

11202



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

LIBRO DE REGISTRO
CONTROLADO

ANESTESIOLOGIA: FACTOR ASOCIADO AL
AUMENTO DE LA TENDENCIA DEPRESIVA

T E S I S
QUE PRESENTA EL
DR. JOSE RAMON FLORES MARTINEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGIA

ASESORES DE TESIS: DRA. YAMEL FUENTES FERNANDEZ
LIC. PSIC. KANOKO M. KAHIJARA CRUZ



MEXICO. D, F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

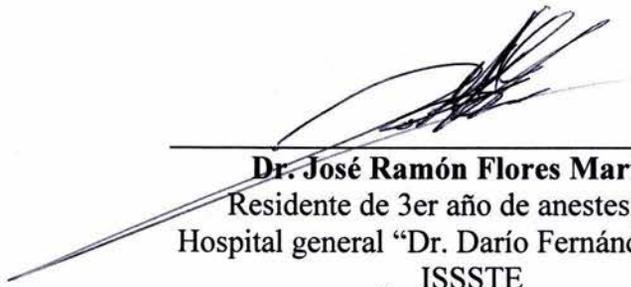
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DR DARIO FERNANDEZ FIERRO
I.S.S.S.T.E. DELEGACION ZONA
SUR

ANESTESIOLOGÍA: FACTOR ASOCIADO AL AUMENTO DE LA
TENDENCIA DEPRESIVA



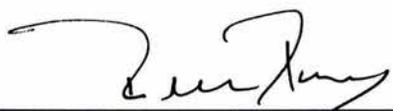
Dr. José Ramón Flores Martínez
Residente de 3er año de anestesiología
Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"
ISSSTE



Dra. Yamel Fuentes Fernández
Asesora de tesis
Medico Adscrito al servicio de anestesiología
Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"
I



Lic. Kanoko M. Kahijara Cruz
Asesora de tesis
Licenciada en psicología



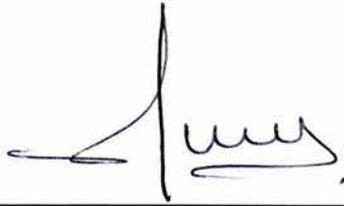
Dr. Roberto Cruz Ponce
Jefe de enseñanza e investigación
Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"
ISSSTE



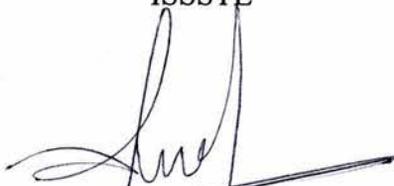
I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
HOSPITAL GENERAL

★ 08 OCT. 2004 ★

DR DARIO FERNANDEZ F
JEFATURA DE ENSEÑANZA



Dr. Angélica Moreno Carranza
Medico Adscrito al servicio de anestesiología
Profesor titular del curso de especialización en anestesiología UNAM
Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"
ISSSTE



Dra. Yamel Fuentes Fernández
Asesora titular de tesis
Médico Adscrito del servicio de anestesiología
Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"
ISSSTE



Dra. Dalia G. Pliego Figueroa
Jefe del servicio de anestesiología
Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"
ISSSTE



Dr. Roberto Cruz Ponce
Jefe de enseñanza e investigación
Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"
ISSSTE

“Estos son los deberes de un médico:

primero...curar su mente y ayudarse a si mismo antes de ayudar a nadie.”

Epitafio de un médico ateniense, 2 AD

“En la depresión, el que tiene la llave,

de la celda, es el propio prisionero,

y en la medida que se de cuenta de

ello, podrá salir, liberarse de su

tristeza...y recobrar la capacidad

de disfrutar, de amar y de ser

productivo.”

Inspirado por Anthony de Mello y Sigmund Freud.

A Dios

Por la culminación de una etapa más de mi vida. Agradeciendo la salud, la fuerza y la paciencia que me has otorgado para realizar mi especialidad.

A mis padres

Por ser los seres más hermosos, y los padres que todo mundo quisiera tener, por apoyarme en todos sentidos, desde aguantar mis enojos, así como por apoyarme económicamente (siendo que un individuo de 30 años en cualquier parte del mundo ya es autosuficiente), nunca podré pagarles todo lo que han hecho por mí y por mis hermanos. Sinceramente les quiero y les amo.

A mis hermanos (Mike, Paco y George)

Por su amor y sacrificio para apoyarme en éste proyecto de vida.

A mi novia (Liz)

Por su cariño, apoyo y por regresarme las ganas de vivir.

A mis amigos (Javo, Lalo, Beto, y todos y cada uno de mis amigos)

Por estar siempre cuando los necesito en el momento indicado. En especial dedicada a Erick Romero Quiñónez, mi mejor amigo de la carrera Q.E.P.D

A mis maestros

Por compartir conmigo su sabiduría y experiencias.

