

**REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OPTAR POR LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL PERSONAL MEDICO DEL
HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI EN EL PERIODO ABRIL-JUNIO 2025.**

SUSTENTANTES:

**CARMEN KEREM FLORIAN RUBIO 22-1193
MARGARITA FRÍAS DISLA 22-1203**

ASESORADO POR:

DR. ANGEL CAMPUSANO

ASESOR CLÍNICO

CARMEN YAJAIRA RAMIREZ MARTINEZ

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de responsabilidad de los autores.

SANTO DOMINGO, DISTRITO NACIONAL

2025.

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN EL PERSONAL MEDICO DEL
HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI EN EL PERIODO ABRIL-JUNIO 2025.**

Tabla de contenido

Agradecimientos	1
Dedicatoria	2
Dedicatoria	4
Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo 1 El problema	11
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Justificación	14
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Objetivo general.....	15
1.3.2 Objetivos específicos	15
Capítulo 2 Marco teórico	16
2.1 Antecedentes y referencias.....	17
2.2 Marco conceptual	19
2.3 Marco contextual	47
Capítulo 3 Diseño metodológico	51
3.1 Variables.....	52
3.1.1 Variable dependiente	52
3.1.2 Variables independientes	52
3.2 Operacionalización de las variables	53
3.3 Diseño metodológico	55
3.3.1 Tipo de estudio	55
3.3.2 Contexto del estudio	55
3.3.3 Modalidad de trabajo final.....	55
3.3.4 Métodos y técnicas de investigación.....	55
3.3.5 Instrumentos de recolección de datos.....	56
3.3.6 Consideraciones éticas	56
3.3.7 Selección de población y muestra	56
3.3.8 Procesamiento y análisis de datos.....	57

Capítulo 4 Resultados	58
4.1 Resultados.....	59
Capítulo 5 Discusión y Conclusiones	67
5.1 Discusión	68
5.2 Conclusiones	72
Capítulo 6 Recomendaciones	73
6.1 Recomendaciones	74
Referencias Bibliográficas	75
Apéndices.....	82
Consentimiento informado	83
Cuestionario de recolección de datos	84
Hoja Evaluación del Informe Final	

Agradecimientos

A Dios, por concedernos la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para recorrer este camino. Sin Su guía y protección, no habría sido posible llegar hasta aquí y ver materializado este sueño que hoy culmina.

A nuestros familiares y amigos, por estar presentes en cada etapa del proceso, acompañándonos con amor, paciencia y palabras de aliento. Gracias por comprender nuestras ausencias, por celebrar nuestros logros y por sostenernos en los momentos de dificultad. Su apoyo incondicional fue fundamental para alcanzar esta meta.

A la Universidad Iberoamericana (UNIBE) y al Hospital General Dr. Vinicio Calventi, por brindarnos no solo una formación académica de calidad, sino también la oportunidad de crecer profesional y humanamente en un entorno de grandes desafíos y aprendizajes. Gracias por abrirnos las puertas y permitirnos ser parte de esta gran familia.

A nuestros asesores, el Dr. Ángel Campusano y la Dra. Katia Elizabeth Perdomo Contreras, Carmen Yajaira Ramírez Martínez por su dedicación, orientación y compromiso durante todo el proceso de elaboración de este trabajo de investigación. Sus observaciones, sugerencias y acompañamiento constante fueron claves para la realización de esta tesis.

Y, por supuesto, a cada maestro y maestra que formó parte de nuestra trayectoria académica. Gracias por compartir sus conocimientos, por inspirarnos con su vocación y por sembrar en nosotros la pasión por la Medicina.

Las sustentantes

Dedicatoria

A DIOS: Agradezco a mi DIOS todopoderoso por ser el centro de todo, por guiarme fielmente por estar siempre a mi lado y nunca soltarme, sin DIOS esto no fuera posible. Este mérito es tuyo mi SEÑOR.

A MIS ABUELOS: Gracias por existir, porque son mi primera escuela, gracias por inculcarme el amor DIOS y al trabajo.

A MI ESPOSO: Gracias por ser mi apoyo incondicional, mi refugio en los días difíciles y mi mayor fuente de fortaleza. Esta residencia no habría sido posible sin tu amor constante, tu paciencia infinita y tus palabras de aliento en los momentos de cansancio. Has estado a mi lado en cada paso de este camino, celebrando mis logros y levantándome cuando sentía desfallecer. Tu fe en mí ha sido el motor silencioso que me impulsó a seguir adelante, incluso en los momentos más inciertos. Gracias por comprender mis ausencias, por animarme cuando el agotamiento me vencía, y por recordarme, con tu ternura y convicción, que soy capaz de alcanzar cualquier meta. Este logro es tanto mío como tuyo, porque lo construimos juntos, con amor, dedicación y complicidad. A ti, mi compañero de vida, te dedico con todo mi corazón estas páginas y este sueño cumplido.

A MIS COMPAÑERAS DE RESIDENCIA: Gracias por ser parte esencial de este camino. Compartir esta etapa con ustedes fue más que una coincidencia académica; fue una experiencia de vida. En medio de largas guardias, jornadas agotadoras y momentos de incertidumbre, encontré en ustedes apoyo, comprensión y una complicidad que solo quienes comparten esta vocación pueden entender.

Cada una, con su forma única de ser, me aportó algo valioso: desde una palabra de aliento en momentos difíciles, hasta una carcajada que aligeraba el peso de los días más intensos. Gracias por las enseñanzas compartidas, por los turnos enfrentados juntas, por las noches sin dormir, y por demostrarme que el trabajo en equipo va más allá de lo profesional: es también hermandad.

Las experiencias vividas a su lado —las buenas y las no tan buenas— contribuyeron a forjar mi carácter, a fortalecer mi pasión por la medicina y a hacer de esta etapa algo profundamente significativo. Las llevaré siempre conmigo, no solo como colegas, sino como amigas que dejaron huella en mi vida.

Al Hospital Dr. Vinicio Calventi y sus pacientes

Gracias por ser la plataforma que hizo posible la realización de este trabajo. Cada día vivido en sus pasillos, especialmente en la sala de emergencias, fue una lección invaluable. El conocimiento que hoy poseo no proviene únicamente de los libros, sino de las experiencias reales, de los casos atendidos, de los rostros de los pacientes y del ritmo intenso de un entorno donde la vida y la medicina se entrelazan a cada instante.

Agradezco profundamente a los doctores y demás profesionales que, con generosidad, compartieron sus conocimientos y sus vivencias. Gracias por enseñarme desde la práctica, por mostrarme el valor del trabajo en equipo, la importancia de actuar con humanidad y la necesidad de mantener la templanza en momentos críticos.

Las experiencias vividas —las buenas y las no tan buenas— fueron forjando mi carácter, fortaleciendo mi vocación y enseñándome a ser más resiliente. Hoy comprendo que cada dificultad superada fue una oportunidad para crecer no solo como profesional, sino también como ser humano.

Carmen Kerem Florian Rubio

Dedicatoria

A DIOS. por darme las fuerzas necesarias para poder alcanzar este logro. Gracias por sostenerme en los momentos de incertidumbre, por darme luz en medio del cansancio y por acompañarme en cada paso de este camino. Todo lo que he alcanzado es reflejo de tu amor, tu guía y tu infinita misericordia.

A MI ESPOSO, Stalin Balbuena. por luchar conmigo, ser mi sostén, mi refugio y ayuda constante por darme su apoyo incondicional, por no dejar que me rindiera en los momentos difíciles que pensaba no podía seguir adelante en cambio siempre me motivaste a seguir, confiaste y creíste que si podía; este largo y difícil trayecto sin ti no fuese realidad hoy, tu amor, paciencia y compañía me dieron fuerzas incluso en los momentos más difíciles así que este éxito también es tuyo.

A MIS HIJOS: Stalin J., Steven y Skerlyn, mi razón de ser, el motor y la fuerza que me ayuda a seguir adelante, mi gran motivación cada día quienes me inspiran a ser mejor y nunca rendirme.

A MIS HERMANOS: Tomas, Mercedes, Domingo, Albert y Samuel. Por inspirarme a seguir avanzando y recordarme cuando se quiere se puede, sin importar las adversidades.

Y con especial amor y nostalgia, dedico este trabajo a mis padres, JUAN FRÍAS y JULIA DISLA, que ya no están físicamente conmigo, pero cuya guía, valores y amor siguen marcando cada uno de mis pasos. Este logro lleva también su nombre, su esfuerzo y su memoria. Sé que donde quiera que estén estarán orgullosos de mí.

A MIS COMPAÑERAS de residencia y amigas, con quienes compartí no solo turnos, desvelos, desafíos y responsabilidades, sino también momentos inolvidables de apoyo, risa y aprendizaje. Cada una con su forma tan especial de ser. he aprendido mucho de cada una: de su fortaleza, su entrega, su compañerismo y su forma de enfrentar los retos. Gracias por estar, por acompañarme por confiar en mí y motivarme a seguir. Caminar a su lado hizo este camino más humano, más llevadero y mucho más valioso con nuestro lema UNIDAS HASTA EL FINAL.

AL HOSPITAL Dr. Vinicio Calventi que me acogió durante esta etapa formativa, expreso mi más sincero agradecimiento. No solo fue un campo clínico, sino también una escuela de vida. Gracias por brindarme un espacio de aprendizaje real, donde el conocimiento se transforma en experiencia y la teoría en vocación. Agradezco a cada uno de los doctores que en cada rotación compartieron sus conocimientos, con su ejemplo, paciencia y compromiso y que de una manera u otra contribuyó a mi crecimiento personal y profesional. Exigirme dar siempre lo mejor de mí.

Margarita Frías Disla

Resumen

La ansiedad es una respuesta emocional compleja que se caracteriza por sentimientos de tensión, preocupación y cambios físicos como aumento del ritmo cardíaco, sudoración y temblores. Se considera una reacción adaptativa frente a amenazas percibidas, que prepara al organismo para enfrentar situaciones de peligro, conocida como la respuesta de "lucha o huida".

La depresión es un trastorno mental común, caracterizado por un estado persistente de tristeza, pérdida de interés o placer en actividades, junto con una variedad de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos que afectan la funcionalidad diaria del individuo (American Psychiatric Association, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como una de las principales causas de discapacidad a nivel global y un factor significativo en la carga mundial de enfermedades.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo observacional de corte Prospectivo, no probabilístico. Estuvo representado por 101 personal médico de las diferentes especialidades en el periodo abril 2025 - junio 2025 del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, ubicado en la carretera Hato nuevo No. 43, municipio de los Alcarrizos, en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana. Los Instrumentos utilizados fueron Cuestionarios validados como el DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) y entrevistas semi-estructuradas.

Presentándose un porcentaje de 3% con ansiedad y 7% con Depresión y evidenciado que el sexo femenino es el más afectado. En definitiva, abordar la salud mental del personal médico no solo es un acto de justicia y dignidad profesional, sino también una medida estratégica para mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto. Reconocer, prevenir y tratar a tiempo los síntomas de ansiedad y depresión en este grupo es una responsabilidad compartida entre las instituciones de salud, las autoridades gubernamentales y la sociedad en general.

Palabras clave: Prevalencia, ansiedad, depresión, personal médico.

Abstract

Anxiety is a complex emotional response characterized by feelings of tension, worry, and physical changes such as increased heart rate, sweating, and tremors. It is considered an adaptive reaction to perceived threats, preparing the body to confront dangerous situations, known as the "fight or flight" response.

Depression is a common mental disorder characterized by a persistent state of sadness, loss of interest or pleasure in activities, along with a variety of emotional, cognitive, behavioral, and somatic symptoms that affect an individual's daily functioning (American Psychiatric Association, 2013). The World Health Organization (WHO) recognizes it as one of the leading causes of disability worldwide and a significant factor in the global burden of disease.

A quantitative, descriptive, observational, prospective, nonprobabilistic study was conducted. The program was represented by 101 medical personnel from different specialties from April 2025 to June 2025 at the Dr. Vinicio Calventi General Hospital, located on Hato Nuevo Highway No. 43, in the municipality of Los Alcarrizos, in the city of Santo Domingo, Dominican Republic. The instruments used were validated questionnaires such as the DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) and semi-structured interviews.

The percentage of patients with anxiety and depression was 3% and 7%, with evidence that women are the most affected. Ultimately, addressing the mental health of medical personnel is not only an act of justice and professional dignity, but also a strategic measure to improve the quality of the healthcare system as a whole. Recognizing, preventing, and promptly treating symptoms of anxiety and depression in this group is a shared responsibility between healthcare institutions, government authorities, and society at large.

Keywords: Prevalence, anxiety, depression, medical personnel.

Introducción

En la actualidad, la salud mental ha adquirido una atención cada vez más significativa dentro del ámbito de la salud pública, siendo considerada un componente esencial del bienestar integral de las personas. En este contexto, los trabajadores del sector salud representan una población particularmente vulnerable, dada la naturaleza de su labor, la responsabilidad inherente a sus funciones y la constante exposición a situaciones de estrés, sufrimiento y muerte. A lo largo de los años, múltiples investigaciones han evidenciado que los trastornos de ansiedad y depresión son altamente prevalentes entre los profesionales médicos, afectando no solo su calidad de vida, sino también su desempeño laboral y su relación con los pacientes.

La ansiedad y la depresión constituyen dos de los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 280 millones de personas sufren de depresión y más de 300 millones presentan algún tipo de trastorno de ansiedad (OMS, 2022). En el caso específico del personal sanitario, estas cifras tienden a ser superiores al promedio de la población general, especialmente en contextos hospitalarios donde se conjugan factores como largas jornadas laborales, alta carga asistencial, toma constante de decisiones críticas y falta de recursos. A esto se suman condiciones estructurales como la escasez de personal, las deficiencias organizacionales y, en algunos casos, el escaso reconocimiento laboral.¹

El impacto de estos trastornos en el personal médico es profundo. No solo se traduce en afectaciones emocionales y psicológicas individuales, sino también en consecuencias institucionales, como el aumento del ausentismo laboral, la rotación del personal, la disminución del rendimiento y el incremento en los errores médicos. Asimismo, la presencia de síntomas ansiosos y depresivos puede alterar la relación médico-paciente, comprometer la empatía en el trato y afectar negativamente los resultados clínicos.

La pandemia por COVID-19, iniciada en 2020, exacerbó esta problemática. Diversos estudios realizados durante y después del periodo pandémico han evidenciado un aumento significativo de los síntomas de ansiedad, depresión, agotamiento emocional y

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: Fortalecimiento de nuestra respuesta. 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

estrés postraumático en los trabajadores de salud de todo el mundo. Aunque el pico pandémico ya ha sido superado, muchas de las secuelas psicológicas persisten, especialmente en profesionales que estuvieron en la primera línea de atención. Estos hallazgos han encendido las alertas sobre la necesidad urgente de priorizar el bienestar emocional de este grupo en las políticas sanitarias nacionales.^{2,3}

En República Dominicana, la salud mental del personal médico ha sido históricamente un tema poco investigado, y las cifras existentes son limitadas o se encuentran desactualizadas. Esta situación dificulta la planificación de estrategias de prevención e intervención efectivas. En particular, el Hospital Dr. Vinicio Calventi, ubicado en el municipio de Los Alcarrizos, constituye una de las principales instituciones de atención pública en el país. Su personal médico enfrenta desafíos constantes, tanto desde el punto de vista clínico como administrativo, lo cual lo convierte en un escenario idóneo para la realización de investigaciones que exploren el estado emocional de los profesionales que allí laboran.

La presente tesis tiene como propósito determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi en el periodo abril-junio de 2025. Esta investigación busca aportar evidencia científica que permita visibilizar la magnitud del problema y constituirse en un insumo para el diseño de programas de apoyo psicológico, promoción de la salud mental y fortalecimiento del clima organizacional en dicho centro hospitalario. Asimismo, se espera que los resultados obtenidos sirvan como punto de partida para futuras investigaciones en otros centros de salud del país, contribuyendo así a la generación de conocimiento local y al desarrollo de políticas públicas centradas en el bienestar del personal médico.

² Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>

³ Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

En definitiva, abordar la salud mental del personal médico no solo es un acto de justicia y dignidad profesional, sino también una medida estratégica para mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto. Reconocer, prevenir y tratar a tiempo los síntomas de ansiedad y depresión en este grupo es una responsabilidad compartida entre las instituciones de salud, las autoridades gubernamentales y la sociedad en general.

