¿Estará presente el trastorno depresivo en el personal médico de los tres hospitales, Cusco - 2020?

¿Cuál será el nivel de depresión en el personal médico de los tres hospitales, Cusco-2020?

¿Cuál será el grado de asociación entre el trastorno depresivo y las características del personal médico de los tres hospitales, Cusco - 2020?



1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar el trastorno depresivo en el personal médico de tres hospitales, Cusco - 2020.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características del personal médico (género, edad, estado civil, hijos, tipo de contrato, realización de guardias nocturnas, área de trabajo, especialidad médica, tiempo de servicio, desarrollo de cargo institucional) de los tres hospitales, Cusco - 2020.
- Establecer la presencia del trastorno depresivo en el personal médico de los tres hospitales, Cusco - 2020.
- Precisar el nivel de depresión en el personal médico de los tres hospitales, Cusco - 2020.
- Determinar el grado de asociación entre el trastorno depresivo y las características del personal médico de los tres hospitales, Cusco - 2020.



1.5 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El trastorno depresivo es uno de los problemas de salud mental más frecuente en todo grupo de edad, que se relaciona con los cambios de la sociedad, la falta de apoyo social y familiar. A nivel mundial, se encuentra dentro de las primeras causas de discapacidad, siendo las mujeres, jóvenes y adultos mayores los más susceptibles a padecer efectos incapacitantes, que se manifiesta en el deterioro de las relaciones interpersonales y la vida laboral. Dentro del campo laboral sanitario se tienen dos principales componentes: el sujeto prestador de servicios y el usuario; este último es el objetivo de los múltiples trabajos de investigación referidos a trastornos del estado de ánimo, dejando muchas veces de lado al prestador de servicios. Se obvia que al igual que cualquier persona, los médicos, pueden ser víctimas de cuadros depresivos debido a las fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad que presentan en el trabajo, lo cual afecta su desempeño clínico, disminuye la efectividad en el trabajo generando mayor número de accidentes laborales e iatrogenias, deterioro de la relación médico-paciente y por ende disminución de la calidad y calidez de la atención en salud lo que condiciona repercusión en el proceso de recuperación del usuario. La Salud Mental del personal de salud debería constituir una prioridad de investigación en nuestro país. A pesar de tener trabajos científicos a nivel mundial que abordan este tópico, son pocos los que se han realizado en el personal médico especialista de los hospitales del Perú, lo que genera una brecha de conocimiento. Por todas estas consideraciones, hemos creído conveniente la realización de este estudio con el objetivo de caracterizar el trastorno depresivo, generar conocimiento referencial en aras de poder instituir esquemas de intervención que puedan ayudar a la población sanitaria afectada para evitar situaciones que pueden llevar a vulnerar



no solo la salud mental, si no su propia integridad física debido al riesgo de suicidio existente.

1.6 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Personal médico que brinde falsa información debido a la estigmatización prevaleciente respecto a un portador de un trastorno mental. Además, el sesgo temporal presente en este tipo de trabajos de investigación.

1.7 ASPECTOS ÉTICOS:

El presente trabajo de investigación se realizará manteniendo los principios éticos de la Declaración de Helsinki, Código de Núremberg y Deontología del Colegio Médico del Perú, teniendo como guía mantener los principios básicos del respeto por el individuo, beneficencia, la justicia y la confidencialidad de los datos brindados por los participantes, siendo de carácter anónimo. La recolección de la información se hará previa firma de consentimiento informado por parte de los participantes.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. MARCO TEÓRICO

Trastorno Depresivo:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno psiquiátrico del afecto, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, ideación suicida, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.⁽²⁾

La depresión es más que tristeza. Las personas con depresión pueden experimentar falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso significativa, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.⁽²³⁾ La depresión mayor es una enfermedad que limita severamente el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida. En 2008, la OMS clasificó la depresión mayor como la tercera causa de carga de enfermedad en todo el mundo y proyectó que la enfermedad ocupará el primer lugar en 2030.⁽²⁴⁾

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.⁽²⁾

El trastorno depresivo mayor es actualmente uno de los padecimientos psiquiátricos con mayor prevalencia en la población mundial⁽²⁵⁾ El eje nuclear afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar a todas las esferas de sus relaciones interpersonales. De hecho, la clínica de la depresión



queda condensada en cinco grandes áreas: afectividad, pensamiento-cognición, conducta, ritmos biológicos y trastornos somáticos⁽²⁶⁾ La etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y/o factores psicológicos y sociales. Las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), en gran parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos.⁽²⁷⁾

Epidemiología

Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes; en la mayoría de las encuestas, el trastorno depresivo tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida entre todos los trastornos psiquiátricos.⁽⁸⁾ A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas sufren depresión y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos.⁽²⁾ Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo presenta una prevalencia general entre 17 a 20% y varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%,^(8, 27)

La depresión según estudios internacionales en varones es de 5,8% hasta el 12%, mientras que 9,5% a 25% en mujeres; siendo su edad de inicio más frecuente entre los 20 y 40 años. Se considera que para el 2020 luego de la cardiopatía isquémica, se convertirá en la segunda patología más incapacitante.⁽²⁸⁻²⁹⁾

Un estudio realizado en Turquía con una población conformada por médicos del servicio de urgencias, arrojaron que los síntomas de depresión están presentes con una prevalencia de 15.1%⁽³⁰⁾.

Es conocido que el trastorno depresivo puede conllevar al suicidio; en ocho estudios informaron los factores de riesgo demográficos más prominentes para el suicidio fueron el sexo (aunque los resultados fueron mixtos), seguidos por el aumento de la edad. Además, hubo hallazgos consistentes de un mayor riesgo de factores de relación interpersonal, especialmente el divorcio, pero también la viudez, la soltería o los problemas de relación.⁽³¹⁾

En general, el trastorno depresivo viene influenciado por múltiples factores que favorecen en la despersonalización; a continuación se detallan algunos de ellos.

- **Género:**

Una observación casi universal, independiente del país o la cultura, es que la prevalencia del trastorno depresivo mayor es el doble en las mujeres que en los varones (8) Se estima que la prevalencia mundial de depresión es de 5.8 % en hombres y 9.5 % en mujeres (2:1)⁽³²⁾ y esto se debe a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicosociales del papel femenino en nuestra sociedad.⁽³³⁾ Múltiples estudios indican que la depresión en general es más frecuente en las mujeres, y sobre todo si estas son médicas⁽²⁵⁾, grupo en el cual el riesgo de suicidio asociado a depresión es significativamente (es decir, tasas de suicidio más altas en mujeres médicas que en mujeres en general.⁽³¹⁾

- **Edad:**

En relación con la edad, aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60 y en los hombres entre 40 y 70 años. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejez se atribuye primordialmente a

los factores psicosociales propios de esas etapas. ⁽³³⁾ Según los últimos datos epidemiológicos, la incidencia del trastorno de depresión mayor parece estar aumentando entre los individuos menores de 20 años, lo que podría estar relacionado con el aumento del consumo de alcohol y sustancias de abuso en este grupo de edad. ⁽⁸⁾

En los servicios hospitalarios se ha demostrado que las personas mayores con más experiencia en el puesto dentro del servicio son más vulnerables a presentar elevados niveles de depresión. ⁽²⁶⁾

- **Estado civil**

La RAE define al estado civil como la condición de un individuo en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que el derecho reconoce a las personas naturales; siendo: soltero, casado, conviviente, viudo o divorciado. La implicancia del estado civil relacionado a la presencia de trastorno depresivo es variante; algunas fuentes indican que el trastorno de depresión mayor es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciadas o separadas. ⁽³⁴⁾

Sin embargo algunos estudios realizados en el ámbito sanitario no han encontrado diferencias significativas en función del estado civil; asimismo, se ha visto que el hecho de tener personas a cargo en el hogar –hijos- es un factor de riesgo de depresión y está relacionado más al género masculino. ⁽²⁶⁾

- **Ámbito laboral:**

Es el lugar o espacio donde un individuo desarrolla diferentes tipos de labores; dentro del campo hospitalario presentamos tres tipos principales: Hospitalización, área de consultorios y el servicio de emergencias; es frecuente que algunas



especialidad médicas laboren en todos los servicios, mientras que otras, lo hagan selectivamente.

Contar con un empleo tiene efectos protectores frente a la depresión, al proporcionar mayor seguridad económica, integración social y oportunidad para establecer relaciones y redes de apoyo social. Sin embargo también puede ser un factor predisponente para desarrollar un trastorno del estado de ánimo.⁽⁴⁰⁾

Uno de los aspectos que más preocupa en esta enfermedad es cómo afecta la depresión en el trabajo y, en sentido contrario, cómo afecta el desempeño laboral al trabajador con depresión. Se parte de la idea global de que la depresión interfiere con las actividades personales, sociales y laborales, y que genera un alto impacto económico en la sociedad.