A mis compañeros

Por su amistad, por los momentos de alegría y experiencias que compartimos

A mis pacientes

Por ser una inagotable fuente de conocimiento y por su fé en nosotros

Gracias

ANESTESIOLOGIA FACTOR ASOCIADO AL AUMENTO DE LA TENDENCIA DEPRESIVA

<i>Índice</i>	<i>1</i>
<i>Marco teórico</i>	<i>2</i>
<i>Hipótesis</i>	<i>5</i>
<i>Objetivos</i>	<i>5</i>
<i>Material y método</i>	<i>5</i>
<i>Resultados</i>	<i>16</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>25</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>27</i>

1.- Marco teórico:

1.1 Definición del problema:

¿Es la especialidad de anestesiología factor asociado al aumento en la incidencia de la depresión?

¿Se requiere atención psicológica y psiquiátrica por parte del personal de anestesiología (residentes y anesestesiólogos)?

1.2 Antecedentes:

A) El cambio biopsicosocial en el área de anestesiología es influenciado por:

-ALTERACIONES DEL SUEÑO:

La privación del sueño altera significativamente la función endocrina, las defensas del huésped, y el control autonómico. En adultos jóvenes saludables, la restricción de sueño de 4 horas por noche durante 6 días disminuye la tolerancia a carbohidratos, incrementan el cortisol vespertino, e incrementan el tono simpático. Estos cambios endocrinos, son factores de riesgo para la obesidad, la resistencia a la insulina y para la hipertensión arterial. Por otro lado describe: LA ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) realizaron estándares universales para las horas de trabajo de los residentes. Ellos recomiendan el trabajo de los residentes de límite un promedio de 80 horas por semana y no más de 30 horas en cualquier momento. Y también es recomendado por ellos que los residentes pueden ser llamados no más de cada tercer día y deben de tener un día libre de trabajo de siete a la semana . (1)

-ELECCION DE LA ESPECIALIDAD:

Se trata de determinar que factores influyen en la decisión del médico para realizar la especialidad de anestesiología. Se obtuvo una muestra de 107 médicos residentes (cirujanos 55, anesestesiólogos 52), a los cuales se les aplicó un cuestionario de 20 preguntas sobre factores sociales, académicos, económicos y geográficos. Los resultados se analizaron mediante Chi cuadrada fijando un valor $p < 0.05$

. Los resultados obtenidos muestran prevalencia en edad de 25 a 30 años con 60% , 62.6% hombres 57.9% solteros. De los factores sociales para ambos grupos los más importantes fueron edad 46.7%, estado civil 43.9%, académicos: manejo de pacientes críticamente enfermos 77.5%; volumen de pacientes 58.8%, geográficos: prestigio de la sede 73.8%, económicos: posibilidad laboral 70.09%. Se obtuvo una $P > 0.03$. Se concluye que los factores sociales, económicos, geográficos, y académicos influyen de igual manera en la decisión del médico para realizar la especialidad ya sea cirugía o anestesiología. (2)

-AGENTES QUÍMICOS, FÍSICOS E INFECCIOSOS (EXPOSICIÓN A HALOGENADOS)

El hecho de que la exposición crónica a los gases anestésicos puede producir aumento de la frecuencia de las enfermedades malignas se basa en tres tipos de pruebas. La primera fue la demostración por Lassen, de que la exposición crónica a las concentraciones clínicas de anestésicos podría deprimir la médula ósea; la segunda fue el informe de Bruce de aumento de la frecuencia de lesiones malignas de los tejidos linfoides y reticuloendotelial. La tercera estuvo constituida por los informes de Corbett y el Ad Hoc Comité que indicaban un aumento de la frecuencia de cáncer entre anestesiólogos. Esto se traduce en fenómenos de inmunodepresión por la formación de radicales libres o reactantes electrófilos, que es una hipótesis de uno de los mecanismos de la carcinogénesis. Las vías posibles incluyen: 1.- interacción del carcinógeno con DNA, que da por resultado cambios en la formación de esta macromolécula; 2.- alteraciones en la proteína, que originan cambios hereditarios; 3.- activación de un virus carcinógeno latente y 4.- selección de las células preneoplásicas mediante condiciones favorables para la multiplicación de las mismas. (3)

-MOMENTO DEL CICLO VITAL DEL SUJETO (ESTADO CIVIL, HIJOS, COMPARTE HOGAR.):

La mayor parte de las personas que se divorcian sufren sentimientos depresivos, ambivalencia, o cambios de humor; y la recuperación suele durar aproximadamente dos años, durante los cuales una psicoterapia sería necesaria en muchos casos, para poder hacer frente a estos síntomas y a la recuperación favorable de la persona y su entorno, que puede ser de fundamental apoyo en la terapia. (4)