Capítulo 1 El problema

1.1 Planteamiento del Problema

El personal médico está expuesto a múltiples factores estresantes debido a la naturaleza demandante de su trabajo. Estos factores incluyen jornadas laborales prolongadas, alta carga emocional, exposición constante al sufrimiento y la muerte, así como la presión por tomar decisiones críticas en tiempo limitado. Estas condiciones pueden derivar en problemas de salud mental como ansiedad y depresión, afectando el bienestar personal de los médicos y también la calidad de la atención que brindan a sus pacientes.

En el Hospital Dr. Vinicio Calventi, se ha evidenciado un incremento en las licencias médicas relacionadas con diagnósticos de ansiedad y depresión durante el período de julio 2024 a mayo 2025. Este fenómeno pone de manifiesto la necesidad de abordar el impacto del estrés laboral en el personal médico y de identificar estrategias efectivas para mitigar sus efectos. Sin embargo, hasta la fecha, no se cuenta con un estudio integral que analice la incidencia de estos trastornos en esta población específica ni que proponga intervenciones basadas en evidencia para reducir su prevalencia.

El estrés laboral en el ámbito médico es un problema multifacético que puede originarse por diversos factores. Entre ellos se encuentran la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos materiales y humanos, las exigencias administrativas y la necesidad de mantener un equilibrio entre la vida laboral y personal. Adicionalmente, la pandemia de COVID-19 ha exacerbado estas dificultades, incrementando la presión sobre el personal médico y evidenciando la vulnerabilidad de su salud mental. Este contexto refuerza la importancia de realizar investigaciones que permitan comprender las dinámicas específicas de estrés y sus efectos en la salud mental de los médicos.

Diversos estudios han señalado que los médicos son particularmente susceptibles a desarrollar trastornos de ansiedad y depresión debido a la naturaleza de su trabajo. Según investigaciones previas en el artículo de PATEL et al. (2019) revisa estrategias para manejar el agotamiento profesional en médicos, enfocándose en factores de estrés ya que los niveles elevados de estrés pueden comprometer la capacidad de los médicos para tomar decisiones críticas, lo que a su vez puede impactar negativamente en la seguridad del paciente. Además, la falta de estrategias institucionales para el manejo del

estrés puede perpetuar un ciclo de agotamiento emocional y deterioro del bienestar psicológico.⁴

Este estudio busca llenar este vacío mediante el análisis de los factores laborales que contribuyen al desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico, la evaluación de la prevalencia de estos trastornos en diferentes especialidades y la formulación de estrategias de intervención.

Los resultados obtenidos podrían servir como base para el diseño de políticas institucionales orientadas a mejorar la salud mental del personal médico, garantizando así una atención médica de mayor calidad.

Por otra parte, la literatura científica ha destacado la importancia de implementar medidas preventivas y correctivas para abordar los problemas de salud mental en el ámbito médico. Estas medidas incluyen la promoción de programas de bienestar, la creación de espacios de apoyo psicológico y la capacitación en el manejo del estrés. Sin embargo, la efectividad de estas estrategias depende en gran medida de un diagnóstico adecuado que permita identificar las necesidades específicas del personal médico en contextos particulares como el del Hospital Dr. Vinicio Calventi.

En conclusión, el planteamiento de este problema no solo busca identificar la incidencia de ansiedad y depresión en el personal médico, sino también proponer soluciones prácticas y adaptadas a las realidades de este hospital. Al abordar este tema, se espera contribuir no solo al bienestar del personal médico, sino también a la mejora general del sistema de salud, promoviendo una atención más humana y eficiente para los pacientes.

Por lo tanto, surge la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Prevalencia de Ansiedad y Depresión en el Personal Médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi, durante en el período abril -junio 2025?

⁴ Patel, R. S., Sekhri, S., Bhimanadham, N. N., Imran, S., Hossain, S. (2019). A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*, 11(6):e4805. (Sobre factores de estrés, falta de apoyo institucional y efectividad de intervenciones como CBT, mindfulness y límites de jornada.

1.2 Justificación

La salud mental del personal médico es un componente esencial para garantizar la calidad y seguridad en la atención de los pacientes. En el contexto del Hospital Dr. Vinicio Calventi, la falta de estudio y el desconocimiento de la incidencia de trastornos de ansiedad y depresión en el personal médico no solo afecta su bienestar individual, sino que también puede repercutir en la eficiencia del sistema de salud en general. Este estudio se justifica por la necesidad de comprender las causas y consecuencias de este problema para diseñar estrategias que promuevan un ambiente laboral más saludable y sostenible.

Además, este trabajo permitirá generar evidencia científica que podría ser utilizada para implementar políticas públicas de salud mental en el ámbito médico, contribuyendo al desarrollo de estrategias replicables en otros hospitales. Los resultados también serán útiles para sensibilizar a las autoridades sanitarias sobre la importancia de invertir en programas de bienestar para el personal médico.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la incidencia de ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

1. Identificar los factores laborales que contribuyen al desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico.
2. Calcular la frecuencia de estos trastornos en médicos de diferentes especialidades.
3. Determinar la edad predominante.
4. Describir el estado civil.
5. Determinar cuál especialidad es más afectada.
6. Identificar los antecedentes patológicos relacionados.
7. Identificar relación de hábitos tóxicos modificables.
8. Proponer estrategias de intervención basadas en evidencia para reducir la incidencia de ansiedad y depresión en el hospital.

Capítulo 2 Marco Teórico

2.1 Antecedentes y referencias

Lucas-Hernández, A. y cols. realizaron un estudio observacional transversal, descriptivo en los trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel, mediante la aplicación de encuestas aleatorizadas y auto complementadas, en búsqueda de grado de estrés, ansiedad y depresión, durante la pandemia por COVID-19. El 44.7% de los encuestados presentó depresión, 83.1% ansiedad y 66.3% estrés. Los principales grupos afectados fueron el personal femenino, solteros y médicos residentes. Los pacientes con antecedentes diabetes mellitus tipo 2 tuvieron mayor incidencia de ansiedad y depresión en comparación con aquellos que reportaron otra enfermedad crónica o alguna ausencia de estas. La especialidad de mayor participación fue Medicina interna en un 18%.⁵

Un estudio realizado por SALDAÑA IO y COL. donde analizaron los datos recopilados de 119 profesionales médicos (47.9% hombres y 52.10% mujeres) determinaron que el sexo predominante fue el femenino y con rango de edad entre 27 y 32 años, y 24.37% entre 33 y 36 años.⁶

SALDAÑA IO y COL. En su estudio Prevalencia de depresión en médicos residentes Por especialidad, los probables casos de depresión en términos de episodio grave, Cirugía General (13.6%), Urgencias (6.9%), Medicina Interna (2.63%) y Medicina Familiar (7.14%) ocupan los lugares primero, segundo, tercero y cuarto, respectivamente.⁶

Dentro de los Factores de riesgo psicosocial vinculados con situaciones organizacionales desfavorables tenemos: accidentes en el trabajo, disminución de productividad, clima laboral negativo, así como los problemas de salud: físicos y psíquicos de los trabajadores^{7,8}. Los factores psicosociales de riesgo generan estrés y disturbios psíquicos menores como: ansiedad, depresión, la tristeza, fatiga, bajo nivel de

⁵ Lucas-Hernández, A. y cols. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. 2022. Biblioteca Nacional de Medicina. Rev Med Inst Seguro Soc. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395996/>

⁶ Saldaña-Ibarra O, López-Ozuna V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evid Med Invest Salud. 2014;7(4):169-177. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo144d.pdf> [Links].

⁷ Palomo-Vélez G, Carrasco J, Bastías A, Méndez MD, Jiménez A. Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en trabajadoras estacionales de Chile. Rev Panam Salud Pública. [internet] 2015 [citado 14/08/2017]; 37(4/5):301-7. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a17.pdf>

⁸ Feldman L, Blanco G. Una aproximación al estudio de los factores psicosociales laborales en Venezuela. Salud Trabajadores (Maracay). 2012; 20(1):75-92. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-01382012000100007&script=sci_arttext

concentración, irritabilidad, insomnio, entre otros, que provoca incapacidad en el trabajador.^{9,10}

El desgaste psíquico se ha venido conceptualizando y relacionando, de manera errónea, como síndrome de burnout, pero no todo desgaste psíquico es burnout, aunque este último puede presentarlo¹¹. Los niveles de exigencia altos en el trabajo representan reacciones más adversas de desgaste psíquico y, por el contrario, niveles bajos favorecen la salud del trabajador³. El desgaste psíquico es considerado desde dos perspectivas: la clínica, estado al que llega la persona como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, determinado estado o proceso desarrollado por la interacción entre características del entorno laboral y personales.⁷

La salud laboral no es solo la ausencia de enfermedad, sino que se debe atender a su preservación y promoción de los aspectos físicos, psíquicos y sociales.¹²

⁹ Greco PBT, Magnago TSBS, Lopes LFD, Prochnow A, Tavares JP, Viero NC. Estrés psicosocial y disturbios psíquicos menores en agentes socio-educadores. Rev. Latino-Am. Enfermagem. sep-oct. 2012; 20(5):[08pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_20.pdf

¹⁰ Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes Hillegonda MD, César CLG. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8): 1639-48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>

¹¹ Carrión-García MA, López-Barón F, Gutiérrez AM. Influencia de factores negativos del contexto de trabajo en desgaste psíquico de trabajadores en Colombia. Hacia promoc. salud. 2015; 20(1): 111-25. doi: 10.17151/hp-sal.2015.20.1.8

¹² Casas SB, Klijn TP. Promoción la salud y un entorno laboral saludable. Latino-am Enfermagem. 2006; 14(1):136-41

2.2 Marco conceptual

Ansiedad: concepto y características clínicas

La ansiedad es una respuesta emocional compleja que se caracteriza por sentimientos de tensión, preocupación y cambios físicos como aumento del ritmo cardíaco, sudoración y temblores. Se considera una reacción adaptativa frente a amenazas percibidas, que prepara al organismo para enfrentar situaciones de peligro, conocida como la respuesta de "lucha o huida".

Sin embargo, cuando esta respuesta se activa de forma excesiva, persistente o inapropiada, puede convertirse en un trastorno psicológico que afecta significativamente la calidad de vida de la persona.

Historia y evolución del concepto de ansiedad

El concepto de ansiedad ha evolucionado considerablemente a lo largo de la historia de la medicina y la psicología:

- **Antigüedad y Edad Media:** En culturas antiguas, la ansiedad era interpretada en términos espirituales o como un desequilibrio de los humores corporales, según la medicina hipocrática y galénica.
- **Siglo XX:** Con el auge de la psiquiatría, figuras como Sigmund Freud comenzaron a explorar la ansiedad desde una perspectiva psicoanalítica. Freud (1926) definió la ansiedad como una señal interna que alerta al ego sobre una amenaza psíquica, vinculándola con conflictos inconscientes y mecanismos de defensa.
- **Siglo XX:** Se consolidaron las clasificaciones clínicas modernas. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluyó la ansiedad en su Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM), definiendo criterios específicos para diferentes trastornos ansiosos.

El desarrollo de técnicas psicométricas, como la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A) en 1959, permitió cuantificar y evaluar la severidad de la ansiedad con mayor objetividad.

Epidemiología de la República Dominicana en salud mental

En la República Dominicana la epidemiología en salud mental no dispone de investigaciones o encuestas comunitarias nacionales de morbilidad por trastornos mentales; también son limitados los estudios de prevalencia por demanda en servicios de salud.¹³

Ley No. 12-06 sobre Salud Mental. Se destaca el Artículo 1, que establece como objeto regular el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental de todas las personas en el ámbito de lo dispuesto en la Ley General de Salud; y en su Libro I, Artículo 3, indica que la atención será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. En el artículo 4 establece la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental.¹³

Según el Análisis de Situación de Salud realizado por el MSP en el año 2014, se presenta la salud mental como un problema complejo, que no se ha podido valorar en su justa dimensión por la escasa disponibilidad de datos. También se considera que los recursos financieros destinados a este tema son insuficientes para satisfacer la necesidad de prevención y atención a las personas afectadas.¹³

Las estimaciones realizadas sobre la prevalencia de las enfermedades mentales en el país muestran:

- Aproximadamente, un 20% de la población dominicana sufre de trastornos mentales.
- Se reportó un total de 464.164 casos atendidos por depresión, con una prevalencia estimada de un 4,7% de la población general.
- El trastorno mental más frecuente es la ansiedad, con un total de 570.312 casos atendidos, para una prevalencia estimada de 5,7%.¹³

Los trastornos mentales por grupo de edad: En la población de 15-49 años, los trastornos mentales ocupan la cuarta parte de la carga de enfermedad de hombres y mujeres. Se destacan por su frecuencia, la depresión 6,4%, los desórdenes de ansiedad 4,0% y el uso de drogas 1,4%. De manera agrupada, los trastornos mentales y de comportamiento aportan la mayor carga de enfermedad 17,3%, sin diferencia significativa entre hombres y mujeres.¹³

¹³ Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022. Santo Domingo: MSP; 2 019.

En el grupo de edad de 5 a 14 años, los trastornos mentales representan el 10% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Entre los adultos mayores la incidencia de demencia aumenta exponencialmente con el aumento de la edad, duplicándose cuando la edad se incrementa en 6,3 años.

Una revisión de varios estudios epidemiológicos ejecutados en la Región muestra una prevalencia de 12 meses para todos los trastornos mentales de entre 18,7% y 24,2%. Las tasas medianas de prevalencia de 12 meses en la población adulta en algunos trastornos son: psicosis no afectiva 1,0%; depresión mayor 5,2%; y abuso/dependencia del alcohol 4,6%.¹⁴

En términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. En las Américas, 65.000 personas mueren por suicidio cada año. La tasa de suicidio ajustada según la edad, por 100.000 habitantes, es de 7,3 (11,5 hombres y 3,0 mujeres). Los trastornos debidos al uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas son un problema creciente en términos epidemiológicos y con gran impacto social; sin embargo, la brecha de tratamiento es muy alta, y no se dispone de los servicios adecuados para afrontar esta situación. La prevalencia de demencia en los adultos mayores oscila entre 6,46% y 8,48%; y las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años.¹³

Los neurotransmisores implicados incluyen:

- GABA (ácido gamma-aminobutírico): principal neurotransmisor inhibitorio, cuya disminución se asocia con estados ansiosos.
- Serotonina: modulador clave en el ánimo y la ansiedad, siendo blanco de tratamientos farmacológicos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Noradrenalina: involucrada en la activación del sistema nervioso autónomo.

¹⁴ Leonard B. Sleep Disorders and Anxiety: Biochemical Antecedents and Pharmacological Consequences. J Psychosom Res. 1994; 38(1): 69-87. [Links]

La etiología de la ansiedad puede dividirse en:

Biológica: la investigación del área de la bioquímica y la farmacología han mostrado que algunos trastornos de la ansiedad se deben a mecanismos bioquímicos particulares.

Se evidenció que, con terapia farmacológica, diferentes tipos de ansiedad respondían de manera positiva. Pero cada tipo de ansiedad respondía a un fármaco distinto, lo que hizo pensar que cada uno tenía un mecanismo distinto.

Aunque con el descubrimiento del receptor GABA/BZ, el cual mediatiza la acción de multitud de sustancias ansiolíticas y sedantes, se vio acelerado; los mecanismos de producción de la ansiedad no están del todo claros.

Los trastornos de ansiedad tienen su base neurobiológica en las alteraciones en el circuito cerebral del miedo. Siendo las alteraciones:

- Aumento de la respuesta de la amígdala al miedo.
- Disminución de la capacidad de la corteza pre frontal ventral para responder al miedo.
- Disminución de la conexión con el hipocampo.

Psicoanalítica: según Freud, los impulsos inconscientes amenazan con irrumpir en la consciencia y producir ansiedad. Se vincula, a lo largo del desarrollo, con los temores infantiles, los cuales proceden del miedo a la pérdida.