La conflictividad laboral, la mala adaptación a los cambios e innovaciones, la dificultad para ajustarse a las normas influyen en el trastorno depresivo generando en el trabajador descenso en la productividad laboral, dificultad en la toma de decisiones, incremento de errores y ausencias laborales.

Por otra parte, el trabajador con depresión sufre los mismos síntomas en todos los momentos de su vida y, por ello, no se puede separar el ámbito laboral del extra laboral, pues ambos están interconectados e influyen conjuntamente en la misma persona. La salud mental del trabajador, inseparable de la salud general, repercute en todos los ámbitos de la vida personal, entre ellos el desempeño laboral, pudiendo afectar a la percepción de las características del trabajo y alterando el desarrollo seguro del mismo. Y a su vez, como se ha referido, el trabajo puede influir en la aparición o empeoramiento de un cuadro depresivo.⁽³⁾



- **Tipo de contrato**

Es el tipo de vinculación formal de las personas con las organizaciones. Cada vez hay más personas con contratos temporales y menos vinculados indefinidamente.

⁽²⁷⁾Los tipos de contratos que presentan los hospitales son: Nombrado y Contrato a 728 plazo indeterminado, que les brinda estabilidad laboral, CAS 1052, y el servicio tercerizado. Algunos estudios como los de (Uribe, et al., 2011). Señalan que en los trabajadores con una contratación estable (contrato indefinido) existen mejores condiciones laborales, poseen un mejor ambiente social de trabajo y tienen menos efectos colaterales producto de su actividad laboral; es decir, menos posibilidad de padecer trastornos depresivos. ⁽³⁵⁾

- **Guardias nocturnas**

No existe una definición única del trabajo en turnos, pero en términos amplios se considera a todo sistema de empleo en que el horario se salga del tradicional 9:00 a 17:00 (aprox.), lo que incluye horarios vespertinos y nocturnos, turnos rotativos, turnos divididos, turnos de llamada u ocasionales, turnos de 24 horas, horarios irregulares y otros horarios no diurnos Sin embargo no es el horario per se el nocivo sino su interacción con nuestro reloj biológico y que determina un concepto fundamental en relación al impacto del trabajo en turnos en el organismo que es el de la Cronodisrupción, es decir el desacople entre la fase de los sistemas biológicos internos relativos al medio externo.(36)

Existe relación entre alteraciones del sueño (muy frecuentes en trabajadores a turnos o nocturno) y el desarrollo de síntomas depresivos. Asimismo, se ha observado un mayor número de problemas laborales (absentismo, menor rendimiento y aumento de accidentes de trabajo) en comparación con los trabajadores con un horario convencional. Sin embargo, el grado de tolerancia a



los turnos de trabajo varía considerablemente en función de variables individuales, familiares, sociales, laborales y de aspectos relacionados con el propio sistema de turnos y la adaptación personal a ellos. ⁽³⁾

El desempeño continuado de un trabajo a turnos puede tener repercusiones negativas sobre la salud de los trabajadores. Los trabajos con un sistema de rotación requieren una adaptación constante, de un programa de turnos a otro, y el organismo se encuentra inmerso en un proceso continuo de cambio y de adaptación, la desestabilización de este sistema genera deterioro neurocognitivo relacionado a alteraciones en los niveles de neurotransmisores de los sistemas que gobiernan el estado de ánimo y las habilidades neurocognitivas, como las conexiones entre la corteza frontal y el sistema límbico; además, condiciona los trastornos del sueño, el síndrome de fatiga crónica, el estrés laboral, la sintomatología depresiva y problemas familiares y sociales. ^(37, 38)

En los nosocomios de la ciudad del Cusco los turnos de guardia nocturna hospitalaria constan de un horario de 12 horas, en el rango de 19:00 horas a 07:00 horas / 20:00 horas a 08:00 horas (12 horas).

- **Especialidad médica**

La especialidad médica son los estudios cursados por un médico graduado en su período de posgrado, que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado. ⁽³⁹⁾ El estrés laboral que condiciona síndrome de Burnout y depresión está relacionado con el grado de satisfacción en el trabajo. Un estudio realizado en Ecuador indica que existen diferentes asociaciones en base a edad, género y tipo de especialidad. ⁽³⁹⁾

Diagnóstico

Según la Asociación Psiquiátrica Americana en su *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales* versión IV (DSM-IV TR) para hacer el diagnóstico se necesitan los parámetros que a continuación se presentan:⁽⁴¹⁾

Criterios DSM-IV-TR (DEPRESIÓN)

A. Presencia de al menos Episodio Depresivo Mayor. Este se define por los siguientes criterios:

- a. Presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo 1 o 2 necesariamente:
 1. Estado de ánimo deprimido
 2. Disminución del interés o placer en cualquier actividad
 3. Aumento o disminución de peso/apetito
 4. Insomnio o hipersomnia
 5. Agitación o enlentecimiento motor
 6. Fatiga o pérdida de energía
 7. Sentimientos inutilidad o culpa
 8. Problemas concentración o toma de decisiones
 9. Ideas recurrentes muerte o suicidio
- b. Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano.
- c. No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general.
- d. No asociado a pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de 2 meses.

B. El episodio depresivo mayor no se explica por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno psicótico.

C. Nunca ha habido episodio de manía o hipomanía.

ESPECIFICACIONES

- Cuando hay solo un Episodio Depresivo Mayor: Depresión mayor, episodio único
- Cuando hay dos o más Episodios Depresivos Mayores: Depresión mayor, recurrente

Fuente: DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales ⁽⁴¹⁾



Actualmente está en vigencia el DSM-5 publicado por la APA (American Psychiatric Association) y es el referente en salud mental mundial, en el presente trabajo se hizo uso de los criterios para trastornos depresivos del DSM-4 TR, por dos motivos, el primero debido a que no existe diferencias significativas y no han cambiado ni los criterios, ni el requisito de duración de al menos dos semanas, el segundo que casi todos los criterios propuestos para el diagnóstico de distimia y trastorno depresivo mayor propuestos por el DSM-4 TR y CIE10 se encuentran dentro del inventario de Beck para depresión, escala que se usó para el estudio.

Una de las dificultades para el diagnóstico es que los médicos se resisten a buscar ayuda profesional por temor al estigma social y comprometer su carrera profesional, por lo que la posponen hasta que ya el trastorno mental se ha cronificado y complicado con otras patologías graves y ha afectado negativamente a sus pacientes. Más allá del impacto en su salud personal, es preciso tener en cuenta el riesgo de afectar a la calidad asistencial y arriesgar la seguridad de los pacientes que atienden.⁽⁴²⁾

Diagnóstico diferencial:

Ante la variabilidad de los síntomas depresivos y la complejidad de su diagnóstico, se presentan múltiples situaciones que requieren un diagnóstico diferencial: diversos cuadros orgánicos, duelo complicado, déficit de atención, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno adaptativo con ánimo deprimido, tristeza no patológica.

El diagnóstico de trastorno del estado de ánimo debido a otra afección médica debe tenerse en cuenta. Si no se obtiene una buena historia clínica ni se atiende en el contexto de la situación vital actual del paciente, se producirán errores diagnósticos.⁽³⁴⁾

Se sospecha una causa orgánica subyacente (cuadros neurológicos como Alzheimer, Huntington, Parkinson o lesiones focales, trastornos endocrinos tiroideos, trastornos



metabólicos, procesos expansivos y enfermedades cardiovasculares) ⁽³³⁾ cuando aparece un inicio severo sin tener antecedentes de cuadros afectivos, sobre todo de subtipo melancólico y psicótico en ancianos o adultos que presentan enfermedad aguda o crónica. Igual ocurre en casos de depresión que no responde a tratamientos o si presenta de manera concomitante un déficit cognitivo significativo o excesiva ansiedad. ⁽³⁾

Cuestionario de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory o BDI) tiene una gran difusión internacional, ha sido empleado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, habiendo mostrado tener alta consistencia interna y buena capacidad para discriminar entre personas con y sin depresión.(43)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems El inventario inicialmente propuesto por Beck y sus versiones posteriores (última revisión Española del 2011) han sido los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión; proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (*Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud*, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio



depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo. Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. ⁽⁴⁴⁾



2.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Salud mental: También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. ⁽¹⁾

Depresión: Trastorno psiquiátrico del afecto, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, ideación suicida, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. ⁽²⁾

Edad: Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.

Sexo: Condición orgánica que diferencia a las mujeres de los varones.

Estado civil: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su situación legal.