1.3 Justificación:

El médico anestesiólogo es polifacético tiene que saber de todas las áreas de la medicina: medicina interna, medicina crítica, fisiología, cardiología, cirugía, ginecología, neumología, cirugía intervencionista, cirugía plástica, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, medicina nuclear, radiología, estomatología, endoscopia, cirugía vascular, nefrología, psiquiatría, psicología y muchas áreas más

El anestesiólogo frecuentemente convive con alcoholismo, tabaquismo, ingestión de cafeína, anfetaminas, toxicomanías (por tener fácil acceso a fármacos opioides, benzodiacepinas, etc), motivo por el cual teniendo tendencias depresivas hasta la depresión severa pueden caer fácilmente en los intentos suicidas hasta los consumados con fármacos intravenosos. Motivo por el cual queremos que detectando los problemas de base que en esta tesis referimos como estados depresivos los cuales siendo detectados en una etapa temprana se puede interferir con terapias psicológicas así como con psicofármacos según el estado depresivo, además de que se requieren forzosamente 2 a 4 citas para todo el personal de anestesiología con los mismos.

El modelo biopsicosocial del estrés:

El término estrés se entiende como un proceso dinámico complejo desencadenado por la percepción de amenaza para la integridad del individuo y para la calidad de sus relaciones significativas, que tiene por objeto recuperar el equilibrio homeostático perdido, posibilitar el desarrollo de competencia individual y mejorar la calidad de la adaptación al medio.

Las situaciones estresantes que no se resuelven eficazmente producen amenaza de pérdida de control de persona (angustia), y la aparición de conductas repetitivas y ritualizadas como estrategias de afrontamiento disfuncionales que tratan ilusoriamente de aumentar la autoeficacia, disminuir sin desarrollar unos mecanismos adaptativos eficaces.

El trabajo realizado en el intento adaptativo conlleva a cierto gasto de energía que se experimenta como desgaste o fatiga psicobiológica, junto con la satisfacción por el aprendizaje y el desarrollo personal conseguido. Las distintas estrategias de afrontamiento puede producir, también efectos nocivos sobre la salud, bien de forma directa (como el aumento de la tensión arterial y la frecuencia cardiaca, y la retención de líquidos), o bien de forma indirecta (por fumar tabaco, comer y beber en exceso, adicción a drogas, etc). Esto sucede, sobre todo, en personas con determinadas características de personalidad, como las que son ambiciosas, competitivas, impacientes, y hostiles (conducta tipo A que describieron Friedman y Rosenman en 1959), que intentan ejecutar las tareas más difíciles, y que requieren alto esfuerzo para lograrlo. (5)

Síndrome de Burnout o de desgaste profesional:

Se trata de un síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberger, psiquiatra que junto con otros asistentes voluntarios trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva Cork. Observó que hacia el año de empezar a trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación para el trabajo. Freudenberger describió cómo estas personas iban modificando su conducta y se volvían poco sensibles, nada comprensivas e, incluso, agresivas con los pacientes. (6)

2.- Hipótesis:

- 1.-La especialidad de anestesiología es un factor asociado al aumento de la incidencia de depresión.
- 2.-La depresión se asocia proporcionalmente a los años de ejercicio de la profesión de anestesiología desde su formación e inversamente proporcional a la actividad social, cultural y deportiva.

3.- Objetivos:

3.1 Objetivo (s) general

Identificar factores asociados a depresión en la formación académica y profesional del anestesiólogo.

3.2 Objetivos específicos:

- 1.- Identificar factores asociados a depresión en la formación y el ejercicio de la profesión del anestesiólogo.
- 2.-Conocer la prevalencia de la depresión en la muestra de los anestesiólogos estudiada.

4.- Material y método:

4.1 Descripción general del estudio.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, exploratorio, abierto, en el mes de agosto y septiembre del 2004, donde se aplicó una encuesta a anestesiólogos residentes, y a médicos anestesiólogos en el ejercicio de la profesión de los hospitales del ISSSTE: Hospital General López Mateos, del Hospital General “Dr. Darío Fernández Fierro”, del Hospital General Ignacio Zaragoza, del Hospital General Fernando Quiroz, del Hospital 20 de Noviembre; de la SSA : Hospital General de México, Instituto nacional de Pediatría, y otros. Se recolectaron 100 encuestas mismas que se vaciaron en la cedula de recolección de datos. Se incluyeron anestesiólogos ejerciendo la profesión así como residentes de anestesiología en formación

4.2 Grupos de estudio.

-Categorías dentro de la anestesiología:

A) RESIDENTES:

+residentes del primer año	R1
+residentes del segundo año	R2
+residentes del tercer año	R3
+residente de subespecialidad 1er año	R4
+residente de subespecialidad 2o año	R5

B) MEDICOS ANESTESIOLOGOS

- +0 a 4 años de ejercicio de la profesión o subespecialidad
- +5 años o más de ejercicio de la profesión o subespecialidad

4.3 Criterios de inclusión.

Residentes de anestesiología en formación o en el ejercicio de la profesión de la anestesiología que contesten al 100% la encuesta.