1) Teoría del aprendizaje:

- La ansiedad se puede originar por la frustración o la tensión continua e intensa. La ansiedad se convierte en una respuesta a situaciones que producen frustración o tensión en menor grado.
- Se aprende a través de la imitación de los patrones de ansiedad parentales.
- La ansiedad se vincula a un estímulo aterrador. La transferencia posterior hacia otro estímulo, a través del condicionamiento, produce fobia.
- Los trastornos de ansiedad involucran patrones erróneos y distorsionados del pensamiento cognitivo.

2) Estudios genéticos:

El 50% de los pacientes con trastornos de ansiedad tiene algún familiar afectado. Alrededor del 5% de las personas con mucha ansiedad tienen una variante polimorfa del gen que se relaciona con el metabolismo del transportador de serotonina.

En gran parte de los trastornos de ansiedad, se ha evidenciado una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente, sobre todo en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social.

Clasificación de los trastornos de ansiedad

Las clasificaciones de los trastornos de ansiedad más utilizadas son las del DMS- V, corresponde a la Asociación Americana de Psiquiatría, van desde el trastorno de ansiedad por separación hasta el trastorno de ansiedad no especificado.

1. Trastorno de ansiedad por separación:

Este se define como el miedo o temor a la separación de los seres queridos.

2. Mutismo selectivo:

Este imposibilita el funcionamiento educativo, ocupacional y social.

Fobia específica: Miedo intenso, irracional y persistente hacia un objeto o situación específica que no representa un peligro real. La persona padece mucha ansiedad cuando es expuesta a aquello que teme y lo evita a toda costa.

Alrededor del 25% de la población tiene fobias específicas, siendo más frecuente en mujeres.

3. Trastorno de ansiedad social o fobia social:

Es un miedo absurdo a las situaciones públicas, como puede ser comer, hablar, ir al baño, Usualmente ocurre durante la adolescencia, puede desarrollarse en la niñez. Cerca de un 13% de las personas lo padecen, afectando de igual manera a hombres y mujeres.

4. Trastorno de angustia o pánico:

Se caracteriza por crisis de pánico espontáneas. La ansiedad puede desarrollarse por etapas: ataques subclínicos, crisis de angustias completas, ansiedad anticipatoria, evitación fóbica de situaciones específicas y agorafobia.

Este tipo de trastorno de ansiedad puede llevar al abuso de alcohol o drogas, a la depresión y a restricciones ocupacionales y sociales.

Además, los pacientes con este tipo de trastorno tienen múltiples quejas somáticas relacionadas con la disfunción del sistema nervioso autónomo, donde las mujeres son las que más riesgo tienen.

5. Agorafobia:

Este tipo de trastorno se define como miedo o ansiedad acerca de dos o más de las situaciones siguientes:

- Uso del transporte público
- Estar en espacios abiertos
- Estar en sitios cerrados
- Hacer fila o estar rodeado de una multitud
- Estar solo fuera de casa

Se estima imposible escapar o salir. La situación se vive con mucha angustia. Los pacientes con este tipo de trastorno pueden quedarse permanecer confinados en sus casas y no abandonar nunca el lugar si no es con compañía.

6. Trastorno de ansiedad generalizada:

Este tipo de ansiedad se basa en una preocupación desmesurada acerca de circunstancias de la vida cotidiana. Es difícil de controlar y produce alteraciones en la vida de la persona. tiene una prevalencia del 45%, la padecen niños y adultos, siendo el sexo femenino el más afectado.

7. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos:

Este tipo de trastorno se desarrolla cuando los ataques de ansiedad o de angustia se producen después de la intoxicación o de la suspensión de la sustancia que producen los síntomas.

8. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:

Hay trastornos médicos que se relacionan con la ansiedad.

Este tipo de trastorno es muy frecuente, los médicos deben especificar si el trastorno se caracteriza por síntomas de ataques de ansiedad generalizada o de angustia.

9. Otro trastorno de ansiedad especificado:

Se define así al trastorno de ansiedad que no satisface los criterios completos.

10. Trastorno de ansiedad no especificado:

Se define así al trastorno de ansiedad que no cumple con los criterios para ninguno de los trastornos de ansiedad. Este ocasiona una disfunción social y ocupacional significativa. Este trastorno puede incluir las siguientes afecciones:

- Trastorno de adaptación con ansiedad.
- Ansiedad secundaria a otro trastorno psiquiátrico.
- Ansiedad circunstancial.
- Ansiedad existencial.
- Ansiedad por separación y ansiedad ante un extraño.
- Ansiedad relacionada con la pérdida del autocontrol.
- Ansiedad relacionada con la dependencia o la intimidad.
- Ansiedad relacionada con la culpa y el castigo.

11. Trastorno mixto ansioso-depresivo:

Se define así al trastorno de ansiedad que no satisface a pacientes con ansiedad y síntomas depresivos que no cumplen los criterios diagnósticos para un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo.¹⁵

¹⁵ Asociación de Psiquiatras Americana. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 los Trastornos De Ansiedad (libro) (129-144).

Manifestaciones clínicas

Tabla 2. Tabla de signos físicos y síntomas psicológicos de la ansiedad.¹⁶

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos
Temblores	Sensación de terror
Fasciculación	Dificultades para concentrarse
Agitación	Hipervigilancia
Dolor de espalda	Insomnio
Dolor de cabeza	Disminución de la libido
Tensión muscular	“Nudo en la garganta”
Disnea	Malestar en el estómago (“estómago revuelto”)
Hiperventilación	
Fatigabilidad	
Respuesta de sobresalto	
Hiperactividad vegetativa	
Rubefacción y palidez	
Taquicardia	
Palpitaciones	
Sudoración	
Manos frías	
Diarrea	
Sequedad de boca (xerostomía)	
Micción frecuente	
Parestesias	
Dificultad para la deglución	

- Psíquicos: preocupación constante, sensación de temor, inquietud.
- Somáticos: palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar.
- Conductuales: evitación de situaciones temidas, irritabilidad.

¹⁶ Eisendraath S. Psychiatric Disorders. Current Medical Diagnosis and Treatment. Editorial Lange Medical Book. 1998. 37 th Edition: 977-981. [Links]

Diagnóstico

Trastorno de ansiedad por separación:

Para diagnosticar este trastorno debe tener al menos tres de los siguientes síntomas, con una duración de más de 1 mes si es menor de 18 años y más de 6 meses si se trata de un adulto:

Ansiedad:

- Por separación del hogar o de los seres queridos
- Al salir de casa, porque supone tal separación
- Por dormir lejos de los seres queridos Junto con sentimientos de:
- Preocupación sobre un posible daño a los seres queridos
- Preocupación sobre la separación de los seres queridos
- Miedo al aislamiento de los seres queridos

Que incluye:

- Pesadillas
- Síntomas físicos.

Mutismo selectivo:

La duración de la alteración es mínima de un mes.

- Fobia específica:

Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: animal, entorno natural, sangre- heridas-inyecciones, situacional, entre otras.

El miedo, ansiedad o evitación deben estar presentes mínimo 6 meses.

Trastorno de ansiedad social o fobia social:

Especificación solamente relacionada con la ejecución.

El miedo, ansiedad o evitación deben estar presentes mínimo 6 meses.

Trastorno de angustia o pánico:

Crisis de angustia inesperadas recurrentes, miedo focal que dura unos minutos, con cuatro o más de los siguientes síntomas:

- Pulsaciones cardíacas palpables o taquicardia
- Diaforesis
- Inquietud
- Sensación de falta de aliento o asfixia
- Sensación de sofocación
- Dolor de tórax
- Náuseas, malestar estomacal
- Mareos o vértigo

Bochornos (sofocos) o escalofríos

- Entumecimiento u hormigueo
- Pérdida de contacto con uno mismo o con la realidad
- Preocupación por perder el control (“salirse de sus casillas”)
- Preocupaciones acerca de la muerte

Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes o más de uno o los dos hechos siguientes:

Preocupación continua de otros ataques de pánico.

Una mala adaptación en el comportamiento de los ataques.

Agorafobia:

El miedo, ansiedad o evitación deben estar presentes mínimo 6 meses.

Trastorno de ansiedad generalizada:

La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.

La ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas (en los niños solo se requiere de uno):

- Sensación de estar atrapado, inquieto, con los nervios de punta

- Fatigado
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Problemas del sueño

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos:

Existen pruebas a partir de la historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio:

- Síntomas del criterio A que se desarrollan poco tiempo después de la intoxicación o abstinencia de la sustancia.
- La sustancia implicada puede producir los síntomas del criterio A.
- El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:

Existen pruebas a partir de la historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica de otra afección médica.

Otro trastorno de ansiedad especificado:

Se define así al trastorno de ansiedad que no satisface los criterios completos. Algunas situaciones en la que se utiliza este tipo de designación son:

- Ataques sintomáticos limitados.
- Ansiedad generalizada que no se produce en mayor número de días que los que no está presente.
- Ataque del viento.
- Ataque de nervios.

Diagnóstico diferencial

Trastornos depresivos:

Alrededor del 50-70% de los pacientes deprimidos manifiestan ansiedad y/o pensamientos obsesivos. El 20-30% de los pacientes que padecen ansiedad primaria sufren depresión.

Esquizofrenia:

Los pacientes que padecen esquizofrenia pueden sentirse angustiados y presentar obsesiones fuertes, además de brotes de alucinaciones o delirios.

Trastorno bipolar I:

En el episodio maníaco puede registrarse gran ansiedad.

Psicosis atípica (trastorno psicótico no especificado):

Incluyendo los síntomas psicóticos se observa una enorme ansiedad.

Trastorno de adaptación con ansiedad:

Los pacientes con estos trastornos refieren antecedentes de una situación psicosocial estresante en los primeros 3 meses.

Afecciones médicas y neurológicas:

Secundario a la ansiedad, el trastorno es producto de un factor médico o biológico específico. Una causa frecuente es el hipertiroidismo no diagnosticado, Hipoxia, Abstinencia de alcohol y drogas, trastornos neurológicos como neoplasias cerebrales, traumatismo cerebral, enfermedades cerebrovasculares.

Trastornos relacionados con sustancias:

La ansiedad se asocia con intoxicaciones, en especial por cafeína, cocaína, anfetaminas y alucinógenos; y estados de abstinencia, alcohol, opiáceos, entre otros.

Trastorno cognitivo:

La ansiedad intensa puede interponerse con la cognición y causar alteraciones que remiten cuando disminuye la ansiedad.¹⁶

Tratamiento

Para tratar los trastornos de ansiedad se necesita tanto un abordaje psicoterapia como psicofarmacológico.

Abordaje psicológico

Psicoterapia de apoyo:

En este abordaje se emplean conceptos dinámicos y una alianza terapéutica para promover el afrontamiento adaptativo.

El terapeuta asiste en las pruebas de realidad y ofrece consejos sobre el comportamiento.

Psicoterapia orientada a la introspección:

Se busca aumentar el desarrollo de la introspección sobre los conflictos psicológicos en el paciente.

Terapia conductual:

En esta se utilizan técnicas como son el refuerzo positivo y negativo, desensibilización sistemática, inundación, implosión, exposición gradual, prevención de la respuesta, detención del pensamiento, técnicas de relajación, terapia para el control de la angustia, autocontrol e hipnosis.

- Esta terapia está indicada para comportamientos mal adaptados y delimitados, como son crisis de angustia y fobia.
- En las estrategias para el tratar los trastornos de ansiedad se incluye una combinación de intervenciones farmacológicas y conductuales.
- Los pacientes que están siendo tratados con terapias cognitivas y conductuales, están dando una respuesta significativa, incluso mejor que los que sólo reciben medicamentos.

Terapia cognitiva:

Se centra en confrontar y examinar situaciones que producen ansiedad interpersonal y la depresión leve relacionada.

Terapia de grupo:

En este los grupos que conforman la terapia varían desde los grupos que solo ofrecen apoyo con aumento en las habilidades sociales, hasta los que se centran en el alivio de síntomas específicos, y aquellos que están principalmente orientados a la introspección.¹⁶

Abordaje psicofarmacológico:

A. Benzodiacepinas:

Estos fármacos ayudan a reducir la ansiedad de manera eficaz.

Por la dependencia física, los benzodiacepinas no son prescritas con la frecuencia. Sin embargo, pueden utilizarse con seguridad durante largos períodos sin producir abuso, si se acompañan de seguimiento psicoterapéutico.

Entre los fármacos más frecuentes se incluyen alprazolam, clonazepam, diazepam y lorazepam.

B. Duales

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina:

Venlafaxina:

Es eficaz en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y del trastorno de angustia. Además, actúa como antidepresivo, por lo que también se utiliza en el trastorno mixto ansioso-depresivo.

Buspirona:

Es útil para el trastorno de ansiedad generalizada.

Tricíclicos:

Este grupo de fármacos reducen la intensidad de la ansiedad en todos los trastornos de este tipo. Dentro de este grupo están: Imipramina, nortriptilina y clomipramina. Debido a la gran cantidad de efectos secundarios que tienen, no son considerados como opciones de primera línea.

Antiepilépticos ansiolíticos:

Los fármacos utilizados para tratar los trastornos de ansiedad son la gabapentina, tiagabina y valproato.

Este grupo tiene una eficacia escasa en el tratamiento de estos trastornos.

Importancia de la evaluación en personal médico

En el ámbito hospitalario, el personal médico está expuesto a múltiples factores estresantes —cargas laborales intensas, decisiones de vida o muerte, turnos prolongados— que aumentan la prevalencia de ansiedad.¹²

La detección temprana y el monitoreo sistemático mediante instrumentos validados resultan esenciales para promover la salud mental y la calidad de la atención.¹⁷

Entre los subtipos más frecuentes destacan el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias específicas. En el personal médico, estos síntomas pueden afectar su desempeño clínico, relaciones interpersonales y capacidad de toma de decisiones.¹⁸

Una de las herramientas más utilizadas para evaluar la ansiedad es la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A), desarrollada en 1959. Esta escala permite valorar la intensidad de los síntomas mediante 14 ítems que abarcan aspectos somáticos y psíquicos.^{19,20}

La salud laboral no es solo la ausencia de enfermedad, sino que se debe atender a su preservación y promoción de los aspectos físicos, psíquicos y sociales.^{21,22,23}

¹⁷ Dyrbye, L. N., y cols. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians. 2020. *Academic Medicine*. 89(3), 443–451.

¹⁸ Bravo, G., Méndez, R., & López, J. Salud mental en profesionales sanitarios: una revisión sistemática. 2021. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53(2), 108–119.

¹⁹ Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959. 32(1), 50–55.

²⁰ Maier, W., y cols. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity. *Journal of Affective Disorders*. 1988. 14(1), 61–68.

²¹ LeDoux, J. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*. 2000. 23, 155–184.

²² Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

²³ Rotenstein, L. S., et al. (2018). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. *JAMA*, 316(21).

Depresión: definición y manifestaciones

Introducción y definición

La depresión es un trastorno mental común, caracterizado por un estado persistente de tristeza, pérdida de interés o placer en actividades, junto con una variedad de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos que afectan la funcionalidad diaria del individuo (American Psychiatric Association, 2013). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como una de las principales causas de discapacidad a nivel global y un factor significativo en la carga mundial de enfermedades.

DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.^a ed.) define el trastorno depresivo mayor como un episodio de al menos dos semanas de duración con ánimo deprimido o pérdida de interés, acompañado de otros síntomas.²⁴

Historia y evolución del concepto

Desde tiempos antiguos, la depresión ha sido reconocida bajo diferentes denominaciones y entendimientos. En la medicina hipocrática se refería a la “melancolía”, un estado asociado a un desequilibrio de los humores corporales. Durante el Renacimiento, este concepto fue explorado y ampliado, relacionándolo con síntomas emocionales y físicos.

Con el desarrollo de la psiquiatría moderna, particularmente a partir del siglo XIX, la depresión comenzó a ser entendida como un trastorno mental con criterios diagnósticos específicos. Pioneros como Emil Kraepelin distinguieron la depresión dentro de las psicosis maniaco-depresivas, y posteriormente se establecieron las bases para la clasificación actual en trastornos afectivos (Kraepelin, 1899).

El avance en la psicología clínica y la neurociencia, junto con la creación de manuales diagnósticos como el DSM (APA), ha permitido definir la depresión mayor como un trastorno con criterios estandarizados que incluyen episodios de ánimo

²⁴ American Psychiatric Association. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

deprimido, anhedonia, alteraciones del sueño, apetito, energía, y pensamientos suicidas (APA, 2013).