Especialidad médica: Una especialidad médica son los estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado, y que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados. Relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.



2.3. HIPÓTESIS

H1: Existen características del personal asociadas a la presencia de depresión en médicos de tres hospitales del Cusco, 2020.

Hipótesis Nula

Ho: No existen características del personal asociadas a la presencia de depresión en médicos de tres hospitales del Cusco, 2020.

2.4. VARIABLES

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Tipo de contrato
- Guardias nocturnas
- Área de desempeño
- Especialidad médica
- Presencia de hijos
- Tiempo de servicio
- Cargo institucional
- Depresión



2.5. DEFINICIONES OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICION	EXPRESION FINAL DE LA VARIABLE	ITEM	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Sexo	Condición orgánica que distingue a los varones de las mujeres.	Cualitativo	Indirecto	Nominal	Ficha de recolección de datos	Sexo: Masculino Femenino	1	Se define como masculino o femenino según la respuesta dada por el entrevistado en la encuesta.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Cuantitativo	Indirecto	discreta	Ficha de recolección de datos	Edad: ----- (en años cumplidos)	2	Se define como la edad en años cumplidos referidos por el encuestado.
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene pareja o no y su situación legal.	Cualitativa politómica	Indirecto	Nominal	Ficha de recolección de datos	Soltero Conviviente/Casado Viudo/Divorciado	3	Se define como: Soltero (Que no está unido en matrimonio a otra persona), Conviviente (Se refiere a cada una de las personas con quien de manera particular se vive en una misma vivienda, morada o en una habitación.), Casado (estado civil que adquiere una persona en el momento que contrae matrimonio.), Viudo (Que ha perdido, por fallecimiento, a su cónyuge y que no ha vuelto a casarse), Divorciado (se define legalmente la anulación del contrato de matrimonio), según la respuesta referida por el entrevistado en la encuesta.
Tipo de contrato	Tipo de contrato de trabajo que posee el participante de este estudio	Cualitativo politómico	indirecto	nominal	Ficha de recolección de datos	Nombrado/DL 728 CAS Tercerizado	4	Se define como: Nombrado/DL 728= 0, CAS (estable), Tercerizado, según la respuesta referida por el entrevistado en la encuesta.
Guardias nocturnas	Noches de servicio en alguna área de trabajo o institución.	Cualitativa dicotómica	indirecto	nominal	Ficha de recolección de datos	No Si	5	Se define como: No (no realiza guardias nocturnas) o Si (realiza guardias nocturnas), según la respuesta referida por el entrevistado en la encuesta.
Área de desempeño	Servicio en el que realiza la práctica médica de acuerdo a su profesión	Cualitativa	indirecto	Nominal	Ficha de recolección de datos	Consultorio Hospitalización Emergencia	6	Se define como: Consultorio, Hospitalización, Emergencia, según la



							respuesta referida por el entrevistado en la encuesta.
Especialidad médica	Una especialidad médica son los estudios cursados por un graduado o licenciado en Medicina en su período de posgrado, y que derivan de un conjunto de conocimientos médicos especializados. Relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado.	cualitativa	indirecto	nominal	Ficha de recolección de datos	Especialidad médica:	7 Sera definido por la especialidad de cada profesional encuestado, según la respuesta referida por el entrevistado en la encuesta.
Presencia de hijos	Un hijo o una hija es el descendente directo de una persona	Cualitativa dicotómica	indirecta	nominal	Ficha de recolección de datos	No Si	8 Se definirá como: No (no tiene hijos) o Si (tiene hijos), según la respuesta referida por el entrevistado en la encuesta.
Tiempo de servicio	Años que viene laborando en un trabajo.	cuantitativa	indirecta	Razón	Ficha de recolección de datos	Tiempo de servicio: . ____ años	9 Se define como numero entero de años que viene trabajando en el hospital, según la respuesta referida por el entrevistado en la encuesta
Cargo institucional	Función de la cual una persona tiene la responsabilidad en una organización, un organismo o una empresa.	Cualitativa dicotómica	indirecta	nominal	Ficha de recolección de datos	No Si	10 Se definirá como: No o Si, según la respuesta referida por el entrevistado en la encuesta.
Depresión	Desorden afectivo, caracterizado generalmente por: tristeza patológica, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, Baja autoestima, Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y Sentimientos de desesperanza.	cualitativa	indirecta	ordinal	Test validado: Beck Depression Inventory.	0-13 = mínima depresión 14-19 = depresión leve 20-28 = depresión moderada 29-63 = depresión grave.	Se define según el puntaje obtenido al realizar el test de Beck al encuestado.



CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El tipo de investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y analítico de enfoque cuantitativo.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El trabajo de investigación es de tipo no experimental- observacional porque no se manipularán las variables; analítico debido a que su finalidad es determinar las características generales y laborales del personal médico y analizar la relación con el nivel de depresión; Prospectivo debido a que los datos se obtendrán a partir de febrero del 2020

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

La población de estudio es finita y está conformado por los médicos asistentes del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ubicado en Avenida Anselmo Álvarez S/N, Wanchaq, Hospital Regional ubicado en Avenida de la Cultura S/N y Hospital Antonio Lorena del Cusco ubicado en Calle Carlos Ugarte S/N^a Urb Primavera Huancaro - Santiago

3.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos de todos los servicios hospitalarios
- Médicos de ambos sexos
- Médicos hasta los 70 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos que no quieran participar en el estudio
- Médicos que se encuentren de vacaciones al momento de la encuesta
- Médicos residentes e internos

3.3.3. MUESTRA: TAMAÑO DE MUESTRA Y METODO DE MUESTREO

La muestra corresponde personal médico de los tres hospitales de la ciudad del Cusco, escogidos no aleatoriamente de la población de estudio que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

El tamaño de muestra

Fue calculado mediante la fórmula siguiente:

$$n = Z^2 \cdot (p \cdot q) / E^2$$

$Z = 1.96$ para un nivel de confianza del 95 %

$p =$ Prevalencia del fenómeno en estudio en la población en referencia 0.11 ⁽²⁷⁾

$q =$ Complemento de “p” para la unidad 1- p



E = Error estimado de la prueba, en este caso será 0.05

n = Muestra

Aplicación de la fórmula: $n = 1.96^2 \times (0.11 \times 0.89) / 0.05^2$

Como resultado tenemos que el tamaño de la muestra es: 150.43

Como se describe se obtiene un tamaño total de la muestra de 150 médicos en los tres hospitales del Cusco.

Método de muestreo

Se empleara un muestreo no aleatorio en donde la muestra reunida será por conveniencia y tienen la misma proporción de individuos que toda la población con respecto al fenómeno enfocado. Entonces la muestra profesionales médicos serán seleccionados en base a los criterios de inclusión y exclusión de los tres hospitales en Cusco.

3.4. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.4.1 Técnicas y procedimientos

- Se realiza la confección del Protocolo de investigación
- Se solicitará la revisión y aprobación de proyecto de tesis por parte de la Universidad Andina del Cusco
- Se solicitará la aprobación del comité de ética del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Hospital Regional y Hospital Antonio Lorena del Cusco
- Se realizó la validación del cuestionario por 05 expertos relacionados al tema



- Se explicará a los médicos participantes y se obtendrá su consentimiento informado
- Se procederá a aplicar la ficha de recolección de datos y el inventario de “Beck”
- A partir de los datos obtenidos del inventario de Beck para la depresión y la ficha de recolección de datos, se realizara los cálculos estadísticos y se establecerá la frecuencia, el grado de asociación de las variables que se están estudiando con la depresión en el personal médico de tres hospitales.

3.4.2 Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recopilación de datos se basa en un cuestionario elaborado por los autores, el instrumento necesito pasar por juicio de expertos para lograr la validez y confiabilidad. Para el juicio de expertos se buscó la opinión de 05 expertos quienes evaluaron el instrumento en base a 10 criterios, cuyas opiniones y sugerencias sirvieron para validar el cuestionario. Así como el inventario de Beck ya validado.

3.5. PLAN DE ANALISIS DE DATOS

Al contar con la totalidad de la muestra y haber verificado su correcta recolección se procedió a elaborar la base de datos con el programa Excel 2013 (Microsoft corporation) y con el programa estadístico SPSS versión 25.0 para Windows, se hizo el análisis estadístico. Con los datos se realizara la estadística descriptiva y el análisis inferencial. Para valorar si la asociación entre variables de estudio es o no estadísticamente significativo, se utilizó la prueba no paramétrica, en función del valor de Chi2 encontrado, se identificó el valor de “p” en cuyo caso se consideró como estadísticamente significativo si el valor es menor de 0.05.