4.4 Criterios de exclusión.

Médicos anestesiólogos fuera del ejercicio de la profesión o que ocupen algún cargo administrativo y no ejerzan directamente la anestesiología en quirófano.

Aquellos que no contesten al 100% la encuesta es decir que tachen dos o más respuestas en donde solo se requiere una, así como en los que no contesten todas las preguntas que se le realizan

4.5 Criterios de eliminación.

Aquellos que contesten en forma ambigua la encuesta

4.6 Diseño de la maniobra:

A cada anestesiólogo o residente se le aplicará la siguiente encuesta:

a) Este es un cuestionario que pretende investigar la forma en que usted piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales usted puede estar en acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación encontrará unos recuadros. Usted deberá marcar la opción que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como

REALMENTE SIENTE acerca de la afirmación y no como usted cree que DEBERIA SENTIR.

	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
1. ME SIENTO ABATIDO, DESANIMADO Y TRISTE				
2.POR LA MAÑANA ES CUANDO MEJOR ME SIENTO				
3.TENGO ATAQUES DE LLANTO O DESEOS DE LLORAR				
4.TENGO PROBLEMAS DE SUEÑO DURANTE LA NOCHE				
5.COMO IGUAL QUE ANTES				
6.DISFRUTO AL MIRAR, CONVERSAR Y ESTAR CON MUJERES ///HOMBRES ATRACTIVOS				
7.NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO				
8.TENGO PROBLEMAS DE EXTREÑIMIENTO				
9.MI CORAZÓN LATE MAS RAPIDO DE LO ACOSTUMBRADO				
10.ME CANSO SIN MOTIVO				
11.MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO SIEMPRE				
12.ME RESULTA FACIL HACER TODO LO QUE SOLIA HACER				
13.ME ENCUENTRO INTANQUILO Y NO PUEDO ESTARME QUIETO				
14.TENGO ESPERANZAS EN EL FUTURO				
15.SOY MAS IRRITABLE QUE DE COSTUMBRE				
16.TOMO LAS DECSIONES FACILMENTE				
17.SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO				
18.SIENTO QUE MI VIDA ESTA LLENA				
19.SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARIAN MEJOR SIN MI, SI ESTUVIESE MUERTO.				
20.SIGO DISFRUTANDO CON LO QUE HACIA				

(6) , (7) y (8)

NOTA: esta escala para medir depresión denominada escala de autoevaluación de Zung: Fue en 1964 cuando Zung y Durham realizaron una investigación de la depresión, y en 1965 publicaron los resultados (5) En el proyecto deberían de correlacionar la presencia o severidad del trastorno depresivo con otros parámetros, como la facilidad para despertar del sueño y los cambios que se lograban con el tratamiento. Zung y Dirham se dieron cuenta de que las escalas existentes eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho

tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicomotores y , por otra parte ,no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la

interpretación personal del entrevistador. Por lo tanto, Zung y Dirham decidieron elaborar un escala que reuniera los siguientes requisitos:

- que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depresión,
- que incluyera, por tanto, los síntomas más representativos de depresión,
- que fuera breve y sencilla
- De aplicación más cuantitativa.
- Que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa.

Con tal finalidad, consideraron que deberían incluir:

I. Talante bajo:

- A. Deprimido triste.
- B. Accesos de llanto

II. Equivalentes fisiológicos :

A. Alteraciones de los hábitos:

1. Variación diurna; exageración de los síntomas en la mañana y alivio parcial en el transcurso del día
2. Despertar del sueño temprano y frecuente.
3. Perdida del apetito.
4. Pérdida de peso.
5. Disminución de la Libido.