En el 2015, se estimó que los trastornos depresivos eran la tercera causa principal de discapacidad en todo el mundo. En los Estados Unidos, el riesgo estimado de por vida de un episodio depresivo mayor ahora se acerca al 30%. La incidencia de suicidio, que está asociada con un diagnóstico de depresión más del 50% del tiempo ha ido en aumento y es la décima causa principal de muerte en los Estados Unidos.²⁵

Factores de riesgo

Según los últimos años de investigación sobre el trastorno de depresión mayor, se han identificado factores de riesgo de diversa índole, como lo es la predisposición biológica como la genética, así como factores estresantes y de comportamiento, propios del entorno. Entre ellos se encuentran: procesos cognitivos; estresores; factores sociodemográficos; depresión de los padres; y ciertos rasgos, patrones de comportamiento y disposiciones.

Vulnerabilidad cognitiva

Se ha observado en múltiples investigaciones que las personas con este trastorno del ánimo suelen tener una predilección por más contenido y patrones de cognición negativos que aquellos que actualmente no están deprimidos.²⁶ Presentan una revisión detallada de los estudios de procesamiento de información y concluyen que las personas deprimidas, en relación con las personas no deprimidas, muestran una mayor elaboración de información negativa, dificultades para desconectarse del material negativo y déficits en el control cognitivo cuando procesan información negativa.

²⁵ Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the primary care setting. *N Engl J Med* [Internet]. 2019;380(6):559–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>

²⁶ Gotlib y Joormann en Hammen (Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018;14(1):1–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811> .

Estrés

Usualmente el inicio de síntomas depresivos está relacionado con eventos emocionales significativos en la vida de los pacientes. Más del 80 % de las personas que cumplen los criterios de depresión clínicamente significativa han experimentado un evento vital importante reciente o un factor estresante continuo.²⁷

Además, se ha teorizado que la exposición temprana a condiciones adversas en la infancia reduce el umbral de la magnitud del estrés necesario para desencadenar un episodio depresivo mayor.⁴⁴ Lo que explica la asociación a traumas en la infancia, con el correspondiente desarrollo de la patología en la adolescencia o adultez.

Asimismo, se ha encontrado evidencia que establece una conexión entre el estrés prolongado y el trastorno depresivo, lo que resulta en un daño a las neuronas que les impide realizar las adaptaciones necesarias para el correcto funcionamiento del sistema nervioso central.²⁸

Genética

De acuerdo con análisis de meta estudios, las investigaciones llevadas a cabo en familiares de pacientes con depresión mayor revelaron una ODDS RATIO (medida estadística que se utiliza para comparar la probabilidad de un evento en 2 grupos) estimada de 2.84, lo que indica un mayor riesgo de desarrollar depresión mayor en parientes de primer grado. Es destacable que en dos estudios se observó que la depresión mayor hereditaria afecta más a las mujeres que a los hombres, con un 40% de prevalencia en mujeres en comparación con el 30% en hombres, y un 42% en mujeres frente a un 29% en hombres.²⁹

²⁷ Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018;14(1):1–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>

²⁸ Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed* [Internet]. 2017;28(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>

²⁹ Gotlib y Joormann en Hammen (Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018;14(1):1–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811> .

Depresión en familiares de primer grado

Tener un padre deprimido, especialmente una madre deprimida, es un factor importante de riesgo para la depresión. Un estudio estimó que niños de padres deprimidos, posteriormente, a la edad de 20 años, tenían un 40% de posibilidades de sufrir un episodio depresivo mayor.³⁰

Sexo femenino

El género femenino se ha identificado como un factor de riesgo significativo para la depresión, con mujeres adolescentes y adultas teniendo una probabilidad 2:1 de experimentar depresión mayor en comparación con los hombres.⁴⁴ Según Park, secunda que las mujeres tienen el doble de probabilidades de tener depresión que los hombres.³⁰

Comorbilidades

En individuos que sufren de depresión mayor, la presencia simultánea de ansiedad, síntomas psicóticos, abuso de sustancias y trastorno límite de la personalidad se ha relacionado con un pronóstico desfavorable, así como con una duración más prolongada de los episodios y una mayor gravedad de los síntomas.³

Bases neurobiológicas y fisiopatología

La depresión involucra alteraciones complejas en circuitos neuronales y neurotransmisores. Estudios neurobiológicos han identificado disfunciones en regiones cerebrales como la corteza prefrontal, amígdala, hipocampo y el sistema límbico, responsables de la regulación emocional, memoria y respuesta al estrés.

Los principales neurotransmisores implicados incluyen:

- Serotonina (5-HT): reguladora del estado de ánimo, ansiedad y apetito.
- Noradrenalina (NA): relacionada con la activación y atención.
- Dopamina (DA): vinculada con la motivación y el placer.

³⁰ Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the primary care setting. N Engl J Med [Internet]. 2019;380(6):559–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>

Además, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) suele estar hiperactivo en la depresión, generando respuestas al estrés prolongadas que afectan el equilibrio neuroquímico.

Manifestaciones clínicas

El inicio del trastorno depresivo mayor se presenta entre los veinte años, y un segundo pico ocurre en los cincuenta.³¹

La depresión mayor se caracteriza por la presencia durante al menos dos semanas de al menos cinco de los siguientes síntomas (APA, 2013) y con una afectación significativa en las actividades de la vida diaria:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Disminución marcada del interés o placer en casi todas las actividades.
- Cambios significativos en el apetito o peso.
- Alteraciones del sueño (insomnio o hipersomnia).
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Dificultad para concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- Agitación o retardo psicomotor.

Estos síntomas afectan la funcionalidad social, laboral y personal, reduciendo la calidad de vida y aumentando la morbilidad y mortalidad.

Fisiopatología

Disfunción neuroquímica: alteración en neurotransmisores claves (serotonina, dopamina, noradrenalina).

Neuroinflamación: aumento de citocinas proinflamatorias (IL-6, TNF- α) en algunos pacientes.

Eje HHA: hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal → niveles elevados de cortisol.

³¹ Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018;14(1):1–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>

Neuroplasticidad: reducción del volumen hipocampal; alteraciones en BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro).

La fisiopatología de la depresión es una entidad multifactorial, aún no delimitada por un proceso biológico específico y por lo cual, se han propuesto diversas teorías. Sin embargo, se propone de forma generalizada que es una respuesta maladaptativa al estrés, mediada por distintos factores.⁶

En primer lugar, se plantea la teoría de las monoaminas, que sostiene que la depresión se produce debido a una deficiencia de norepinefrina, serotonina y/o dopamina, que son neurotransmisores monoaminérgicos en el cerebro. Este hallazgo se relacionó con el uso de los agentes antimicobacterianos durante los 50s, como la isoniazida e iproniazida, en el tratamiento de la tuberculosis, ya que también mejoraban el estado de ánimo y el bienestar de los pacientes. Estos agentes actuaban inhibiendo la enzima monoaminoxidasa, lo que llevó a la comprensión de que la depresión tenía una causa neuroquímica que podía ser tratada con medicamentos que corrigieran los desequilibrios subyacentes de los neurotransmisores. La primera clase de antidepresivos utilizados para controlar la depresión fueron los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), seguidos por los antidepresivos tricíclicos (ATC).³²

Desde una perspectiva molecular, se ha observado la participación de factores de crecimiento como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) y el factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1). Asimismo, se ha identificado la implicación de citocinas proinflamatorias como la interleucina-1 β , la interleucina-6 y el factor de necrosis tumoral- α , así como una disfunción en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.⁶

El sistema límbico desempeña un papel fundamental en los cambios en la regulación emocional. Varios estudios han demostrado que, a nivel fisiológico, los pacientes con depresión mayor exhiben un mayor flujo sanguíneo y metabolismo en áreas como la amígdala, la corteza orbital y el tálamo medial. Además, se observa una disminución de la actividad en regiones como la corteza prefrontal

³² Sabella D. Antidepressant medications. Am J Nurs [Internet]. 2018;118(9):52–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000544978.56301.f6>

dorso-medial y dorso-lateral, así como la zona ventral anterior de la corteza cingulada. Estas alteraciones afectan a las regiones talámicas y a varios circuitos hipotalámicos, en los que participan la amígdala, la corteza orbital medial y diversas regiones del estriado.⁶

Aquellos pacientes con depresión mayor que experimentan una disminución en el volumen del hipocampo son los menos propensos a experimentar mejoría después de un año de tratamiento farmacológico.¹

Etiología (causas)

Multifactorial. Incluye factores:

- Biológicos: alteraciones en neurotransmisores (serotonina, dopamina, noradrenalina), genética, eje HHA (hipotálamo-hipófisis-adrenal).
- Psicológicos: estilo de pensamiento negativo, baja autoestima, traumas tempranos.
- Sociales: aislamiento, desempleo, pérdida de seres queridos, pobreza.
- Ambientales: estrés crónico, consumo de sustancias.

Clasificación

1. Depresión mayor (unipolar).
2. Trastorno depresivo persistente (distimia).
3. Trastorno afectivo estacional.
4. Depresión postparto.
5. Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos.
6. Depresión secundaria a enfermedad médica.

Diagnóstico

- Entrevista clínica (criterios DSM-5 o CIE-11).
- Escalas de evaluación:
- Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D).
- PHQ-9 (Patient Health Questionnaire).
- Laboratorios: para descartar causas médicas (TSH, glucosa, VDRL, vitamina B12, etc.).

Diagnóstico

Se debe realizar una detallada entrevista psiquiátrica, con el fin de explorar los síntomas que presenta el paciente y la gravedad de los mismos. Asimismo, para evaluar la posibilidad de que exista alguna otra enfermedad médica de base que requiera atención, o, por otro lado, otras comorbilidades mentales. Se pueden utilizar ciertas herramientas que se describen a continuación, como base para realizar el diagnóstico.

Las diversas categorías de los trastornos depresivos, que se derivan de diferentes perspectivas, se encuentran documentadas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (Ver tabla 1 al final del artículo) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Ambas clasificaciones se basan en la agrupación de síntomas con el objetivo de alcanzar un consenso y proporcionar una guía práctica y un lenguaje común que facilite la colaboración entre investigadores y clínicos en el ámbito científico. (1) Estas clasificaciones permitieron la correcta diferenciación con otras patologías psiquiátricas como lo es el trastorno bipolar, la esquizofrenia, entre otros.

En el DSM-V, la depresión se define como un trastorno del estado de ánimo y se divide en las siguientes categorías: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. Por otro lado, en la CIE-10, la depresión se clasifica dentro de los trastornos del humor (afectivos) y se subdivide en: episodio depresivo leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (estados depresivos sin especificación o atípicos). Estos episodios suelen ir acompañados de cambios en la actividad general y otros síntomas, la mayoría de las veces de origen secundario.¹

Tratamiento

a) Psicoterapia

- Terapia cognitivo-conductual (TCC): enfoque de primera línea.
- Terapia interpersonal (TIP).
- Terapia psicodinámica.

b) Tratamiento farmacológico

- ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina): fluoxetina, sertralina, citalopram.
- RSN (venlafaxina, duloxetina).
- Tricíclicos (amitriptilina).
- IMAO (inhibidores de la monoaminoxidasa).
- Estabilizadores del ánimo (cuando hay comorbilidad bipolar). Otros tratamientos
- Estimulación magnética transcraneal (EMT).
- Terapia electroconvulsiva (TEC), en casos graves o resistentes.
- Nuevos tratamientos: ketamina, esketamina (uso supervisado).

Tratamiento farmacológico

El objetivo principal del tratamiento antidepresivo, independientemente de su modalidad, es alcanzar la remisión completa de los síntomas y restaurar la funcionalidad de los pacientes. Aunque los tratamientos antidepresivos actuales han demostrado ser eficaces, su efectividad es limitada. Las tasas de remisión suelen ser aproximadamente del 30% después de un primer intento de tratamiento, del 60% después de dos intentos y disminuyen progresivamente con cada estrategia terapéutica adicional. Después de cuatro intentos consecutivos de tratamiento se logra una tasa de remisión del 67%.³³

Los efectos secundarios suelen manifestarse en los primeros días después de iniciar el tratamiento farmacológico, debido al aumento de los neurotransmisores implicados. Sin embargo, el efecto clínico de mejora en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas en manifestarse, ya que requiere de los cambios adaptativos en los receptores mencionados anteriormente.³⁶

En general, la eficacia de los antidepresivos actuales es similar entre ellos. Sin embargo, algunos análisis comparativos le dan una ligera ventaja al escitalopram, mirtazapina, sertralina y venlafaxina en términos de respuesta. En el tratamiento de

³³ Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Rev Fac Med (Méx). sep./oct 2017;7-16

un primer episodio depresivo, se recomienda una duración de 6 a 12 meses después de la remisión de los síntomas para prevenir recurrencias.³⁴

Por lo general, los ensayos de medicamentos comienzan con una dosis baja y se realizan ajustes cada 2 semanas. Aunque es posible notar una mejoría en tan solo 2 semanas, puede llevar de 8 a 12 semanas (con una dosis adecuada) para observar un alivio completo de los síntomas. Si el primer medicamento no produce una mejora significativa, es apropiado cambiar a otro antidepresivo de primera línea, ya sea de la misma clase o diferente. Además, se debe considerar la psicoterapia, ya que se ha demostrado que la combinación de farmacoterapia y psicoterapia es más efectiva que la farmacoterapia sola.³⁶

Se han utilizado otros tipos de medicamentos para tratar el trastorno de depresión mayor, como los antipsicóticos atípicos, que tienen un efecto de bloqueo dopaminérgico en la recaptación selectiva de la serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA). Algunos ejemplos de estos antipsicóticos incluyen la quetiapina, olanzapina, risperidona, tianeptina y ziprasidona, los cuales han demostrado su eficacia en pacientes con depresión.²⁹

Los efectos secundarios de la ketamina incluyen cefalea, mareos, disociación, aumento de la presión arterial, náuseas y sedación. Afortunadamente, estos efectos son transitorios y se resuelven espontáneamente en menos de una hora después de la administración. Se ha observado una menor incidencia de estos efectos adversos con el uso de una preparación intranasal llamada esketamina. Sin embargo, es importante destacar que existen riesgos de efectos secundarios a largo plazo si se utilizan dosis mucho más altas que las empleadas como antidepresivo, como se ha observado en pacientes que abusan de la sustancia.⁴⁸

Tratamiento no farmacológico

Existen otras estrategias terapéuticas que pueden considerarse como manejo del trastorno de depresión mayor. Estas incluyen la psicoterapia, la terapia

³⁴ Sabella D. Antidepressant medications. *Am J Nurs* [Internet]. 2018;118(9):52–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000544978.56301.f6>

electroconvulsiva, la estimulación magnética transcraneal y la estimulación magnética profunda, entre otras.

A la fecha múltiples investigaciones clínicas han evaluado la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Los resultados de estos estudios indican que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento eficaz, y que, además, puede tener un efecto profiláctico en la reducción de las recaídas y en la recurrencia de episodios depresivos. Estos estudios sugieren que la terapia cognitiva conductual sola, o en combinación con la farmacoterapia, es eficaz para el tratamiento agudo de la depresión.³¹

Se ha observado consistentemente que la actividad física tiene efectos positivos en la depresión. Un reciente metanálisis que incluyó 49 estudios prospectivos de cohortes, abarcando 1,837,794 años-persona, reveló que las personas que realizaban altos niveles de actividad física tenían un 17% menos de probabilidades de sufrir depresión en comparación con aquellas con baja actividad física. Otros metanálisis también han demostrado que la baja actividad física se relaciona con un mayor riesgo de depresión. Además, se encontró que la baja aptitud cardiorrespiratoria, que es un indicador de la inactividad física, se asoció con un aumento del 64% en el riesgo de depresión.³⁵

La depresión en el personal médico: un problema de salud ocupacional

El personal médico está expuesto a condiciones laborales que aumentan el riesgo de trastornos mentales, especialmente la depresión. Factores como la sobrecarga de trabajo, la exposición a situaciones traumáticas, la falta de apoyo institucional, y el desgaste emocional contribuyen a una mayor prevalencia de depresión en este grupo.