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSION Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

TABLA N° 1 Caracterización general de la muestra

CARACTERISTICAS GENERALES	H. Regional del Cusco n=50 Número (%)	H. Adolfo Guevara Velasco n=50 Número (%)	H. Antonio Lorena n= 50 Número (%)	Total n= 150
Género				
Femenino	15 (30,0 %)	19 (38,0 %)	15 (30,0 %)	49 (33,0 %)
Masculino	35 (70,0 %)	31 (62,0 %)	35 (70,0 %)	101 (67,0 %)
Edad				
De 29 a 40 años	12 (24,0 %)	25 (50,0 %)	16 (32,0 %)	53 (35,0 %)
De 41 a 50 años	24 (48,0 %)	14 (28,0 %)	23 (46,0 %)	61 (41,0 %)
De 51 a más años	14 (28,0 %)	11 (22,0 %)	11 (22,0 %)	36 (24,0 %)
Estado Civil				
Casado	31 (62,0 %)	34 (68,0 %)	37 (74,0 %)	102 (68,0 %)
Divorciado	4 (8,0 %)	5 (10,0 %)	3 (6,0 %)	12 (8,0 %)
Soltero	15 (30,0 %)	11 (22,0 %)	10 (20,0 %)	36 (24,0 %)
Hijos				
Si	39 (78,0 %)	45 (90,0 %)	38 (76,0 %)	122 (81,0 %)
No	11 (22,0 %)	5 (10,0 %)	12 (24,0 %)	28 (19,0 %)
Contrato				
CAS	7 (14,0 %)	5(10,0 %)	7 (14,0 %)	19 (13,0 %)
Nombrado	40 (80,0 %)	44 (88,0 %)	43 (86,0 %)	127 (85,0 %)
Tercerizado	3 (6,0 %)	1 (2,0 %)	-	4 (2,0 %)
Guardias nocturnas				
Si	24 (48,0%)	39 (78,0 %)	25 (50,0%)	88 (59,0 %)
No	26 (52,0 %)	11 (22,0 %)	25 (50,0%)	62 (41,0%)



Área de Trabajo				
Hospitalización, Emergencia y Consultorio	29 (58,0 %)	24 (48,0 %)	13 (26,0 %)	66 (44,0 %)
Hospitalización y Consultorio	15 (30,0 %)	6 (12,0 %)	25 (50,0 %)	46 (31,0 %)
Hospitalización y Emergencia	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	4 (8,0 %)	6 (4,0 %)
Emergencia y Consultorio	3 (6,0 %)	3 (6,0 %)	2 (4,0 %)	8 (5,0 %)
Hospitalización	1 (2,0 %)	5 (10,0 %)	6 (12,0 %)	12 (8,0 %)
Consultorio	1 (2,0 %)	3 (6,0 %)	-	4 (3,0 %)
Emergencia	-	8 (16,0 %)	-	8 (5,0 %)
Especialidad				
Ginecología	8 (16,0 %)	11 (22,0 %)	7 (14,0 %)	26 (17,3 %)
Pediatria	7 (14,0 %)	6 (12,0 %)	6 (12,0 %)	19 (12,7 %)
Cirugía General	7 (14,0 %)	7 (14,0 %)	7 (14,0 %)	21 (14,0 %)
Medicina Interna	2 (4,0 %)	6 (12,0 %)	7 (14,0 %)	15 (10,0 %)
Anestesiología	3 (6,0 %)	4 (8,0 %)	6 (12,0 %)	13 (8,7 %)
Otorrinolaringología	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	3 (2,0 %)
Neurología	2 (4,0 %)	3 (6,0 %)	2 (4,0 %)	7 (4,7 %)
Neumología	2 (4,0 %)	-	1 (2,0 %)	3 (2,0 %)
Cardiología	1 (2,0 %)	-	1 (2,0 %)	2 (1,3 %)
Neonatología	2 (4,0 %)	-	2 (4,0 %)	4 (2,7 %)
Urología	1 (2,0 %)	-	1 (2,0 %)	2 (1,3 %)
Dermatología	1 (2,0 %)	-	1 (2,0 %)	2 (1,3 %)
Infectología	1 (2,0 %)	-	1 (2,0 %)	2 (1,3 %)
Traumatología	8 (16,0 %)	4 (8,0 %)	-	12 (8,0 %)
Gastroenterología	1 (2,0 %)	2 (4,0 %)	-	3 (2,0 %)
Patología	-	2 (4,0 %)	1 (2,0 %)	3 (2,0 %)
Reumatología	1 (2,0 %)	-	-	1 (0,7 %)
Genética Médica	1 (2,0 %)	-	-	1 (0,7 %)
Cirugía Pediátrica	1 (2,0 %)	-	-	1 (0,7 %)
Emergencia	-	2 (4,0 %)	-	2 (1,3 %)
Nefrología	-	1 (2,0 %)	-	1 (0,7 %)
Medicina Familiar	-	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	2 (1,3 %)
Oncología	-	-	1 (2,0 %)	1 (0,7 %)
Cirugía Cardiovascular	-	-	1 (2,0 %)	1 (0,7 %)
Hematología	-	-	1 (2,0 %)	1 (0,7 %)
Endocrinología	-	-	1 (2,0 %)	1 (0,7 %)
Cirugía Plástica	-	-	1 (2,0 %)	1 (0,7 %)

Tiempo de servicio

1 a 10 años	26 (52,0 %)	31 (62,0 %)	36 (72,0 %)	93 (62,0 %)
11 a 20 años	22 (44,0 %)	14 (28,0 %)	12 (24,0 %)	48 (32,0 %)
De 21 a más años	2 (4,0 %)	5 (10,0 %)	2 (4,0 %)	9 (6,0 %)

Cargo administrativo

Si	8 (16,0 %)	4 (8,0 %)	8 (16,0 %)	20 (13,0 %)
No	42 (84,0 %)	46 (92,0 %)	42 (84,0 %)	130 (87,0 %)

Fuente: base de datos del trabajo de investigación

En la tabla N° 1 se muestran las características y frecuencias de la población estudiada; respecto al género observamos que en el H. Regional el 70% del personal es masculino y el 30% femenino. En el H. Adolfo Guevara V. el 62% del personal es masculino y el 38% femenino. En el H. Antonio Lorena el 70% del personal es masculino y 30% femenino.

En cuanto a la edad, observamos que en el H. Regional las edades comprendidas entre los 41 a 50 años corresponden al 48% del personal siendo este el porcentaje mayoritario. En el H. Adolfo Guevara V. las edades comprendidas entre los 29 a 40 años corresponden al 50% del total. En el H. Antonio Lorena las edades comprendidas entre los 41 a 50 años corresponden al 46% del personal. El grupo etario más encuestado corresponde al rango de 41 a 50 años manifestándose como el 41% del total de participantes.

Referente al estado civil, en el H. Regional el 62% son casados y el 30% son solteros, mientras que el 4% son divorciados siendo este último un porcentaje minoritario. En el H. Adolfo Guevara V. el 68% son casados, el 22% son solteros y el 5% divorciados. En el H. Antonio Lorena el 74% son casados, el 20% son solteros y el 6% corresponde a los divorciados. En general, el 68% de los participantes del estudio son médicos casados, siendo este el estado civil predominante.



En la variable hijos apreciamos que en el H. Regional el 78% del personal médico sí tiene hijos, mientras que el 22% no tiene hijos. En el H. Adolfo Guevara V. el 90% sí tiene hijos y el 10% no los tiene. En el H. Antonio Lorena el 88% sí tiene hijos y un 12% no tiene hijos. Existen tres tipos de contrato en estos tres nosocomios, siendo en el H. Regional el 80% del personal nombrado y un 14% y 6% mantienen el tipo de contrato CAS y tercerizado respectivamente. En el H. Adolfo Guevara V. el 88% del personal es nombrado siendo este el porcentaje mayoritario en tanto que el 5% corresponde al CAS y el 1% tercerizado. En el H. Antonio Lorena el personal nombrado tiene un porcentaje de 43%, y el personal con el tipo de contrato CAS alcanza un 7%. Concerniente a las guardias nocturnas, observamos que en el H. Regional el 52% no realiza dicha guardia, mientras que el 48% si realiza guardia. En el H. Adolfo Guevara V. el 22% no realiza guardia nocturna y el 78% sí realiza guardia nocturna. En el H. Antonio Lorena vemos que el 50% sí realiza guardia y el otro 50% no realiza dicha guardia. En referencia al área de trabajo apreciamos que en el H. Regional un 58% labora en Hospitalización, Emergencia y Consultorio al mismo tiempo. En el H. Adolfo Guevara V. un 48% labora en Hospitalización, Emergencia y Consultorio al mismo tiempo. En el H. Antonio Lorena vemos un 50% labora en Hospitalización y Consultorio al mismo tiempo.