B. Otras alteraciones:

1. Constipación.
2. Taquicardia
3. Fatiga.

III. Equivalentes psicológicos:

A. Actividades psicomotoras:

1. Agitación.
2. Lentificación

B. Ideacionales:

1. Confusión.
2. Sensación de vacío.
3. Desesperanza.
4. Indecisión.
5. Irritabilidad.
6. Insatisfacción.
7. Devaluación personal.
8. Ideación suicida

Una vez definidas las áreas por investigar, se elaboraron 20 reactivos que se referían a las mismas, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente pudiera encontrar una tendencia en el estudio; los ítems seleccionados y la correlación con el síntoma por investigar se describen en la siguiente tabla:

SÍNTOMAS DE LOS DESÓRDENES DEPRESIVOS	TEMAS DE LA ESCALA	NUMERO DEL TEMA
I. AFECTIVOS PERSISTENTES:		
Deprimido, triste y melancólico.	Me siento abatido y melancólico	(1)
Accesos de llanto	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar	(3)
II. EQUIVALENTES FISIOLÓGICOS		
Variación diurna: exageración de los síntomas en la mañana y algún alivio conforme avanza el día.	En la mañana me siento <i>mejor</i>	(2)
Sueño: despertar temprano o frecuente.	Me cuesta trabajo dormirme en la noche	(4)
Apetito: disminución en la ingestión de alimentos	<i>Como igual</i> que antes solía hacerlo	(5)
Pérdida de peso: asociada con la ingestión disminuida de alimentos, o metabolismo aumentado y reposo disminuido	Noto que estoy perdiendo peso	(7)
Sexuales: líbido disminuida	<i>Todavía</i> disfruto de las relaciones sexuales	(6)
Gastrointestinales: constipación	Tengo molestias de constipación	(8)
Cardiovasculares: taquicardia	El corazón me late más aprisa que de costumbre	(9)
Musculoesqueléticas: fatiga	Me canso sin hacer nada	(10)

III.EQUIVALENTES PSICOLOGICOS		
Agitación psicomotora	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	(13)
Retardo psicomotor	Me resulta <i>fácil</i> hacer las cosas que acostumbro	(12)
Confusión	Tengo la mente <i>tan clara como antes</i>	(11)
Vacuidad	Mi vida tiene bastante <i>interés</i>	(18)
Desesperanza	Tengo <i>esperanza</i> en el futuro	(14)
Indecisión	Me resulta <i>fácil</i> tomar decisiones	(16)
Irritabilidad	Estoy más irritable de lo usual	(15)
Insatisfacción	<i>Todavía disfruto</i> con las mismas cosas	(20)
Devaluación personal	Siento soy <i>útil y necesario</i>	(17)
Rumiación suicida	Creo que si muriera les haría un favor a los demás	(19)

Los enunciados están redactados en un lenguaje común, aunque el orden de los mismos no coincide con las áreas correspondientes. En los planteamientos negativos, las palabras en letra cursiva, destacan el elemento que no corresponde a la realidad clínica del paciente.

Para la cuantificación del síntoma se plantearon cuatro categorías en la presentación del mismo correspondiendo a NADA O POCAS VECES, ALGUNAS VECES, MUCHAS VECES, y LA MAYORIA DE LAS VECES, calificando con un valor de 1,2,3,y4 en orden variable según la pregunta esté formulada en sentido positivo o negativo.

Para la aplicación de esta prueba se le da al paciente la lista de declaraciones, y se le pide que ponga una marca en el recuadro correspondiente a lo que sienta.

Se califica de acuerdo al puntaje de 1 a 4 con la tabla que mas adelante mostramos. El puntaje total se convierte a puntaje SDS (self-rating depresión scale) y de acuerdo al resultado se compara en la tabla para decir si hay depresión o no y que grado de depresión encontramos en la persona encuestada.

Tabla para calificar el test de Zung:

1	1	2	3	4	
2	4	3	2	1	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	4	3	2	1	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	
11	4	3	2	1	
12	4	3	2	1	
13	1	2	3	4	
14	4	3	2	1	
15	1	2	3	4	
16	4	3	2	1	
17	4	3	2	1	
18	4	3	2	1	
19	1	2	3	4	
20	4	3	2	1	
				Punt.bruta	
				Indice SDS	

(6), (7), y (8).

Los datos obtenidos por la escala en puntuación bruta se transformaron mediante la escala de puntuación SDS:

| Punt. Índice
Bruta SDS |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 20 25 | 32 40 | 44 55 | 56 70 | 68 85 |
| 21 26 | 33 41 | 45 56 | 57 71 | 69 86 |
| 22 28 | 34 43 | 46 58 | 58 73 | 70 88 |
| 23 29 | 35 44 | 47 59 | 59 74 | 71 89 |
| 24 30 | 36 45 | 48 60 | 60 75 | 72 90 |
| 25 31 | 37 46 | 49 61 | 61 76 | 73 91 |
| 26 33 | 38 48 | 50 63 | 62 78 | 74 92 |
| 27 34 | 39 49 | 51 64 | 63 79 | 75 94 |
| 28 35 | 40 50 | 52 65 | 64 80 | 76 95 |
| 29 36 | 41 51 | 53 66 | 65 81 | 77 96 |
| 30 38 | 42 53 | 54 68 | 66 83 | 78 98 |
| 31 39 | 43 54 | 55 69 | 67 84 | 79 99
80 100 |