Diversos estudios han reportado que entre el 20% y el 40% de los médicos pueden experimentar síntomas depresivos clínicamente significativos en algún momento de su carrera. Esta alta prevalencia no solo afecta la salud del médico, sino que

³⁵ Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2019;107:525–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>

también impacta negativamente en la calidad de la atención al paciente, aumentando el riesgo de errores médicos y disminuyendo la empatía.

Además, la depresión en médicos suele estar subdiagnosticada y subtratada, debido al estigma asociado y a las barreras para buscar ayuda profesional, lo que agrava su impacto.

Importancia de la evaluación y detección temprana

El uso de herramientas validadas como el Inventario de Depresión de Beck (BDI) facilita la detección temprana de síntomas depresivos en personal médico, permitiendo implementar intervenciones oportunas y programas de apoyo psicológico³⁶

La identificación precoz es clave para prevenir complicaciones graves, mejorar el bienestar del profesional y mantener un sistema de salud más eficiente y seguro.

Factores de riesgo en el entorno hospitalario

El hospital, como espacio de trabajo, expone a los profesionales de la salud a una alta demanda física, cognitiva y emocional. Dentro de los factores de riesgo más relevantes se encuentran:

- Carga horaria excesiva y turnos rotativos.
- Condiciones laborales precarias o inseguras.
- Insatisfacción laboral y falta de reconocimiento.
- Violencia institucional o maltrato laboral.
- Falta de espacios para el autocuidado o apoyo psicológico.

Estas condiciones pueden producir un estado de estrés crónico que, si no se maneja adecuadamente, evoluciona hacia trastornos afectivos. El fenómeno conocido como "burnout" o síndrome de agotamiento profesional, frecuentemente se superpone con síntomas ansiosos y depresivos.

³⁶ Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959. 32(1), 50–55.

Prevalencia en América Latina

A nivel regional, diversos estudios han evidenciado una prevalencia alta de ansiedad y depresión en personal médico. Un estudio realizado en Perú por Int. J. Enviaron Res Salud Pública, 24 de septiembre de 2020 halló que el 32.5% de los médicos presentaba síntomas de ansiedad y un 28.8% síntomas depresivos. En Colombia, cifras similares se han reportado en médicos generales y especialistas que laboran en hospitales de alta demanda.³⁷

³⁷ The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7579351>

2.3 Marco Contextual

En la República Dominicana, la literatura científica sobre salud mental del personal sanitario es limitada. No obstante, informes del Ministerio de Salud Pública y estudios en centros hospitalarios urbanos apuntan a una necesidad creciente de implementar programas de atención psicoemocional.

El Hospital Dr. Vinicio Calventi, ubicado en Santo Domingo Oeste, constituye uno de los centros de salud de gran afluencia en la zona oeste provincia Santo Domingo. El personal médico de este hospital enfrenta altos niveles de exigencia asistencial, lo cual justifica la realización de estudios orientados a evaluar su estado emocional y detectar posibles cuadros de ansiedad y depresión.

Justificación del uso de las escalas de Hamilton y Beck

El uso combinado de la Escala de Hamilton y la Escala de Beck en esta investigación permitirá obtener una medición objetiva y complementaria del estado emocional de los médicos. Mientras que la Escala de Hamilton se aplica a través de entrevista clínica estructurada, captando elementos conductuales y fisiológicos, la Escala de Beck ofrece una autoevaluación que refleja la percepción subjetiva del individuo sobre su estado emocional.

Ambas herramientas han sido validadas en contextos clínicos y poblaciones médicas, lo que las convierte en instrumentos fiables para este estudio.

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Ambas escalas permiten evaluar con alta confiabilidad la presencia e intensidad de síntomas ansiosos y depresivos en poblaciones médicas.

El cuestionario fue administrado en formato digital a través de Google Forms y se aplicó a una muestra de 101 profesionales médicos del Hospital Dr. Vinicio Calventi. Se incluyeron las preguntas originales de ambas escalas, distribuidas de manera que los participantes pudieran completarlas de forma voluntaria y anónima.

La Escala de Hamilton, de carácter observacional, fue adaptada a formato de autoevaluación, conservando sus 14 ítems que valoran síntomas somáticos y psíquicos de ansiedad. Por su parte, el Inventario de Beck comprendió sus 21 ítems

originales, los cuales exploran aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión.

El uso combinado de ambas herramientas permite obtener una visión integral del estado emocional de los médicos, al capturar tanto indicadores fisiológicos como la percepción subjetiva de los síntomas. Esta dualidad resulta especialmente relevante en contextos laborales como el hospitalario, donde los factores de estrés ocupacional pueden repercutir en múltiples dimensiones del bienestar psicológico.

Historia y desarrollo de las escalas

La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HAM-A) fue desarrollada en 1959 por Max Hamilton con el objetivo de proporcionar una medida clínica fiable y estructurada para evaluar la gravedad de la ansiedad en pacientes psiquiátricos. Esta escala, compuesta por 14 ítems, valora tanto síntomas psíquicos como somáticos, incluyendo manifestaciones como tensión, temblores, palpitaciones, insomnio y preocupaciones excesivas. Desde su creación, la HAM-A se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados para cuantificar la ansiedad en contextos clínicos y de investigación.³⁸

Por otro lado, el Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue creado en 1961 por Aaron T. Beck y colaboradores para medir la severidad de la depresión a través de una autoevaluación (Beck et al., 1961). Consta de 21 ítems que exploran síntomas afectivos, cognitivos y somáticos propios del trastorno depresivo, tales como tristeza, falta de interés, sentimientos de culpa y fatiga. El BDI ha sido validado ampliamente en diferentes poblaciones y ha demostrado una alta sensibilidad para detectar niveles de depresión leve a grave.

Propiedades psicométricas

Ambas escalas presentan robustas propiedades psicométricas. La HAM-A muestra coeficientes de confiabilidad interna (alfa de Cronbach) que oscilan entre 0.77 y 0.92, y una buena validez convergente con otros instrumentos de ansiedad y estrés. El BDI presenta una confiabilidad interna superior a 0.90, con estabilidad temporal

³⁸ Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50–55.

adecuada y capacidad discriminativa para diferenciar sujetos clínicos de no clínicos.³⁹

Estas características permiten su uso confiable tanto en entornos hospitalarios como en investigaciones epidemiológicas, asegurando que los resultados obtenidos sean válidos y reproducibles.⁴⁰

Adaptación para autoadministración y formato digital

Aunque la HAM-A fue originalmente diseñada para ser aplicada por un clínico mediante entrevista estructurada, estudios recientes han validado su uso en formato autoadministrado o digital, especialmente en contextos donde la autoevaluación facilita la recolección de datos masiva y remota. Este cambio metodológico resulta adecuado para encuestas a personal médico, que suele tener limitaciones de tiempo y acceso, como en el Hospital Dr. Vinicio Calventi.

El BDI, por su diseño de autoevaluación, se adapta naturalmente a formatos digitales, siendo una herramienta útil para medir la percepción subjetiva de los síntomas depresivos sin la necesidad de un entrevistador.⁴¹

Relevancia de las escalas en el contexto hospitalario

El personal médico se encuentra en constante exposición a situaciones estresantes que pueden precipitar trastornos afectivos, principalmente ansiedad y depresión. La detección precoz y el monitoreo de estos síntomas son esenciales para prevenir consecuencias adversas en la salud del trabajador y en la calidad del servicio hospitalario.⁴²

³⁹ Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, 4(6), 561–571.

⁴⁰ American Psychiatric Association. (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

⁴¹ Bravo, G., Méndez, R., & López, J. (2021). Salud mental en profesionales sanitarios: una revisión sistemática. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 53(2), 108–119.

⁴² Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. **World Psychiatry**, 15(2), 103–111.

La combinación de la HAM-A y el BDI ofrece una evaluación integral, ya que permite capturar tanto síntomas fisiológicos y conductuales (HAM-A) como la experiencia emocional y cognitiva subjetiva (BDI). Esto es fundamental en entornos hospitalarios donde el estrés puede manifestarse en formas diversas.⁴³

Aplicación en el estudio y justificación metodológica

En esta investigación se aplicaron ambas escalas a una muestra de 101 médicos del Hospital Dr. Vinicio Calventi, a través de un formulario digital basado en Google Forms. Esta modalidad facilitó la accesibilidad y el anonimato, elementos clave para obtener respuestas sinceras y evitar sesgos de deseabilidad social.

El empleo simultáneo de estas herramientas validadas permite obtener una panorámica robusta sobre la prevalencia y gravedad de ansiedad y depresión en este grupo específico, aportando información valiosa para la implementación de programas de apoyo y estrategias de intervención psicológica en el hospital.⁴⁴

⁴³Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

⁴⁴ Vázquez, C., Fernández, E., & Rojas, M. (2020). Prevalencia de trastornos afectivos en personal médico durante la pandemia por COVID-19 en Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 411–418.

Capítulo 3 Diseño Metodológico

3.1 Variables

3.1.1 Variables Dependientes:

Ansiedad, Depresión

3.1.2 Variables independientes:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil.
4. Especialidad médica más afectada.
5. Enfermedades relacionadas.
6. Hábitos Tóxicos modificables.

3.2 Operacionalización de las variables

Variable	Definición	Indicadores	Tipo y subtipo de variable
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha de estudio.	< 30 30-40 41-50 51-60 > 60	Cuantitativa discreta Numérica
Sexo	Conjunto de características físicas, biológicas, psicológicas, que diferencian a los seres humanos como hombres y mujeres.	Femenino Masculino	Cualitativa dicotómica Nominal
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Casada Soltera Unión libre Divorciado	Cualitativa Nominal
Especialidad médica más afectada	Es un área de estudio y práctica dentro de la medicina que se enfoca en un campo específico del cuerpo humano, un tipo de enfermedad o un grupo de pacientes	Pediatría Cirugía Ginecología Medicina familiar Nefrología Emergencia Geriatría Anestesiología Psiquiatría Otros	Cuantitativa Nominal

Enfermedades relacionadas	La OMS define la enfermedad como una condición que se manifiesta a través de síntomas y signos, y que afecta el bienestar del individuo	Diabetes Hipertensión Hipo- Hipertiroidismo Evc Obesidad Cáncer Enfermedades Ginecológicas Enfermedad Neurológica Otras Ningunas	Cuantitativo Nominal
Hábitos Tóxicos Modificables	Daños producidos por el consumo de agentes tóxicos.	Tabaco Alcohol Hooka Sustancias Psicoactivas Ansiolíticos Negados	Cualitativa Nominal
Ansiedad	Es una herramienta utilizada para valorar los síntomas somáticos de ansiedad.	En absoluto Leve Moderado Severo	Cuantitativa Ordinal
Depresión	Trastorno mental común que se caracteriza por un estado de ánimo persistente deprimido o la pérdida de interés o placer en actividades durante un periodo prolongado	En absoluto Leve Moderado Severo	Cuantitativa Ordinal

3.3 Diseño Metodológico

3.3.1 Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Cuantitativo porque cuantifica la prevalencia de síntomas; *descriptivo* porque caracteriza la frecuencia y distribución sin intervenir; *transversal* porque mide los síntomas en un solo momento (abril-junio 2025).

3.3.2 Contexto del estudio

El estudio se realizó en el Hospital Dr. Vinicio Calventi, Santo Domingo Oeste, República Dominicana. La recolección de datos abarcó el período abril-junio de 2025, aprovechando la estabilidad post-pandemia en la ocupación hospitalaria.

Al Norte: Calle Gregorio Luperón

Al Sur: Carretera Hato Nuevo

Al Este: Carretera Hato Nuevo

Al Oeste: Calle Napoleón Bonaparte

3.3.3 Modalidad de trabajo final

Se opta por la modalidad de investigación cuantitativa bajo la responsabilidad de los autores en colaboración con el hospital.

3.3.4 Métodos y técnicas de investigación

Se realizó un muestreo por conveniencia invitando a participar a todos los médicos disponibles del hospital. Se aplicó un cuestionario estructurado auto-administrado (entregado en papel o formato electrónico), que incluye: datos demográficos/laborales y las escalas GAD-7 (ansiedad) y BDI-II (depresión). El GAD-7 y el BDI-II son métodos cuantitativos estandarizados. Se contabilizaron frecuencias de cada categoría de ansiedad y depresión. Para el análisis se emplearán estadísticas descriptivas (medias y desviaciones estándar para variables continuas; frecuencias y porcentajes para categóricas). Se podrían realizar pruebas de χ^2 o t de Student para explorar asociaciones entre variables independientes y las escalas, siempre como análisis exploratorio.

3.3.5 Instrumentos de recolección de datos

- **Cuestionario sociodemográfico/laboral:** Diseñado por los investigadores, recoge edad, género, especialidad, años de práctica, tipo de turno, y permite vincular a los resultados de las escalas.
- **Escala GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder):** Herramienta breve de 7 ítems para detectar ansiedad generalizada. Su versión en español es ampliamente utilizada y validada. Por ejemplo, el manual de la escala original menciona una buena consistencia interna para detectar ansiedad moderada-grave.
- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):** Escala de 21 ítems para síntomas depresivos. Se utilizará su versión en español validada en población dominicana hospitalaria, con coeficiente alfa ≈ 0.90 en estudios previos.
- **Consentimiento informado:** Hoja explicativa del estudio y consentimiento firmado por cada participante.
- **HAM-D:** Escala de depresión de Hamilton (HAM-D). Estratifica la gravedad de la depresión.

3.3.6 Consideraciones éticas

Se solicitó autorización al Comité de Ética de la institución. Se garantizó confidencialidad de datos: los cuestionarios serán anónimos (se asignará código numérico a cada participante). El objetivo es de conocimiento académico/público, sin intervención médica. Se informará que la participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento. Dado el tema sensible (salud mental), se ofrecerá a los participantes información sobre servicios de apoyo psicológico disponibles en el hospital.

3.3.7 Selección de población y muestra

Población: Todos los médicos (residentes y especialistas) del Hospital Dr. Vinicio Calventi que presten servicios en el período de estudio. Se incluyeron aquellos en servicio (excluyendo personal en licencia prolongada o rotación fuera del hospital). Se estima una población aproximada de N médicos.

Muestra: Se intentó la participación de la totalidad de la población elegible (muestreo censal). De no poder esto ser posible debido a incapacidad de algunos médicos o razones ajenas, se usó muestreo por conveniencia: distribución de cuestionarios en reuniones, guardias y vía Google forms. Se calculó el tamaño mínimo requerido (usando fórmula de proporciones) para una precisión del 95% y margen de error <5%. Para un método no probabilístico.

3.3.8 Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados se ingresaron en software estadístico (p. ej. SPSS o R). Se codificaron las respuestas de las escalas según manuales oficiales. Se analizaron las frecuencias de cada categoría de ansiedad y depresión. Se elaboraron tablas: (1) características sociodemográficas y laborales de la muestra, (2) distribución de síntomas de ansiedad por nivel de severidad, (3) distribución de síntomas de depresión. Se calcularon porcentajes de prevalencia global (síntomas de moderada a grave) para ambas condiciones. Se presentaron medidas de tendencia central (media, desviación estándar) para edad y años de experiencia. Se analizaron diferencias de medias entre grupos (p. ej., puntuaciones de ansiedad entre géneros) con T de Student o ANOVA, y correlaciones con coeficiente de Pearson. Se definió un nivel de significancia ($p < 0.05$). Los hallazgos se presentaron en forma de tablas y gráficos simples (barras o pastel).