En la variable tiempo de servicio apreciamos que en el H. Regional el 52% laboró entre 1 a 10 años y el 44% de 11 a 20 años. En el H. Adolfo Guevara V. el 62% labora entre 1 a 10 y el 28% de 11 a 20 años. En el H. Antonio Lorena el 72% labora entre 1 a 10 años y el 24% de 11 a 20 años. Por último; concerniente al cargo administrativo, apreciamos que en el H. Regional el 84% no desempeña ningún cargo. En el H. Adolfo Guevara V. el 92% no desempeña cargo administrativo. En el H. Antonio Lorena el 84% no desempeña ningún cargo administrativo.

TABLA N° 2 Presencia del trastorno depresivo en el personal médico

CARACTERISTICAS GENERALES	H. Regional del Cusco n=50 Número (%)	H. Adolfo Guevara Velasco n=50 Número (%)	H. Antonio Lorena n= 50 Número (%)	Total n= 150
DEPRESIÓN				
Si	8 (16,0 %)	12 (24,0 %)	9 (18,0 %)	29 (19,0 %)
No	42 (84,0 %)	38 (76,0 %)	41 (82,0 %)	121 (81,0 %)

Fuente: base de datos del trabajo de investigación

En la tabla N° 2 Respecto a la variable depresión observamos que en el H. Regional el 84% del personal no presenta depresión, siendo este el porcentaje mayoritario. En el H. Adolfo Guevara Velasco no presentan depresión el 76% del total. En el H. Antonio Lorena el 82% no presenta depresión. La depresión se presenta en el 24% del personal encuestado en el Hospital Adolfo Guevara Velasco siendo elevado en comparación a los otros dos hospitales. Del total de la población se observa que la depresión tiene una prevalencia del 19%.

TABLA N° 3 Nivel de depresión en el personal médico

NIVEL DE DEPRESIÓN	H. Regional del Cusco n=50 Número (%)	H. Adolfo Guevara Velasco n=50 Número (%)	H. Antonio Lorena n= 50 Número (%)	Total n= 150
Sin depresión	42 (84,0 %)	38 (76,0 %)	41 (82,0 %)	121 (81,0 %)
Depresión leve	6 (12,0 %)	9 (18,0 %)	6 (12,0 %)	21 (14,0 %)
Depresión moderada	2 (4,0 %)	2 (4,0 %)	2 (4,0 %)	6 (4,0 %)
Depresión severa	-	1 (2,0 %)	1 (2,0 %)	2 (1,0 %)

Fuente: base de datos del trabajo de investigación

En la tabla N° 3 respecto a los niveles de depresión obtenidos mediante el cuestionario de Beck, apreciamos que en el H. Regional el 84 % no tiene depresión y el 12% posee depresión leve. En el H. Adolfo Guevara V. el 76 % no tiene depresión y el 18% posee depresión leve. En el H. Antonio Lorena el 82 % no tiene depresión y el 12% posee depresión leve. La distribución de participantes con depresión moderada es igual para los tres hospitales mientras que se evidencian dos casos de trastorno depresivo severo

TABLA N° 4: Asociación entre el trastorno depresivo y las características del personal médico

Características	H. Regional del Cusco n=50	H. Adolfo Guevara Velasco n=50	H. Antonio Lorena n= 50
	P	P	P
Género	0.35	0.96	0.52
Edad	0.01	0.11	0.66
Estado civil	0.00	0.00	0.00
Hijos	0.8	0.44	0.24
Tipo de Contrato	0.49	0.34	0.06
Guardias nocturnas	0.00	0.04	0.00
Área de trabajo	0.92	0.78	0.66
Tiempo de servicio	0.34	0.88	0.44
Cargo administrativo	0.17	0.96	0.14
Especialidad	0.19	0.48	0.33

Fuente: Base de datos del trabajo de investigación

En la tabla N° 4 se evalúa el grado de asociación para las diferentes variables estudiadas. Para hallar la asociación entre el Género y la Presencia de depresión utilizamos un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia $\alpha = 5\%$, $P = 0,05$. Luego apreciamos que en los tres hospitales el valor P es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente significativa entre el Género y la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales.



Respecto a la variable edad y la Presencia de depresión apreciamos que en el H. Regional el valor $P = 0,01$ es menor al nivel de significancia, y por lo cual podemos concluir que la edad sí está asociada con la presencia de depresión en el H. Regional, donde el personal que no presenta depresión está entre las edades de 41 a 50 años y el personal que sí presenta depresión tiene edades de entre 29 a 40 años. El valor P en los hospitales restantes es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente significativa entre la Edad y la Presencia de depresión en el H. Adolfo Guevara V. ni en el H. Antonio Lorena.

En cuanto a estado civil, observamos que en el H. Regional el valor $P = 0,00$ es menor al nivel de significancia, y por lo cual podemos concluir que el estado civil sí está asociado con la presencia de depresión en el H. Regional, donde el personal que no presenta depresión está casado, y el personal que sí presenta depresión está sobre todo soltero. En el H. Adolfo Guevara V. el valor $P = 0,00$ es menor al nivel de significancia, y por lo cual podemos concluir que el estado civil sí está asociado con la presencia de depresión en el H. Adolfo Guevara V., donde el personal que no presenta depresión está casado, y el personal que sí presenta depresión está mayormente soltero. En el H. Antonio Lorena el valor $P = 0,00$ es menor al nivel de significancia, y por lo cual podemos concluir que el estado civil sí está asociado con la presencia de depresión en el H. Antonio Lorena, donde el personal que no presenta depresión está casado, y el personal que sí presenta depresión está sobre todo soltero.

Referente a la presencia de hijos, apreciamos que en los tres hospitales el valor P es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente significativa entre el tener hijos y la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales.



Respecto al tipo de contrato, apreciamos que en los tres hospitales el valor P es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente significativa entre el tipo de contrato la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales.

En la variable presencia de guardias nocturnas apreciamos que en el H. Regional el valor $P = 0,00$ es menor al nivel de significancia, y por lo cual podemos concluir que las Guardias nocturnas sí están asociadas con la presencia de depresión en el H. Regional, donde el personal que no presenta depresión, no realiza guardias nocturnas; y el personal que sí presenta depresión, sí realiza guardias nocturnas. En el H. Adolfo Guevara V. el valor $P = 0,04$ es menor al nivel de significancia, por lo cual podemos concluir que las Guardias nocturnas sí están asociadas con la presencia de depresión en el H. Adolfo Guevara V., donde se ve sobre todo que el personal que sí presenta depresión, sí realiza guardias nocturnas. En el H. Antonio Lorena el valor $P = 0,00$ es menor al nivel de significancia, y por lo cual podemos concluir que las Guardias nocturnas sí están asociadas con la presencia de depresión en el H. Antonio Lorena, donde el personal que no presenta depresión, no realiza guardias nocturnas; y el personal que sí presenta depresión, sí realiza guardias nocturnas.

En la variable área de trabajo evidenciamos que en los tres hospitales el valor P es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente significativa entre el Área de trabajo y la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales.

Respecto al Tiempo de servicio apreciamos que en los tres hospitales el valor P es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente significativa entre el Tiempo de servicio y la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales.

Referente a la variable Especialidad, apreciamos que en los tres hospitales el valor P es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente



significativa entre la Especialidad y la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales.

Por último, en cuanto al Cargo Administrativo, apreciamos que en los tres hospitales el valor P es mayor a 0,05 por lo cual concluimos que: No existe asociación estadísticamente significativa entre el Cargo Administrativo y la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales.



DISCUSIÓN

Nuestro estudio se centró en determinar las características del trastorno depresivo en el personal médico de los tres hospitales de la región del Cusco, para ello se utilizó una muestra de 150 médicos distribuidos de manera equitativa entre los 3 nosocomios, a los cuales se les aplicó el inventario de Beck para valorar la presencia y el nivel de depresión. Siendo la depresión un trastorno prevalente dentro de la población general y en la comunidad médica es importante tener este tipo de información para poder abordarla y establecer políticas de prevención, tratamiento y recuperación.