(6), (7), y (8)

Una vez establecido el resultado el índice SDS se compara en la siguiente tabla para poder determinar el rubro en el cual se encuentre el anestesiólogo:

Índice SDS	Impresiones Clínicas Equivalentes Globales
Debajo de 50	Dentro de lo normal, sin patología
50 a 59	Presencia de depresión mínima o ligera
60 a 69	Presencia de depresión moderada o marcada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

(6), (7), y (8)

A demás se aplicó el siguiente cuestionario para determinar factores asociados a depresión en el personal de especialistas y residentes de anestesiología:

b) Edad: ___ años

c) Sexo: Masculino ___ Femenino ___

d) Numero de integrantes de tu familia: _____

e) Lugar que ocupas entre tus hermanos: _____

f) Estado civil: soltero ___
Casado ___ unión libre ___ divorciado ___
Si ha sido divorciado numero de divorcios ___

g) Vivo con: solo ___ hermanos ___ padres ___ padres y hermanos ___ pareja
___ hijos ___ pareja e hijos ___ amistad ___ otros ___

h) Actualmente soy anestesiólogo: R1 ___ R2 ___ R3 ___
Estoy en la subespecialidad primer año ___ segundo año ___
Soy especialista 0-4 años ___ más de 5 años ___
Soy subespecialista 0-4 años ___ más de 5 años ___

i) Tipo de guardias actual:
AB ___ ABC ___ ABCD ___ ABCDE...Z ___ No hago guardias ___

j) Duración de las guardias: 6-12 h ___ 13-24h ___ 25- 36h ___ 37 y más ___

k) En los días de guardia; tiempo dedicado a:
Sueño: 0-2 h ___ 3-5h ___ 6 a 8 h ___ 8 o más h ___
Trabajo: 0-2 h ___ 3-5h ___ 6 a 8 h ___ 8 o más h ___
Estudio: 0-2 h ___ 3-5h ___ 6 a 8 h ___ 8 o más h ___

l) Cuantas veces como en día de guardia:
1 al día ___ 2 al día ___ 3 al día ___ más de 3 al día ___

m) Utilizo para no dormir:
nicotina ___ cafeína ___ nicotina y cafeína ___ anfetaminas ___ otros ___
No uso ___

n) Día sin guardia tiempo dedicado a:
Sueño: 0-2 h ___ 3-5h ___ 6 a 8 h ___ 8 o más h ___
Trabajo: 0-2 h ___ 3-5h ___ 6 a 8 h ___ 8 o más h ___
Estudio: 0-2 h ___ 3-5h ___ 6 a 8 h ___ 8 o más h ___

ñ) Horas a la semana que le dedicas a:

-deporte: 1-2 h ____ 3-5h ____ 6 a 8 h ____ 8 o más h ____ no hago ____

-actividades culturales 1-2 h ____ 3-5h ____ 6 a 8 h ____ 8 o más h ____ no hago ____

-bares/antros: 1-2 h ____ 3-5hs ____ 6 a 8 h ____ 8 o más h ____ no hago ____

o) En que porcentaje estas involucrado con tu familia:

0 % ____ 30% ____ 60% ____ 90% ____ 100% ____

p) Número de veces que presentó el examen nacional de residencias médicas (ENRM): ____

q) Horas aproximadas de exposición a halogenados a la semana:

r) Lugar donde realizó o realiza la residencia:

R1 _____

R2 _____

R3 _____

Subespecialidad _____

y lugar donde realiza o realizó la misma

s) Lugares donde trabaja actualmente:

t) Ser anestesiólogo cubre sus expectativas como médico: Si: ____, no ____, no se ____.

4.7 Métodos matemáticos para el análisis de los datos.

Para llevar a cabo el análisis estadístico se determinará la Chi- cuadrada

5.- Recursos:

5.1 Humanos:

El personal administrativo relacionado al manejo del expediente clínico y el personal médico a cargo del estudio y de los pacientes incluidos en el mismo.

Dr. José Ramón Flores Martínez Investigador, encuestador, médico residente del tercer año de la especialidad de anestesiología del Hospital General Darío Fernández Fierro.

Dra. Yamel Fuentes Fernández : Investigador, encuestador, asesor de tesis, medico de base de anestesiología del Hospital General Darío Fernández Fierro.

Dr. Roberto Cruz Ponce: asesor y revisor de tesis, jefe del servicio de enseñanza del Hospital General Darío Fernández Fierro.

Lic. Kanoko Margarita Kahijara Cruz . Psicologa. Encargada de comentarios de apoyo psicológico y asesor de tesis, colaboración en el planteamiento del cuestionario.