Capítulo 4 Resultados

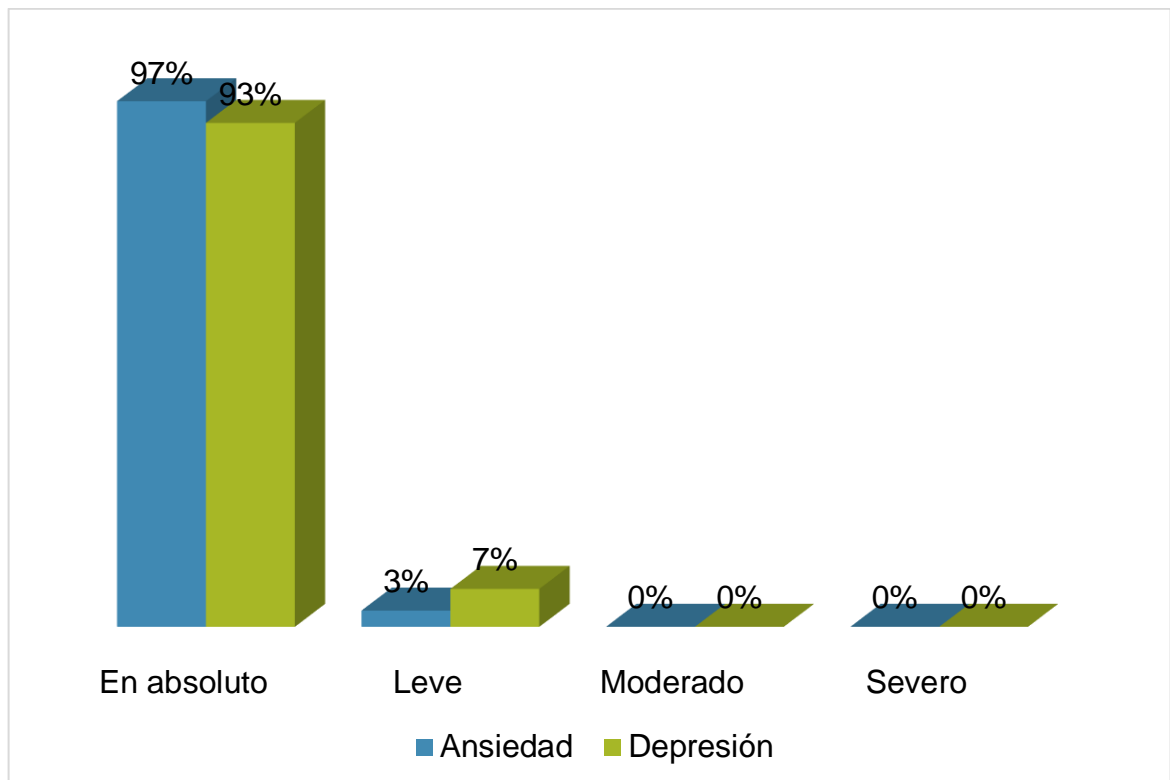
4.1 Resultados

Cuadro No. 1. Incidencia de ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

Incidencia	Ansiedad		Depresión	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
En absoluto	98	97%	94	93%
Leve	3	3%	7	7%
Moderado	0	0%	0	0%
Severo	0	0%	0	0%
Total	101	100%	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 1. Incidencia de ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.



Fuente: Cuadro No. 1.

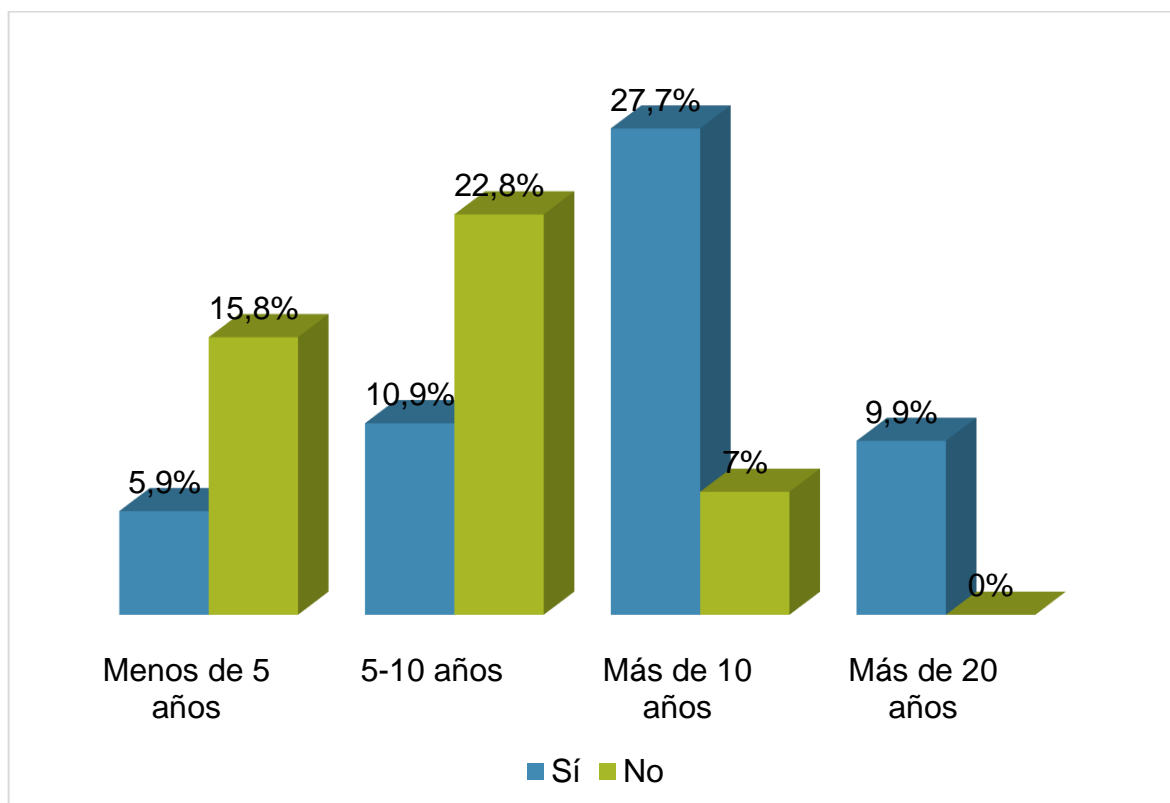
El personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi resultó con un 3% de ansiedad leve. Sin embargo, el 7% tenía depresión leve.

Cuadro No. 2. Factores laborales que contribuyen al desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico.

Años de experiencia profesional	Labora en otro centro				Total	
	Sí		No			
	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.	Frec.	Porc.
Menos de 5 años	6	5.9%	16	15.8%	22	21.8%
5-10 años	11	10.9%	23	22.8%	34	33.7%
Más de 10 años	28	27.7%	7	7%	35	34.7%
Más de 20 años	10	9.9%	0	0%	10	9.9%
Total	55	54.5%	46	45.5%	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 2. Factores laborales que contribuyen al desarrollo de ansiedad y depresión en el personal médico.



Fuente: Cuadro No. 2.

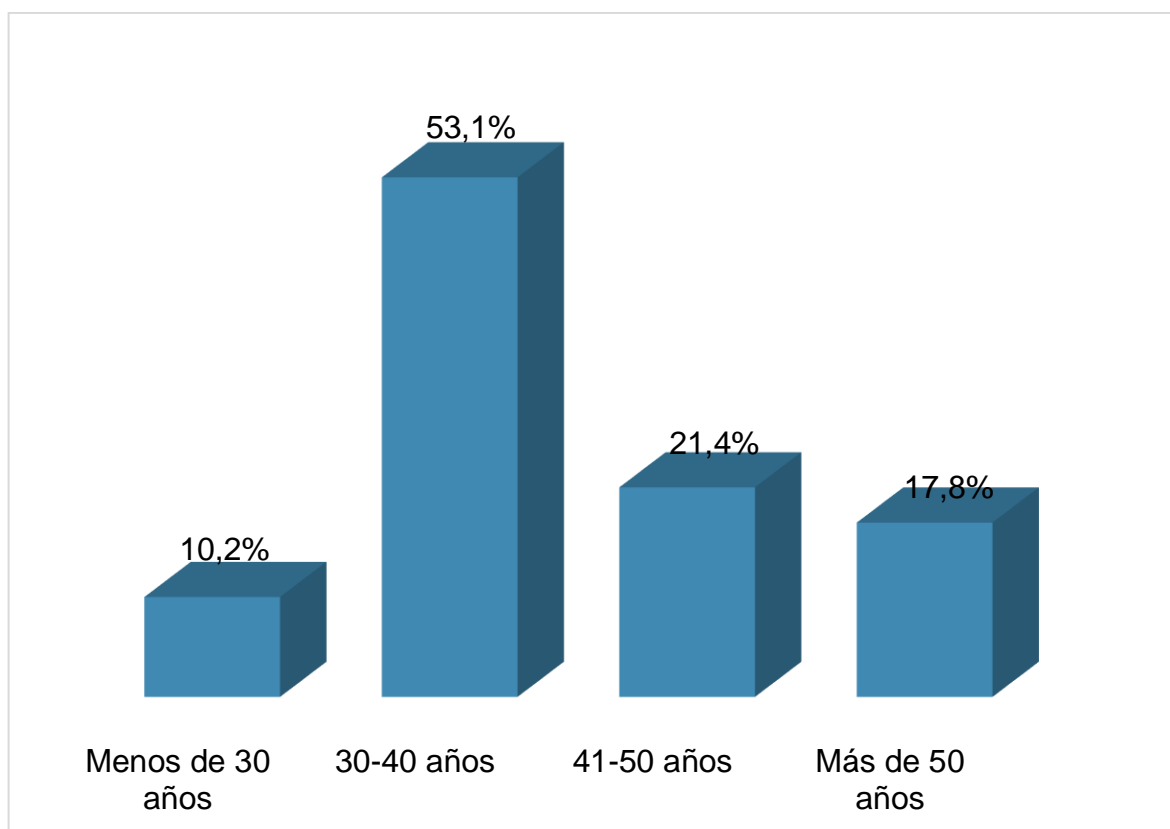
De los 35 (34.7%), que tiene más de 10 años de experiencia laboral, 28 (27.7%) labora en otro lugar. 34 (33.7%) tiene entre 5 y 10 años de experiencia laboral y sólo 11 labora en otro centro.

Cuadro No. 3. Edad del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 30 años	10	10.2%
30-40 años	52	53.1%
41-50 años	21	21.4%
Más de 50 años	18	17.8%
Total	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 3. Edad del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.



Fuente: Cuadro No. 3.

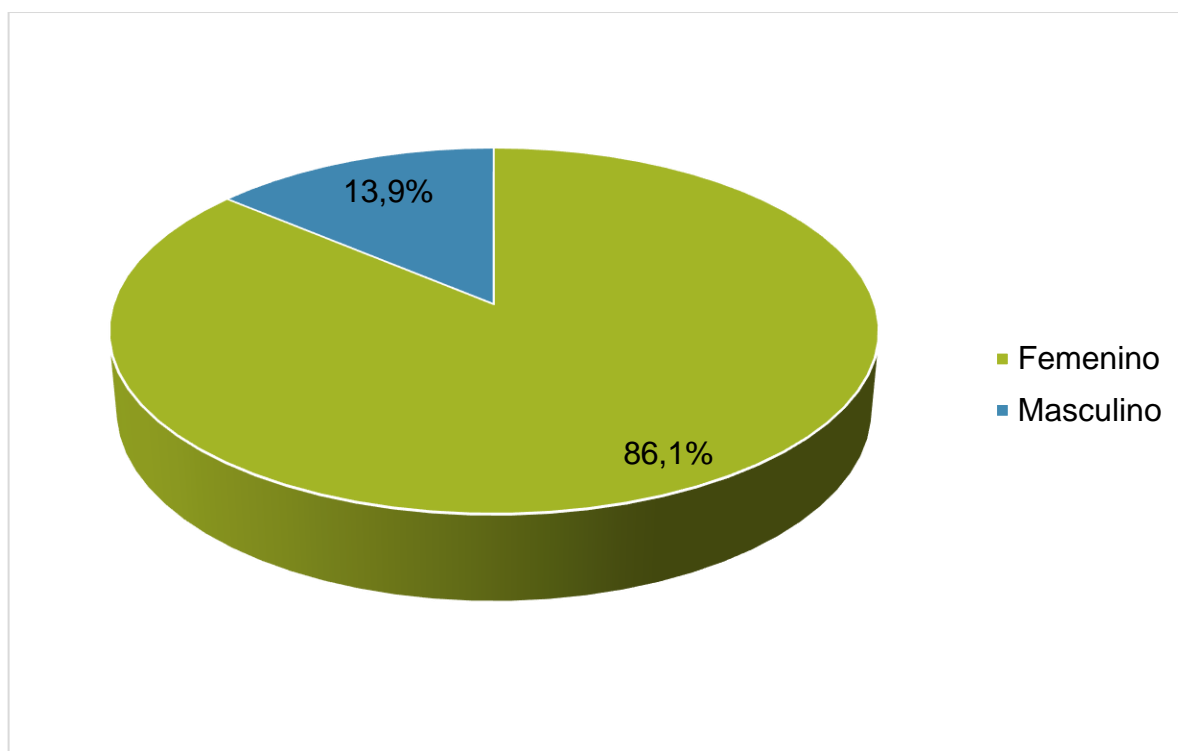
La edad más frecuente del personal médico es de 30-40 años con un 53.1%. Seguido de 41-50 años para un 21.4%.

Cuadro No. 4. Sexo del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	87	86.1%
Masculino	14	13.9%
Total	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 4. Sexo del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.



Fuente: Cuadro No. 4.

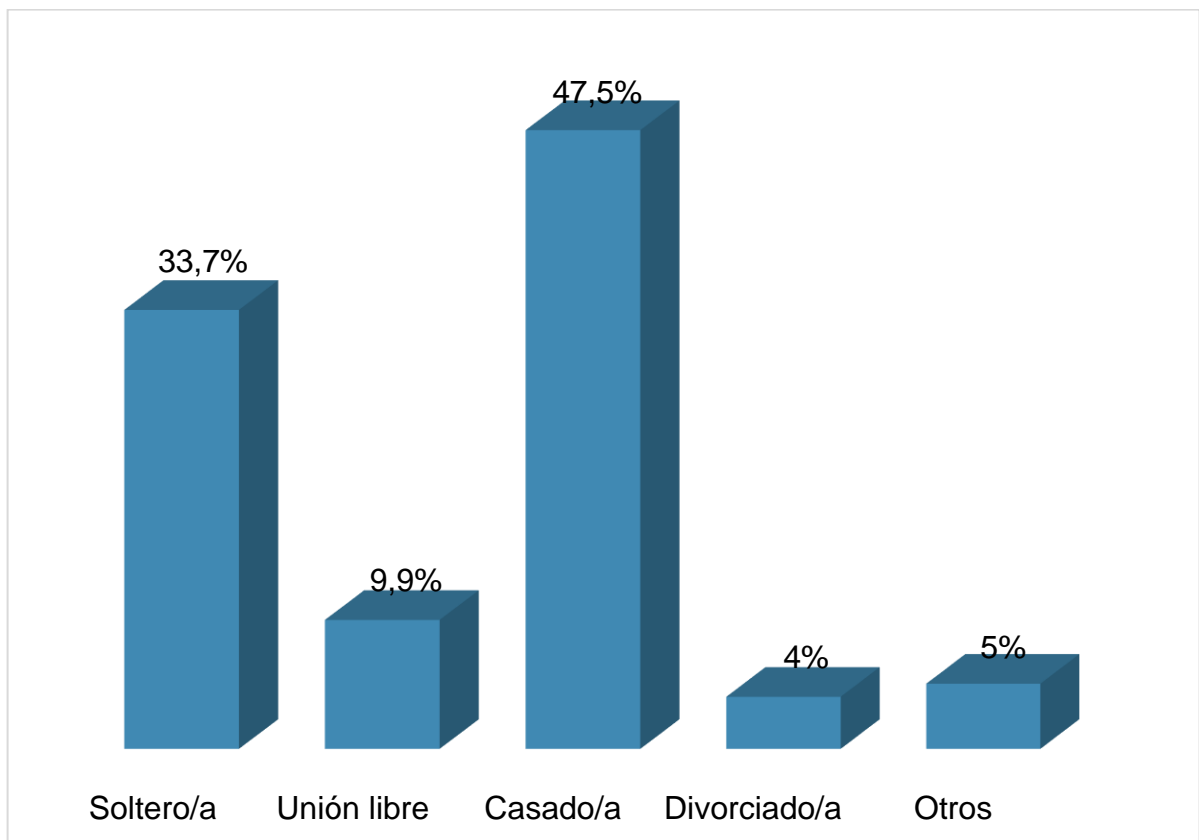
El sexo femenino del personal médico es significativamente predominante para un 86.1%.

Cuadro No. 5. Estado civil del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	34	33.7%
Unión libre	10	9.9%
Casado/a	48	47.5%
Divorciado/a	4	4%
Otros	5	5%
Total	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 5. Estado civil del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.