- En nuestro estudio se vio una muestra con presencia mayor de médicos de sexo masculino en un 67%, con respecto al tipo de contrato un 85% personal encuestado presenta un tipo de contrato estable en comparación al 13% y 2% de las otras dos modalidades. A comparación del estudio de Espinoza en el cual la población casi en su totalidad era contratados ⁽²²⁾. En general, el 68% de los participantes del estudio son médicos casados, siendo este el estado civil predominante. Del total de la población participante evidenciamos que un 59% realiza guardias nocturnas mientras que un 41% no lo hace. Diferente a lo encontrado en el estudio de Villanueva ⁽¹⁷⁾, donde hasta el 92.5% de los encuestados realizaban guardias. La presencia de hijos se evidenció en el 81% del total de participantes del estudio mientras que solo el 19% no los tenía. Con respecto al rango de años laborados que predomina más es el de 1 a 10 años con un 62% mientras que solo el 6% está comprendido por entrevistados que han laborado más de 21 años. Solo el 13% de la población realiza labor administrativa conjuntamente con su labor asistencial. El 44% de los participantes presentan una jornada laboral que incluye trabajo en los 3 servicios; mientras que un 5% solo se dedica a un área en especial.



- Con respecto a la prevalencia de depresión en nuestro estudio es de 19% una diferencia clara con el estudio de Rodríguez S. et al. Que se realizó en 182 profesionales personal de salud de diferentes Hospitales de México, se encontró que la depresión alcanzo un 74.2% y hasta se encontró a 34 personas con pensamientos suicidas. ⁽⁴⁵⁾ Anticona ⁽²¹⁾ y Espinoza ⁽²²⁾ en sus estudios obtiene un 69% de personas con depresión y Quispe ⁽²⁰⁾ en su estudio obtiene una prevalencia de depresión de 50% de igual manera es mayor el porcentaje de depresión comparándolo con nuestro estudio, un caso totalmente diferente el estudio de Torres donde el 98.4% del personal del Centro de salud Javier Llosa García – Hunter de Arequipa no presentan depresión, mientras que el 1.6% de los trabajadores están ligeramente deprimidos.
- En nuestro estudio en el global se presenta 81% de médicos sin depresión, 14% con depresión leve, 4% de depresión moderada y 1% de depresión severa. Caso totalmente distinto a los otros estudios donde se evidencia porcentaje diversos con respecto a los niveles de depresión en nuestro estudio, donde se evidencia lo siguiente: depresión leve: 10% - 24% - 37,34% - 45%- 46,67% - 52,5%, depresión moderada: 6,5% – 6.67% - 7,5%– 17,5% - 24,90% y depresión severa: 0%- 5% - 7,5%. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁻¹⁷⁻²¹⁻²²⁾.
- En cuanto al género en nuestro estudio apreciamos que en los tres hospitales no existe asociación estadísticamente significativa entre el Género y la Presencia de depresión en ninguno de los tres hospitales, resultado que difiere con el estudio de Anticona ⁽²¹⁾ en el cual el mayor porcentaje de depresión leve se encontró en mujeres y fue de 42,3%. En cuanto a la edad nuestros resultados mostraron que el personal que sí presenta depresión tiene edades de entre 29 a 40 años en el Hospital Regional y no existe asociación significativa de la edad con depresión en



los otros dos hospitales, en el estudio de Villanueva ⁽¹⁷⁾ se encontró asociación estadística entre edad y depresión encontrándose un 45.0% de depresión entre personal con edades comprendidas entre 30-49 años, en el estudio de Quispe ⁽²⁰⁾ encuentra en su estudio que en el grupo de 30-39 años se tiene un 54.8% en depresión. En cuanto al estado civil en nuestro estudio se encontró significancia estadística con respecto a la depresión, diferente al estudio de Gómez ⁽¹⁴⁾ donde no se han encontrado diferencias significativas, en el estudio de Villanueva ⁽¹⁷⁾ también se encontró asociación entre estado civil soltero con depresión moderada en un 12.5%. Villanueva ⁽¹⁸⁾ encontró en su estudio que los doctores con parejas estables ya sean casadas o convivientes muestran un menos porcentaje de depresión, estudio similar el de Quispe ⁽²⁰⁾ en relación a la depresión se encuentran porcentajes significativamente más altos en los solteros que tienen 56%. Si vemos la asociación entre depresión y presencia de hijos, en nuestro estudio no se encuentra asociación, esta variable no se tomó en cuenta en los estudios que tomamos como antecedentes. En cuanto al tipo de contrato en nuestro estudio no se evidencio asociación estadística, caso diferente al de Villanueva ⁽¹⁷⁾ 30.0% del personal médico con depresión leve son contratados, llegando a la conclusión siguiente, el personal contratado tiene más riesgo de presentar depresión que el personal nombrado, Espinoza ⁽²²⁾ encuentro un 50% de trabajadores CAS del IREN y de Hospital Goyeneche que presentan depresión. En cuanto a las guardias nocturnas en nuestro estudio se encontró asociación significativa en entre la realización de guardias nocturnas con depresión en los tres hospitales, resultado similar encontró Villanueva ⁽¹⁸⁾ en su estudio donde las guardias se asociaron a depresión. En cuanto al tiempo de servicio no se encontró asociación significativa



en nuestro estudio, caso diferente el de Anticona ⁽²¹⁾ en el cual el mayor porcentaje con depresión según tiempo de servicio en el rango de 1 a 11 años fue 77,98.



CONCLUSIONES

1.- En esta tesis se determinaron las características del personal médico y su relación con la presencia del trastorno depresivo en tres hospitales de Cusco. En base a los resultados obtenidos evidenciamos que si bien algunas características contribuyen a la presencia de trastorno depresivo –tales como el estado civil, edad y la presencia de guardias nocturnas- otras características como el género, presencia de hijos, tipo de contrato, área de trabajo, especialidad, años de servicio y cargo administrativo no influyen en la presencia de depresión. Lo anterior permite corroborar la hipótesis planteada que si existen características del personal asociadas a la presencia de depresión en médicos de tres hospitales del Cusco.

2.- En cuanto a la presencia de depresión se pudo observar que en general existe una prevalencia de 19% en los médicos de los nosocomios estudiados. Dentro de este grupo podemos ver que casi una cuarta parte de los médicos que laboran en el Hospital Adolfo Guevara Velasco presentan depresión (24%), seguido del Hospital Antonio Lorena (18%) y el Hospital Regional. (16%).

3.- Respecto al nivel de depresión se evidencio que del 19% de personal médico con depresión el 14% presenta depresión leve, 4% depresión moderada y el 1 % depresión severa.

4.-Las variables estado civil y las guardias nocturnas están asociadas a la depresión; según la prueba de chi cuadrado se evidenció asociación estadísticamente significativa ($P < 0.05$)



SUGERENCIAS

- 1.- Las asociaciones encontradas durante el desarrollo del trabajo de investigación deberían ser tomadas como puntos de referencia para implementar programas de intervención que ayuden a prevenir o mitigar la presencia de depresión en el personal médico.

- 2.- El servicio de Psiquiatría de los tres hospitales debería realizar evaluaciones periódicas a los médicos que laboran en sus instituciones para poder detectar y tratar de manera oportuna los casos de trastorno depresivo.

- 3.- Realizar más trabajos de investigación que incluyan un mayor número de muestra poblacional, con carácter probabilístico, aleatorio y con mayor control de variables que permitan extrapolar los resultados a otras instituciones prestadoras de salud



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (2004) Invertir en SALUD MENTAL. Disponible: https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
2. Organización Mundial de la Salud (2020) Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Vicente M. Ramírez I, Capdevila L, Terradillos M, Aguilar E, Ruiz-Flores M. Guía-Protocolo para el manejo del paciente con depresión en el mundo del trabajo. Grupo de Trabajo Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT); 2018. Disponible en: <http://www.aeemt.com/web/wp-content/uploads/2018/05/GUI%CC%81A-PROTOCOLO-TRABAJADOR-CON-DEPRESIO%CC%81N-EN-SALUD-LABORAL-Grupo-de-Trabajo-AEEMT.pdf>
4. Da Silva A, Lopes C, Susser E y Menezes P. Work-Related Depression in Primary Care Teams in Brazil. *Am J Public Health*. 2016; 106:1990–1997. Doi:10.2105/AJPH.2016.303342.
5. Irarrázaval M, Prieto F, Armijo J. Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioeth*. [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Mar 08]; 22(1): 37-50. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000100005&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100005>
6. Organización Mundial de la Salud (2020) Trastornos mentales. Disponible en: https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/



7. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las otras prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Rev Peru Med Exp Salud Pública. [Internet]. 2009 [citado 05 de Febrero del 2020]; 6(22): 75-79. 2009; 26(2):222-31. Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000200015
8. Sadock B, Sadock V. Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría. 10 ed. España: Lippincott Williams &Wilkins; 2010
9. Sepúlveda A, Romero A, Jaramillo L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. Bol Méd Hosp Infant México. 2012 Oct; 69(5):347–54.
10. Kastrup M, Ramos A. Global Mental Health. Dan Med Bull.2007; 54 (1): 42-3
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17349222>
11. Martínez M. Castillo L. Velandia M. Ramírez M. Médicos y depresión: una responsabilidad de todos en la sociedad Rev Fac de Ciencias de la salud (Internet). 2019 (Citado el 15 de enero del 2020); 22(1):9-11. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/3611/3068>
12. Santander T, Romero S, Hitschfeld A, Zamora A. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2011 Mar [citado 1 Mar 2020]; 49(1): 47-55. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000100006&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000100006>.