5.2 Físicos:

Material de papelería:

Plumas
Hojas
Copias

5.3 Financiamiento:

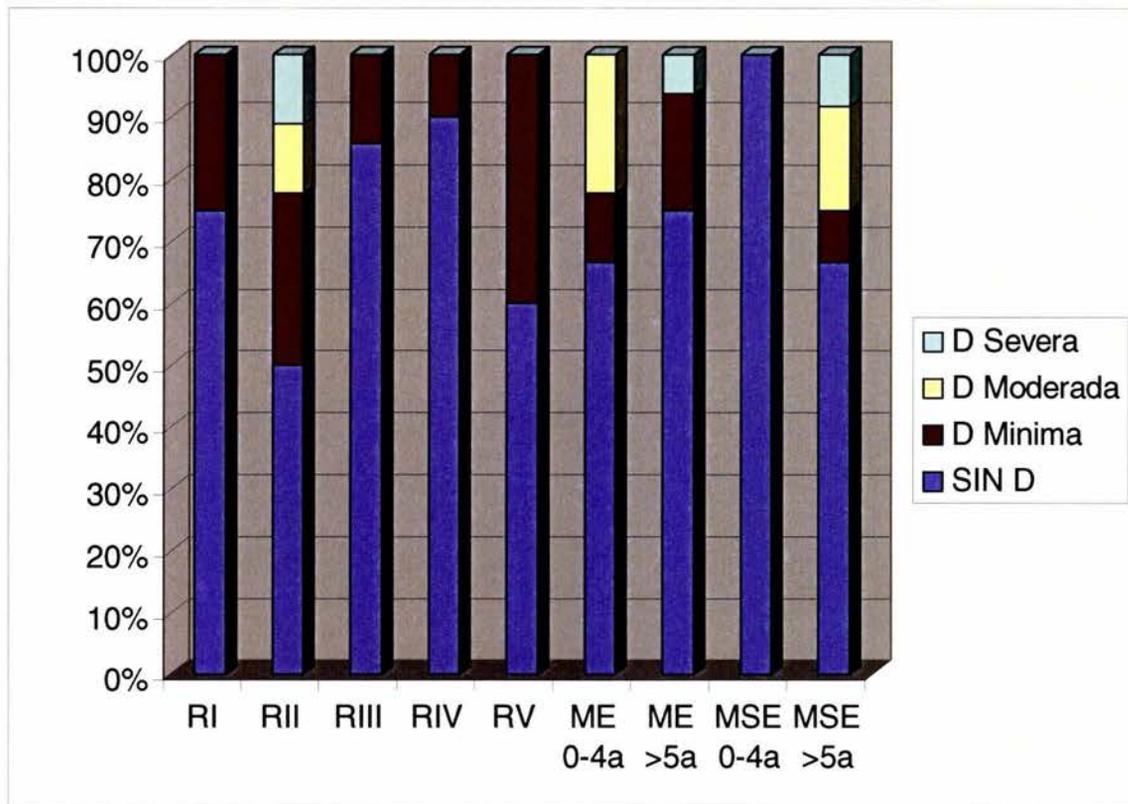
5.3.1. Costo de la investigación: \$3,000.00MN

5.3.2 Sin patrocinios.

6.- Resultados.

Gráfica 1

*Categoría de Anestesiólogo * Depresión*



Gráfica 1. En cuanto a este gráfico observamos que en nuestro estudio tenemos una mayor frecuencia de médicos sin depresión en el rubro de “médicos subespecialistas de más de 0 a 4 años de ejercer la especialidad”, y con la menor frecuencia de médicos sin depresión en el rubro de “médicos R II”. Los que tuvieron depresión severa fueron médicos residentes del segundo año y médicos subespecialistas de más de 5 años de ejercer la subespecialidad.

Tabla 1

*Categoría de Anestesiólogo * Depresión*

Categoría	Normal	Depresión			Total
		Mínima	Moderada	Severa	
RI	6	2			8
RII	9	5	2	2	18
RIII	6	1			7
RIV	9	1			10
RV	3	2			5
Médico Especialista 0-5 años	6	1	2		9
Médico Especialista más de 5 años	12	3		1	16
Subespecialista 0'-5 años	3				3
Subespecialista más de 5 años	16	2	4	2	24
Total	70	17	8	5	100

Prueba Chi-Cuadrada

	Valor	grados de libertad	Significancia a dos colas
Chi-Cuadrada	20.325	24	0.678

Tabla 1.No se encuentra asociación alguna entre la categoría de anestesiólogos y la presencia de depresión (p=0.678)

Tabla 2

*Sexo * Depresión*

			De- presión			Total
		Normal	Mínima	Modera da	Severa	
Sexo	Mascu- li no	35	10	2		47
	Femenin- o	35	7	6	5	53
Total		70	17	8	5	100

Prueba Chi-Cuadrada

	Valor	grados de libertad	Significancia a dos colas
Chi- Cuadrada	7.195	3	0.066
N Casos	100		

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la presencia de depresión en anesthesiólogos.