Fuente: Cuadro No. 5.

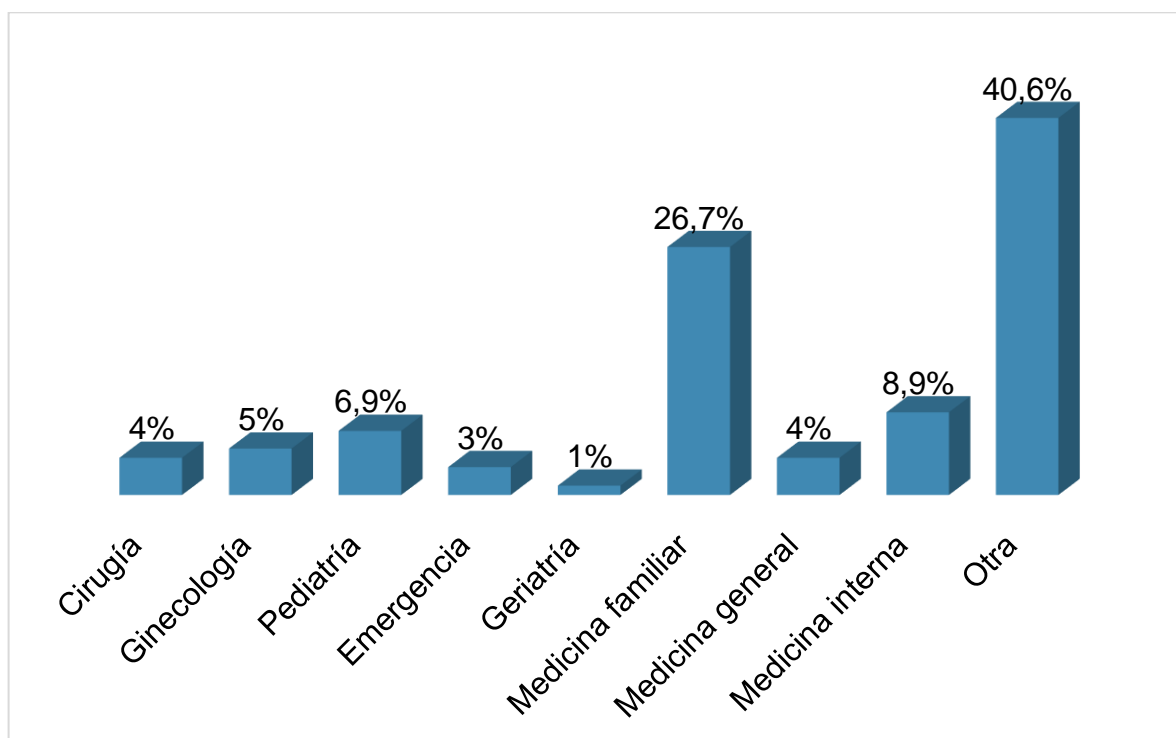
Con relación al estado civil los casados son más abundante en el personal médico para un 47.5%, seguido de los casados con un 33.7%.

Cuadro No. 6. Especialidad médica del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

Especialidad médica	Frecuencia	Porcentaje
Cirugía	4	4%
Ginecología	5	5%
Pediatría	7	6.9%
Emergencia	3	3%
Geriatría	1	1%
Medicina familiar	27	26.7%
Medicina general	4	4%
Medicina interna	9	8.9%
Otra	41	40.6%
Total	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 6. Especialidad médica del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.



Fuente: Cuadro No. 6.

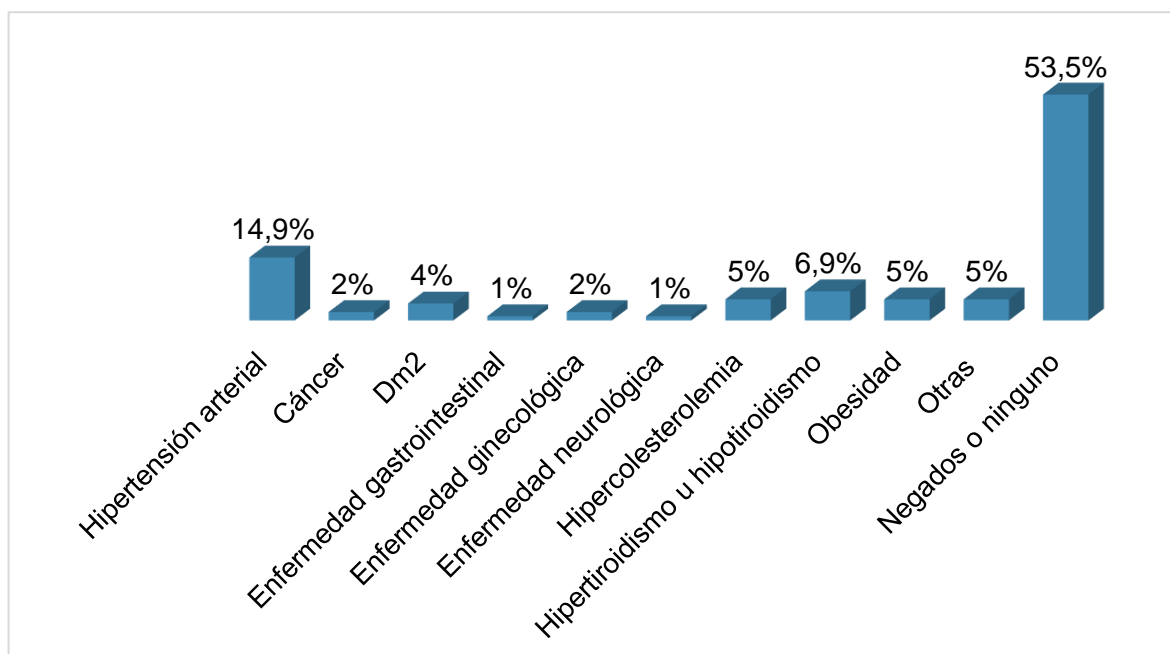
La Medicina Familiar es la especialidad médica más común en el personal objeto de estudio, con un 26.7%.

Cuadro No. 7. Antecedentes patológicos del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

Antecedentes patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	15	14.9%
Cáncer	2	2.0%
Dm2	4	4.0%
Enfermedad gastrointestinal	1	1.0%
Enfermedad ginecológica	2	2.0%
Enfermedad neurológica	1	1.0%
Hipercolesterolemia	5	5.0%
Hipertiroidismo u hipotiroidismo	7	6.9%
Obesidad	5	5.0%
Otras	5	5.0%
Negados o ninguno	54	53.5%
Total	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Cuadro No. 7. Antecedentes patológicos del personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.



Fuente: Cuadro No. 7.

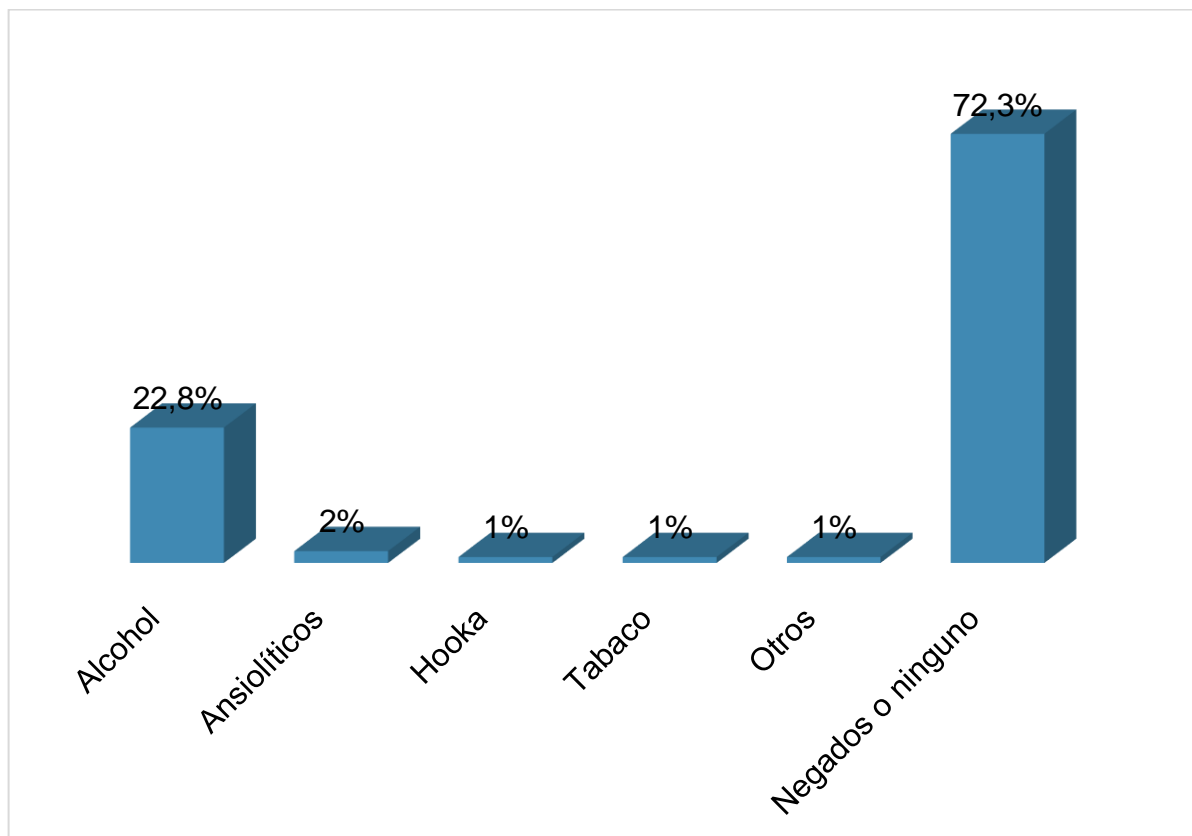
La hipertensión arterial es el antecedente patológico más frecuente en el personal médico con un 14.9%. Cabe destacar que el 53.5% no tenían ningún antecedente.

Cuadro No. 8. Consumo de sustancias en el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.

Consumo de sustancias	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	23	22.8%
Ansiolíticos	2	2%
Hooka	1	1%
Tabaco	1	1%
Otros	1	1%
Negados o ninguno	73	72.3%
Total	101	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 8. Consumo de sustancias en el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi durante el período de abril-junio de 2025.



Fuente: Cuadro No. 8.

Respecto al consumo de sustancia, el alcohol es lo que más consume el personal estudiado con un porcentaje de 22.8.

Capítulo 5 Discusión y conclusiones

5.1 Discusión

Un estudio realizado por Lucas Hernández, A y cols en Mexico en periodo mayo 2020 a febrero 2021 en el hospital de especialidades Dr. ANTONIO FRAGA., dio como resultado que el 20.1% de los encuestados presentó depresión moderada. Este estudio difiere al de esta investigación, donde el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi resultó con que el 7% presentó depresión y ansiedad leve y 29.6% ansiedad leve el cual concuerda con nuestro estudio donde el 3% presentó ansiedad y depresión leve.

Con relación a la experiencia laboral, se observó que una proporción considerable de médicos con más de 10 años de experiencia laboral (34.7%) en el hospital a la vez los que también desempeñan funciones en otros centros (27.7%) y tienen entre 5 y 10 años de experiencia laboral (33.7%), lo cual puede estar relacionado con la carga laboral y el agotamiento profesional.

Un estudio realizado por Saldaña Ibarra o, y cols. 2014 en su estudio realizado en un hospital de Xalapa México obtuvieron 75.63% para el rango de edad entre 27 y 32 años y 24.37% entre 33 y 36 años. El cual difiere con nuestro estudio, donde la edad más frecuente del personal médico es de 30-40 años con un 53.1%. Seguido de 41-50 años para un 21.4%.

El sexo femenino del personal médico es significativamente predominante para un 86.1%, este estudio concuerda con el estudio realizado por Zhengjian Ren y cols, Ren Zhengjia. MD, MPH, PhD; Chief Psychiatrist at The Third Affiliated Hospital of Chongqing Medical University en Oxford, donde analizaron los datos recopilados de 460 profesionales médicos (20.5% hombres y 71.5% mujeres). Al igual que el estudio de Saldaña Ibarra o, y cols. 2014 De los participantes, 62 correspondían al sexo femenino (52.10%) y 57 correspondían al masculino (47.9%).

En el estudio de Lucas Hernández, A y cols, en Mexico en periodo mayo 2020 a febrero 2021 en el hospital de especialidades Dr. ANTONIO FRAGA.. Por estado civil, encontramos que 56.8% eran solteros; 24.9% casados este estudio difiere de

los resultados encontrados en nuestro estudio los casados son más abundante en el personal médico para un 47.5%, seguido de los solteros con un 33.7%.

La Medicina Familiar es la especialidad médica más común en el personal objeto de estudio, con un 26.7%, este estudio difiere del estudio realizado por Lucas Hernández, A y cols., donde la especialidad de mayor participación fue Medicina interna en un 18%.

La hipertensión arterial es el antecedente patológico más frecuente en el personal médico con un 14.9%, este estudio difiere con el estudio realizado por Lucas Hernández, A y cols., donde en su estudio aquellos con diabetes mellitus tipo 2 tuvieron mayor incidencia de ansiedad y depresión con un 3.2%.

Respecto al consumo de sustancia, el alcohol es lo que más consume el personal estudiado con un porcentaje de 22.8. Hallazgo que sugiere la necesidad de implementar programas de bienestar y control del estrés ocupacional.

Factores de riesgo identificados: En la presente investigación se identificaron diversos factores de riesgo asociados a la presencia de ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital Dr. Vinicio Calventi. Entre los principales destacan las jornadas laborales extensas, el trabajo en turnos rotativos y la elevada carga emocional derivada de la exposición continua al sufrimiento, la enfermedad y la muerte. A esto se suma la presión constante para la toma de decisiones críticas en un entorno de recursos limitados y la sobrecarga de trabajo debido a la escasez de personal.

Otros factores relevantes incluyen las condiciones laborales precarias, la falta de espacios de apoyo psicológico y autocuidado. De igual modo, se identificaron antecedentes personales de patologías médicas, presencia de hábitos tóxicos modificables y la influencia de factores sociodemográficos como el estado civil y la especialidad médica ejercida. Todos estos factores contribuyen de manera significativa al desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva en el personal sanitario.

Impacto en la práctica clínica: La presencia de ansiedad y depresión en el personal médico repercute directamente en la calidad del ejercicio profesional. Las alteraciones emocionales y psicológicas impactan en el desempeño clínico, favoreciendo la disminución del rendimiento laboral, el aumento en la frecuencia de errores médicos y el deterioro de la relación médico-paciente, especialmente en la empatía y la comunicación efectiva.

Asimismo, se evidenció un incremento en el ausentismo laboral y en la rotación de personal, lo que afecta la continuidad en la atención y contribuye a la sobrecarga de trabajo para los equipos restantes. El impacto sobre la toma de decisiones clínicas, en un entorno donde las determinaciones deben ser rápidas y precisas, también representa un riesgo significativo para la seguridad del paciente. Todo ello refleja que el deterioro de la salud mental en los médicos no solo compromete su bienestar individual, sino que repercute en el funcionamiento integral del sistema hospitalario. Se enfatizaría que la alta prevalencia señalada implica riesgos: “Estos niveles de ansiedad y depresión podrían afectar la concentración y la toma de decisiones, con potencial repercusión en la atención al paciente. Estudios sugieren que la fatiga mental de los médicos puede aumentar errores médicos.”

Fortalezas y limitaciones del estudio: Una de las principales fortalezas de esta investigación radica en ser el primer estudio formal realizado en el Hospital Dr. Vinicio Calventi sobre la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal médico. La utilización de instrumentos estandarizados y validados, como la Escala de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, adaptados al contexto local y en formato digital, permitió obtener datos confiables y pertinentes. Además, el estudio incorporó variables sociodemográficas, laborales y personales, lo que permitió un análisis integral de los factores implicados.