13. Pereira K, Mata D, Loureiro S, Crippa J, Bolsoni L, Sen S. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors. JAMA Netw Open [Internet]. El 27 de noviembre de 2019 [citado el 10 de febrero de 2020]; 2(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6902829/>
14. Gómez S, Ballester R, Gil B, Abizanda R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. Anal. Psicol. [Internet]. 2015 Mayo [citado 10 Feb 2020]; 31(2): 743-750. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200039&lng=es. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
15. Taylor D, Pallant J, Crook H, Cameron P. The psychological health of emergency physicians in Australasia. Emerg Med Australas EMA. 2004;16(1):21-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2004.00532.x>
16. Ollachica J. Prevalencia Del Síndrome De Burnout Y Su Asociación Con El Nivel De Depresión En Médicos E Internos De Medicina, Del Hospital De Apoyo Camana, Febrero 2019. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.2019
17. Villanueva L. Factores Asociados A La Presencia De Ansiedad Y Depresión En Personal Médico Del Servicio De Ginecología Y Obstetricia Del Hospital Regional Honorio Delgado, 2019. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica Santa María.2019
18. Villanueva V. Calidad De Sueño Como Factor Asociado A Depresión En Profesionales Médicos. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego. 2018



19. Torres D. Riesgos De Depresión Y Características Asociadas Al Trabajo En La Micro-Red Hunter De Arequipa, 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2018
20. Quispe L. Prevalencia de ansiedad y depresión en personal de salud en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, diciembre 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.
21. Anticona E., Maldonado M. Ansiedad y Depresión en el personal de Salud del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad nacional del centro. 2017
22. Espinoza K. Ansiedad Y Depresión, Según La Escala De Hamilton, En El Personal Médico Y No Médico Del Servicio De Oncología Del Hospital Goyeneche e IREN Sur, 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad católica santa maría. 2014
23. Depression [Internet]. <https://www.apa.org>. [citado el 8 de marzo de 2020].
Disponible en: <https://www.apa.org/topics/depression/index>
24. Malhi G, Mann J. Depression. Published online. Australia. [Internet]; 2018 [Citado: 2020–febrero 15]. Disponible en [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
25. Velasquez L, Colin R, Gonzáles M. Afrontando la residencia médica: Depresión y Burnout. Gaceta Méd Mex [Internet] 2013 [citado 12 Ene 2020]; 149: 183-95
Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41587>



26. Vallejo J. Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. 8va ed. España: Elsevier; 2015
27. Perez E, Cervantes V, Hijuelos N, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la Depresión Mayor. Rev Biomed [Internet]. 2017. [citado 19 de enero del 2019] 28:89/115. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio172c.pdf>
28. Montiel A, et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. Educación Médica. 2015; vol. 16(no 2): p.116-125.
29. Jiménez J, et al. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Revista Médica del IMSS. 2015; vol. 53(no 1): p. 20-28.
30. Erdur, B., Ergin, A., Turkcuer, I., Parlak, I., Ergin, N. Boz, B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. Emergency Medicine Journal, 23, 759-763.
Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16988301>
31. Duarte D, El-Hagrassy M, Couto T, Gurgel W, Fregni F, Correa H. Male and Female Physician Suicidality: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry. el 4 de marzo de 2020; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32129813>
32. Belló M, Puentes E, Medina M. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública México [Internet]. el 2 de febrero de 2005 [citado el 8 de marzo de 2020]; 47(0). Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4683>



33. Toro R, Yepes L, Palacio C. Fundamentos de medicina: Psiquiatría. Quinta ed. Medellín- Colombia: Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
34. Sadock B, Sadock V. Manual de Psiquiatría Clínica. 4ta ed. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2018
35. Sanin A. Lopez A. Gomez B. Los efectos del tipo de contrato laboral sobre la felicidad en el trabajo, el optimismo y el pesimismo laborales. Rev. Interam. Psicol. Ocup. 2015; 34 (1) pp. 9-21
36. Serra L. Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y medico legales. Rev Med. Clin. Condes [Internet]. 2013. [citado 18 de enero del 2019] 24(3) 443-51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701809>
37. Rangel L, Ramírez C. Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. Neurol Argent. 2019;11(4):183-91
38. Fernandez J. Piñol E. Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2000; 5 (3), pp. 207-222
39. Martinez A. Valoración de la satisfacción de los médicos tratantes del hospital de especialidades de las fuerzas armadas N°1 en relación a su especialidad. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2014
40. Mingote J, Gálvez M, Pino P, Gutiérrez M. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. Med. segur. trab. [Internet]. 2009 [citado 26 Febrero 2020]; 55(214): 41-63. Disponible en:



http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100004&lng=es.)

41. López J, Valdez M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Edición revisada. Barcelona: Elsevier Masson, 2002.
42. Mingote J, Crespo D, Hernández M, Navío M, García C. Suicide prevention in doctors. Med. segur. trab. [Internet]. 2013 [citado 06 Febrero 2020]; 59(231): 176-204. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200002>.
43. Vega J. Coronado O. Mazzoti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Rev Neuropsiquiatr. 2014; 77 (2).
44. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del Inventario BDI-II. [Internet]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
45. Rodríguez S. et al. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud en áreas críticas y su asociación con ansiedad y depresión. Medicina General. Anales Médicos. México. [Internet]; 2018 [Citado: 2019 -Enero02]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc2018/bc184b.pdf>

..



ANEXOS



ANEXO1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:.....

- 1. **Sexo:** Masculino Femenino

- 2. **Edad:**.....

- 3. **Estado Civil:** Soltero/a Casado/a o conviviente Divorciado/a o separado
Viudo/a

- 4. **Hijos:** Si No

- 5. **Tipo de contrato:** Nombrado/DL 728 CAS Tercerizado

- 6. **Realiza guardias nocturnas:** Si No

- 7. **Área de trabajo:** Consultorio Hospitalización Emergencia Otro

- 8. **Especialidad médica:** _____

- 9. **Tiempo de servicio:** _____ años

- 10. **Posee usted algún cargo institucional**
(Ej.: Gerente, director, Jefe de servicio, departamento, etc.) SI NO

ANEXO 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones de uso: Este cuestionario consta de 21 preguntas. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Escoja la alternativa que evidencie mejor su estado de ánimo en las últimas dos semanas. Marque con un aspa la opción elegida.

1. Tristeza
0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
2. Pesimismo
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mi.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
3. Fracaso
0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.
4. Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
5. Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.
6. Sentimientos de Castigo
0 No siento que este siendo castigado
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
7. Disconformidad con uno mismo.
0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.



8. Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. Pensamientos o Deseos Suicidas
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2 Querría matarme
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
10. Llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
11 Agitación
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo
12 Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1 ^a . Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual
3a. Duermo la mayor parte del día
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad
0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1 ^a . Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3a. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.
19. Dificultad de Concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
20. Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
21. Pérdida de Interés en el Sexo
0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
3 He perdido completamente el interés en el sexo.



Puntaje Total: _____

ANEXO 3

“Año de la universalización de la Salud”

Cusco, 02 de marzo del 2020

CARTA DE ACEPTACION PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

DR

RUBEN NIETO PORTOCARRERO

**DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO -
ESSALUD – CUSCO**

De mi consideración:

EL HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO – ESSALUD – CUSCO, donde se realizara el estudio titulado “ CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PERSONAL MÉDICO DE TRES HOSPITALES, CUSCO- 2020” cuyos investigadores principales son los bachilleres en Medicina Humana Jeinner Alfredo Paredes Daza y Andy Américo Illatupa Leiva, tienen el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para el proyecto señalado previamente se ejecute en el HOSPITAL NACIONAL ADOLFO GUEVARA VELASCO – ESSALUD –CUSCO.

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del comité institucional de ética en investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente



“Año de la universalización de la Salud”

Cusco, 02 de marzo del 2020

SOLICITUD PARA EVALUACION DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION

Jefe de comité de investigación y comité de ética en investigación

Presente

Asunto: solicitud de evaluación y aprobación de protocolo de investigación

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a su vez solicitarle la evaluación del protocolo de investigación denominado “CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PERSONAL MÉDICO DE TRES HOSPITALES, CUSCO- 2020”, por parte del comité de investigación y comité institucional de ética en investigación, así como la presentación ante la gerencia para su aprobación.

Se trata de un estudio tipo observacional, cuyo coinvestigador pertenece al Departamento de pediatría del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco – ESSALUD – Cusco.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente.

UAC

ANDY AMERICO IILATUPA LEIVA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CELULAR: 926340478

JEINNER ALFREDO PAREDES DAZA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
UAC

CELULAR: 945895570

DNI: 70186100

CORREO: jeinner2013@gmail.com



ANEXO Nº4

UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MÉDICO PARTICIPANTE

Fecha_____

Yo: _____, médico de profesión, de ___ años de edad, que laboro en el Hospital _____. Los Bachilleres en Medicina de la Universidad Andina del Cusco, Andy Américo Illatupa Leiva y Jeinner Alfredo Paredes Daza han invitado a participar de un trabajo de investigación llamado "Caracterización del Trastorno Depresivo en personal médico de tres hospitales, Cusco- 2020".

Manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información que se me dio, he podido aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarlo. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SI NO. Autorizo a que se realice la aplicación de encuestas en mi persona.

SI NO. Autorizo la conservación y utilización de los datos personales y los resultados correspondientes a mi persona

SI NO. Autorizo la utilización de pruebas estadísticas de los datos obtenidos con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: márquese con un aspa)

Nombre, firma y/o huella del participante

**ANEXO N°5****VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS Y MÉTODO DE DISTANCIA DE
PUNTO MEDIO****INSTRUCCIONES**

El presente documento, tiene como objetivo recoger información útil de personas especializadas acerca del tema: “Caracterización del Trastorno Depresivo en personal médico de tres hospitales, Cusco- 2020”, para la validez, construcción y confiabilidad del instrumento de recolección de datos para el estudio.

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación.



“CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PERSONAL MÉDICO DE TRES HOSPITALES, CUSCO- 2020”

Presentado por:

Andy A Illatupa Leiva
Jeinner Paredes Daza

Problema general

- ¿Cuál es la caracterización del trastorno depresivo en el personal médico de tres hospitales, Cusco - 2020?

1.8 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1 OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar el trastorno depresivo en el personal médico de tres hospitales, Cusco - 2020.

1.8.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar las características (género, edad, estado civil, hijos, tipo de contrato, realización de guardias nocturnas, área de trabajo, especialidad médica, tiempo de servicio, desarrollo de cargo institucional) del personal médico de tres hospitales del Cusco, 2020.
- Determinar la presencia del trastorno depresivo en el personal médico de tres hospitales de Cusco, 2020.
- Determinar el nivel de depresión en el personal médico de tres hospitales de Cusco, 2020
- Determinar el grado de asociación entre el trastorno depresivo y las características del personal médico de tres hospitales de Cusco, 2020.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA
INVESTIGACIÓN**

**“CARACTERIZACIÓN DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN PERSONAL MÉDICO
DE TRES HOSPITALES, CUSCO- 2020”**

PREGUNTAS	ESCALA				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. que los ítems del instrumento miden lo que se pretende medir?					
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?					
4. ¿Considera Ud. que si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos, propios de la variable de estudio?					
6. ¿Considera Ud. que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento tienen los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?					
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetos materia de estudio?					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o que aspectos habría que suprimir?					

NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA Y SELLO

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

Se aplicó el criterio de expertos y una prueba piloto. Para lo cual se recurrió a 5 expertos a quienes se les proporcionó los objetivos de la investigación, la encuesta y una hoja de preguntas; con su respectiva escala de valoración, para la calificación.

Los resultados de la calificación, se procesaron de acuerdo a la tabla y fórmulas que presentamos a continuación:

TABLA DE PROCESAMIENTO DE CRITERIO DE EXPERTOS.

ITEM	EXPERTOS					TOTAL	PROMEDIO
	A	B	C	D	E		
1	5	4	4	5	4	22	4.4
2	4	5	4	5	4	22	4.4
3	5	5	4	4	5	23	4.6
4	4	5	4	5	5	23	4.6
5	5	5	4	5	5	24	4.8
6	4	5	4	5	4	22	4.4
7	5	5	4	5	5	24	4.8
8	5	5	4	5	4	23	4.6
9	5	5	4	4	5	23	4.6

Con los promedios hallados se procedió a determinar la distancia del punto múltiple

(D_{pp}), a través de la siguiente ecuación:

$$D_{pp} = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + \dots + (x - y_n)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo concedido en la escala para cada ítem (4 ó 5 en la presente investigación).

y = El promedio de cada ítem.

REEMPLAZANDO:

$$D_{pp} = \sqrt{(5-4,4)^2 + (5-4,4)^2 + (5-4,6)^2 + (5-4,6)^2 + (5-4,8)^2 + (5-4,4)^2 + (5-4,8)^2 + (5-4,6)^2 + (5-4,6)^2}$$



$$D_{pp} = \sqrt{1,8}$$

$$D_{pp} = 1,3416$$

Si $D_{pp} = 0$, significa que el instrumento tiene una adecuación total con lo que se pretende medir y por consiguiente puede ser aplicado para obtener la información.

Siendo D_{pp} (diferente) 0, entonces debe de calcularse la distancia máxima.

Determinar la distancia máxima ($D_{m\acute{a}x}$) del valor obtenido respecto al punto de referencia Cero (0), con la siguiente ecuación:

$$D_{max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_n - 1)^2}$$

Donde:

X = Valor máximo cancelado en la escala para cada ítem.

1 = Valor mínimo de la escala, para cada ítem (en este caso el valor es = 1).

Reemplazando:

$$D_{max} = \sqrt{(5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2 + (5-1)^2}$$

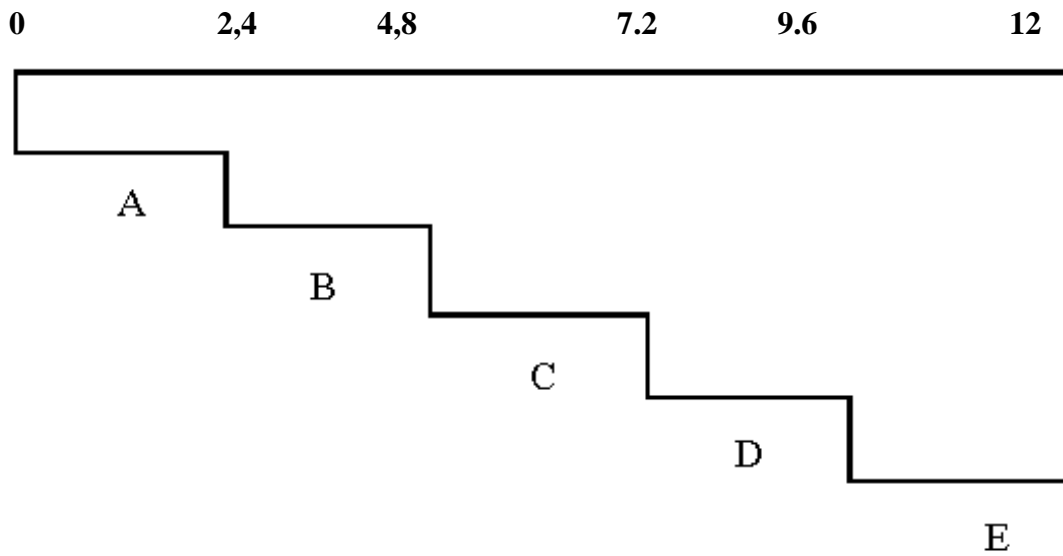
$$D_{max} = \sqrt{144}$$

$$D_{max} = 12$$

La $D_{m\acute{a}x}$ obtenida se divide entre el valor máximo de la escala, siendo:

$$\frac{12}{5} = 2,4$$

Con el valor obtenido (2,4), se construyó una nueva escala valorativa a partir de la escala de 0, hasta llegar al valor D_{max} (12), y se obtuvo lo siguiente:



Donde:

A= Adecuación total.

B= Adecuación en gran medida.

C= Adecuación promedio.

D= Escasa adecuación.

E= Inadecuación.

En la escala construida, se ubicó la distancia del punto múltiple obtenida (D_{pp}), y se emite el juicio de valor. Dónde: $D_{pp} = 2,4$; que está ubicado en el intervalo A, indicando que el instrumento de investigación **“tiene adecuación total”** al fenómeno que se desea investigar, y por tanto puede ser ya utilizada.



**ANEXO 6
CRONOGRAMA DE TRABAJO Y PRESUPUESTO**

Actividades	NOVIEMBRE 2019	DICIEMBRE 2019	ENERO 2020	FEBRERO 2020	MARZO 2020
1. Elección del tema					
2. Revisión bibliográfica					
3. Aprobación del proyecto					
4. Ejecución					
5. Análisis e interpretación					
6. Informe final					