Dentro de las limitaciones se destaca el tamaño de la muestra, constituida por 101 médicos, lo que puede limitar la generalización de los resultados a otros contextos hospitalarios. Asimismo, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre los factores de riesgo y la presencia de ansiedad o depresión. Otra limitación es la naturaleza autoadministrada de los instrumentos,

que puede estar sujeta a sesgos de auto-reporte o subestimación de síntomas debido al estigma social asociado a los trastornos mentales. Finalmente, la investigación no incluyó un seguimiento longitudinal que permita evaluar la evolución de los síntomas ni la efectividad de intervenciones institucionales a futuro.

Implicaciones prácticas: Los hallazgos de este estudio sugieren la necesidad de implementar políticas institucionales orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos afectivos en el personal médico. Se hace imprescindible establecer programas de bienestar psicológico que incluyan acceso a servicios de apoyo emocional, intervenciones de manejo de estrés, talleres de inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante la presión laboral.

Asimismo, es fundamental diseñar protocolos que regulen la carga de trabajo, optimicen los turnos y favorezcan un clima organizacional saludable. La sensibilización de las autoridades sanitarias respecto a la importancia de la salud mental en los profesionales de la salud contribuiría al fortalecimiento del sistema hospitalario y a la mejora en la calidad de la atención al paciente. Finalmente, se recomienda la inclusión de evaluaciones periódicas mediante escalas validadas, como la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Depresión de Beck, para la detección oportuna de síntomas en el personal médico. Se propondría la necesidad de acciones institucionales. Por ejemplo: “Dado el alto porcentaje de médicos con síntomas, es imperativo que la gerencia hospitalaria implemente estrategias de apoyo psicológico. La literatura apunta a la efectividad de programas de manejo de estrés y de grupos de apoyo entre profesionales.”

5.2 Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la incidencia de ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital Doctor Vinicio Calventi durante el período abril-junio de 2025. A profesionales de distintas especialidades, se logró recopilar información clave sobre el estado emocional del personal de salud.

Los hallazgos revelaron la presencia de niveles leves de ansiedad y depresión en una proporción significativa del personal médico, lo cual refleja un estado de vulnerabilidad emocional que, aunque no alcanza niveles graves, merece atención preventiva. A pesar de que parte del personal médico no participó ya sea por vacaciones o condiciones ajenas que podrían ser de salud mental el estudio se realizó con resultados aceptables para esta investigación. Se identificaron diversos factores relacionados, tales como la especialidad médica, la edad, el estado civil, antecedentes patológicos y el consumo de sustancias, que podrían influir en el desarrollo de estos trastornos.

Los resultados obtenidos permiten concluir que, aunque los niveles de ansiedad y depresión fueron leves aproximadamente 3% y 7% respectivamente de la población estudiada, su existencia constante en el entorno hospitalario puede tener implicaciones a largo plazo tanto en el bienestar del personal como en la calidad del servicio prestado. Por tanto, es fundamental identificar de manera sistemática los factores laborales que contribuyen a este malestar emocional, así como calcular su frecuencia entre especialidades, para establecer estrategias de intervención eficaces y basadas en evidencia.

Capítulo 6 Recomendaciones

6.1 Recomendaciones

A partir de los hallazgos y la revisión bibliográfica, se proponen:

- **Para la institución:** Implementar programas regulares de apoyo psicosocial para médicos, que incluyan acceso a asesoría psicológica y talleres de manejo de estrés. Seguir la guía de la OMS de gestionar riesgos psicosociales laborales (p.ej., establecer turnos de trabajo más cortos, asegurar descansos). Fortalecer la supervisión: capacitar a jefes de departamento para reconocer signos de estrés en su equipo.
- **Para los profesionales:** Fomentar la autoevaluación periódica de la salud mental. Participar en formaciones sobre resiliencia y autocuidado.
- **Para futuras investigaciones:** Recomendar estudios longitudinales en la población de médicos del hospital para monitorear tendencias a largo plazo. Realizar encuestas cualitativas (entrevistas) para explorar causas subyacentes y áreas de mejora.
- **Política sanitaria:** Elevar estos resultados a la Dirección de Salud Mental del ministerio para considerar inclusión de salud mental ocupacional en planes nacionales, dado que las tendencias observadas aquí reflejan problemáticas globales reconocidas por la OMS.

Estas recomendaciones están alineadas con las directrices internacionales, que enfatizan intervenciones tanto preventivas como de soporte directo para preservar la salud mental de los trabajadores de la salud.

Referencia Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: Fortalecimiento de nuestra respuesta. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
3. Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
4. Patel, R. S., Sekhri, S., Bhimanadham, N. N., Imran, S., Hossain, S. (2019). A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*, 11(6):e4805. (Sobre factores de estrés, falta de apoyo institucional y efectividad de intervenciones como CBT, mindfulness y límites de jornada).
5. Lucas-Hernández, A. y cols. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. 2022. Biblioteca Nacional de Medicina. *Rev Med Inst Seguro Soc*. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395996/>
6. Saldaña-Ibarra O, López-Ozuna V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades de la Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Evid Med Invest Salud*. 2014;7(4):169-177. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo144d.pdf> [Links]].
7. Lucas-Hernández, A. y cols. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. 2022. Biblioteca Nacional de Medicina. *Rev Med Inst Seguro Soc*. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395996/>
8. Saldaña-Ibarra O, López-Ozuna V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades de la Secretaría de Salud del Distrito

- Federal. Evid Med Invest Salud. 2014;7(4):169-177. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2014/eo144d.pdf> [Links]
9. Palomo-Vélez G, Carrasco J, Bastías A, Méndez MD, Jiménez A. Factores de riesgo psicosocial y satisfacción laboral en trabajadoras estacionales de Chile. Rev Panam Salud Pública. [internet] 2015 [citado 14/08/2017]; 37(4/5):301-7. Disponible en: Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n4-5/v37n4-5a17.pdf>
 10. Feldman L, Blanco G. Una aproximación al estudio de los factores psicosociales laborales en Venezuela. Salud Trabajadores (Maracay). 2012; 20(1):75-92. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-01382012000100007&script=sci_arttext
 11. Greco PBT, Magnago TSBS, Lopes LFD, Prochnow A, Tavares JP, Viero NC. Estrés psicosocial y disturbios psíquicos menores en agentes socio-educadores. Rev. Latino-Am. Enfermagem. sep-oct. 2012; 20(5): [08pantallas]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_20.pdf
 12. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes Hillegonda MD, César CLG. Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8): 1639-48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800012>
 13. Carrión-García MA, López-Barón F, Gutiérrez AM. Influencia de factores negativos del contexto de trabajo en desgaste psíquico de trabajadores en Colombia. Hacia promoc. salud. 2015; 20(1): 111-25. doi: 10.17151/hp-sal.2015.20.1.8
 14. Casas SB, Klijn TP. Promoción la salud y un entorno laboral saludable. Latino-am Enfermagem. 2006; 14(1):136-41
 15. Salín R. Bases Bioquímicas y Farmacológicas de la Neuropsiquiatría. Mac Graw Hill Interamericana. 1997; 210-215. [Links]

16. Leonard B. Sleep Disorders and Anxiety: Biochemical Antecedents and Pharmacological Consequences. *J Psychosom Res.* 1994; 38(1): 69-87. [Links]
17. Sanders-Bush E and Mayer S. 5-Hydroxytryptamine (Serotonin) Receptor Agonists and Antagonists. Goodman and Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics. International Edition.* 1996; Ninth Edition: 294-264.
18. Asociación de Psiquiatras Americana. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 los Trastornos De Ansiedad (libro) (129-144).
19. Eisendraath S. *Psychiatric Disorders. Current Medical Diagnosis and Treatment.* Editorial Lange Medical Book. 1998. 37 th Edition: 977-981. [Links]
20. Sharma R, et al. Estados de Ansiedad en Psiquiatría. Diagnóstico y tratamiento de Flaherty, Channon y Davis. Editorial Médica Panamericana. (México). 1991; 108-120. [Links]
21. Reus V. *Psychiatric Disorders. Harrisons Principles of Internal Medicine.* International Edition. 1998; 14 th Edition: 2485-2502. [Links]
22. Nemiah J. Estados Ansiosos (Neurosis de Angustia). *Tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadok.* Ediciones Científicas y Técnicas.(Barcelona- España). 1992; 2a Edición: 876-887. [Links]
23. Wacker H. *Diagnosis and Therapy of Anxiety Disorders.* *Ther Umsch.* 1997; 54(7): 380-385. [Links]
24. Ramanathan M, et al. Differential Effects of Diazepam on Anxiety in Streptozotocin duced Diabetic and non-diabetic rats. *Psychopharmacology.* 1998; 135: 361-367. [Links]
25. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=Generalidades,sobre%20el%20d%C3%ADa%20a%20d%C3%ADa>.
26. William Coryell. Trastornos depresivos. MD, University of Iowa Carver College of Medicine Revisado/Modificado oct 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos->

psiquiatricos/trastornos-del-estado-deAnimo/trastornos-
depresivos?ruleredirectid=754

27. Prigerson HG, Boelen PA, Xu J: Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry* 20(1):96-106, 2021. doi: 10.1002/wps.20823
28. Read, JR. Sharpe, L. Modini, M. Dear, BF. Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 221:36-46.
29. Carrión-García, MA. y Hernández Gracia, TJ. Factores psicosociales y desgaste psíquico en ámbito laboral. *Fundación Universidad del Norte, División de Ciencias de la Revista Salud Uninorte*, vol. 34, núm. 3, pp. 705-714, 2018 Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/817/81759607018/html/>.
30. Lucas-Hernández, A. y cols. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. 2022. *Biblioteca Nacional de Medicina. Rev Med Inst Seguro Soc*. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395996/>
31. Ministerio de Salud Pública. Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022. Santo Domingo: MSP; 2 019.
32. Asociación de Psiquiatras Americana. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 los Trastornos De Ansiedad (libro) (129-144).
33. Reyes Carmona, C.; Monterrosas Rojas, AM.; Navarrete Martínez, A.; Acosta Martínez, EP. Y Torruco García, U. Ansiedad de los estudiantes de una Facultad de Medicina mexicana, antes de iniciar el internado. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000100042
34. Osada Lij, JE.; Rojas Villegas, MO.; Rosales Vásquez, CE.; Vega Dienstmaier, E. Consumo de cafeína en estudiantes de medicina y su coexistencia con sintomatología ansiosa y depresiva. 2008. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v19n3/v19n3ao3.pdf>.

35. Dyrbye, L. N., y cols. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians. 2020. *Academic Medicine*. 89(3), 443–451.
36. Bravo, G., Méndez, R., & López, J. Salud mental en profesionales sanitarios: una revisión sistemática. 2021. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53(2), 108–119.
37. The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7579351>
38. Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*. 1959. 32(1), 50–55.
39. Maier, W., y cols. The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity. *Journal of Affective Disorders*. 1988. 14(1), 61–68.
40. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961. 4(6), 561–571.
41. Ministerio de Salud Pública. (2019). Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022. Santo Domingo, RD.
42. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2013. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
43. Organización Mundial de la Salud. (2023). Depresión. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
44. LeDoux, J. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*. 2000. 23, 155–184.
45. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.
46. Rotenstein, L. S., et al. (2018). Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. *JAMA*, 316(21).
47. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*.

48. Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the primary care setting. *N Engl J Med* [Internet]. 2019;380(6):559–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
49. Gotlib y Joormann en Hameen (Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018;14(1):1–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811> .
50. Hammen C. Risk factors for depression: An autobiographical review. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2018;14(1):1–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>
51. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortes JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed* [Internet]. 2017;28(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
52. Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the primary care setting. *N Engl J Med* [Internet]. 2019;380(6):559–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
53. Sabella D. Antidepressant medications. *Am J Nurs* [Internet]. 2018;118(9):52–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000544978.56301.f6>)
54. Pérez Esparza R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Rev Fac Med (Méx)*. sep./oct 2017;7–16
55. Sabella D. Antidepressant medications. *Am J Nurs* [Internet]. 2018;118(9):52–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000544978.56301.f6>
56. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological treatment of depression in primary care: Recent developments. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019;21(12):129. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1117-x>
57. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant

- mechanisms of physical activity. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2019;107:525–39. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.09.040>
58. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology**, 32(1), 50–55.
 59. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry**, 4(6), 561–571.
 60. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
 61. Bravo, G., Méndez, R., & López, J. (2021). Salud mental en profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología**, 53(2), 108–119.
 62. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry**, 15(2), 103–111.
 63. Organización Mundial de la Salud. (2023). *Depresión**. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
 64. Vásquez, C., Fernández, E., & Rojas, M. (2020). Prevalencia de trastornos afectivos en personal médico durante la pandemia por COVID-19 en Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, 37(3), 411–418.

Apéndices

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA INVESTIGACION

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI DURANTE EN EL PERÍODO ABRIL - JUNIO 2025

INVESTIGADORAS: **DRA. CARMEN KEREM FLORIAN RUBIO Y DRA. MARGARITA FRIAS DISLA**

PARA OPTAR POR EL TITULO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La ansiedad es una emoción normal que se activa ante situaciones de peligro o estrés, pero puede convertirse en un trastorno cuando la preocupación y el miedo son excesivos, irracionales y persisten durante mucho tiempo. Mientras que la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza profunda, pérdida de interés en actividades y una sensación de vacío o desesperanza.

Esta investigación es un estudio prospectivo con un enfoque cuantitativo no experimental que tiene como objetivo principal determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal médico del HOSPITAL DR. VINICIO CALVENTI en el período abril - junio de 2025.

Declaro que:

- He leído y entendido el cuestionario que me han facilitado
- He recibido información suficiente sobre la investigación.
- Se me ha explicado que dicha investigación no revelara mi identidad y mis datos personales serán protegidos bajo la protección de la ley general de salud 42-01, capítulo 4, artículo 28 de la República Dominicana.
- He podido realizar las preguntas necesarias y se me ha informado que las respuestas del cuestionario serán confidenciales.
- Se ha notificado que yo y ni las investigadoras recibirán remuneración por esta investigación.
- He sido notificado que no estoy obligado a participar de esta investigación y que si participo y decido retirarme estoy en todo mi derecho.
- He sido informado que la investigación es responsabilidad de las sustentas, hospital y/o universidad.
- Los resultados de la investigación estarán disponibles a partir de julio en la biblioteca de este hospital.
- Tengo el derecho de adquirir copias de dicho consentimiento si así lo deseo.

He leído y comprendido la información ante descrita OTORGO mi CONSENTIMIENTO para participar de manera voluntaria en este estudio.

Nombre del participante: _____ Firma del participante: _____

Fecha: _____

**REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE**



**Facultad de Ciencias de la Salud
Hospital General Dr. Vinicio Calventi
Cuestionario de recolección de datos**

Datos Generales

1) Edad:

- a) Menos de 30 años edad exacta 18-29 30.39 40 en adelante
- b) 30-40 años
- c) 41-50 años
- d) Más de 50 años

2) Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

3) Estado Civil:

- a) Soltero/a
- b) Casado/a
- c) Divorciado/a
- d) Otro: _____

4) Años de experiencia profesional:

- a) Menos de 5 años
- b) 5-10 años
- c) Más de 10 años

5) Especialidad médica:

- a) Medicina general
- b) Pediatría
- c) Ginecología
- d) Cirugía
- e) Otra: _____

5.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

8.1.1. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

Santo domingo Oeste, R.D.
21 de marzo del 2025.

A la: Dra. Ana Cecilia Espinosa
Encargada del Departamento Medico

Via: Licda. Bibiana Bueno
Encargada de Recursos Humanos

De la: Dra. Maribel Nova Rosa
Encargada del Departamento Enseñanzas e Investigación

Asunto: Aprobación de Tesis

Por medio de la presente, sirva la misma para saludarle y a la vez solicitarle que, por favor, dentro de sus posibilidades, le permita el acceso a los expedientes o pacientes, a la **Dra. Carmen Kerem Florián Rubio, Mat.221193** y la **Dra. Margarita Frías Disla, Mat. 221203** de la Universidad de UNIBE, para trabajar el Tema de Tesis para optar por el título.

Título: Prevalencia de ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, en el periodo Abril - Junio 2025.

Se expide la presente certificación a petición de la parte interesada en el Municipio de los Alcarrizos, el día Veintiún (21) del mes de marzo del 2025 en Santo Domingo República Dominicana.

Sin otro particular,


Dra. Maribel Nova Rosa
Encargada del Departamento de Enseñanzas e Investigación