Tabla 3

*Estado Civil * Depresión*

		Depresión				Total
		Normal	Mínima	Moderada	Severa	
Estado Civil	Soltero	29	6	4	2	41
	Casado	30	8	2	2	42
	Unión Libre	5	1	1		7
	Divorciado	6	2	1	1	10
Total		70	17	8	5	100

Prueba Chi-Cuadrada

	valor	grados de libertad	Sitnificancia a dos colas
Chi-Cuadrada	2.442	9	0.982
N Casos	100		

Tabla 3. Los datos obtenidos en nuestro estudio muestran que no hay asociación alguna estadísticamente significativa que correlacione el estado civil con la depresión. ($p=0.982$)

Tabla 4*Tipo de Guardias * Depresión*

		Depresión				Total
		Normal	Mínima	Moderada	Severa	
Tipo de Guardias	AB	5	1			6
	ABC	18	6	3	3	30
	ABCD	20	5	1		26
	No hace guardias	27	5	4	2	38
Total		70	17	8	5	100

Chi-Cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Significancia a dos colas
Chi-Cuadrada	5.929	9	0.747
N Casos	100		

En los datos obtenidos parece no haber una asociación entre la frecuencia de las guardias y la presencia de depresión.

Tabla 5

*Horas por semana de exposición a Halogenados *
Depresión*

			Depresión			Total
		Normal	Mínima	Moderada	Severa	
Horas por semana de exposición a Halogenados	0 a 19 h	29	5	5	1	40
	20-39 h	13	2	1	1	17
	40 a-59h	12	5		2	19
	60-79 h	6	2	2		10
	80h y más	10	3		1	14
Total		70	17	8	5	100

Prueba Chi-Cuadrada

	Valor	grados de libertad	Significancia a dos colas
Chi-Cuadrada	10.210	12	0.598
N Casos	100		

De acuerdo a esta tabla y a su análisis estadístico encontramos que en nuestro estudio NO hay asociación estadísticamente significativa alguna en la que relacione el tiempo de exposición a halogenados con la depresión.

Tabla 6

Horas de actividades culturales por semana vs. Depresión.

	Depresión				Total	
	Normal	Mínima	Moderada	Severa		
Horas de actividades culturales por semana	1-2 h	41	7	5	2	55
	3-5 h	18	5	3		26
	6-8 h	6	2			8
	8 y más	1	1			2
	No realiza	4	2		3	9
Total	70	17	8	5	100	

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Significancia a dos colas
Chi-Cuadrada	22.004	12	0.037
N Casos	100		

Al menos para la muestra estudiada parece haber una asociación estadísticamente significativa entre las horas dedicadas ala actividad cultural y la presencia de depresión $p=0.037(<0.05$ y $>0.001)$.

Tabla 7

Porcentaje en el que estima estar involucrado con su familia vs. depresión

			Depresión			Total
		Normal	Mínima	Moderada	Severa	
Porcentaje en	hasta el 30%	6	3	2	3	14
el que estima estar involucrado con su familia	31-60%	12	7	5	2	26
	61 a 90%	30	3	1		34
	91-100%	22	4			26
Total		70	17	8	5	100

Prueba de Chi-Cuadrada

	Valor	grados de libertad	Significancia a dos colas
Chi-Cuadrada	27.931	9	0.0009

De acuerdo al análisis estadístico de los datos obtenidos con el test encontramos que parece haber una asociación estadísticamente significativa entre el porcentaje que estiman los anestesiólogos de estar involucrados con la familia y el grado de depresión ($p=0.0009$ y es menor a 0.001).

Tabla 8

Drogas para No dormir vs. Depresión

		Depresión				Total
		Normal	Mínima	Moderada	Severa	
Drogas para No dormir	Nicotina				1	1
	Cafeína	9	6	2		17
	Otras		1		1	2
	No usa	59	10	6	1	76
	Cafeína y Nicotina	2			2	4
Total		70	17	8	5	100

Prueba Chi-cuadrada

	Valor	Grados de libertad	Significancia a dos colas
Chi-Cuadrada	55.931	12	.0001

Dentro de la población encuestada parece haber una asociación estadísticamente significativa entre utilizar drogas para no dormir y la presencia de depresión.

7.- Conclusiones

7.1 CONCLUSIONES MEDICO-ANESTESIOLOGICAS:

De acuerdo a los resultados obtenidos por nuestro estudio parece haber menor tendencia a la depresión a medida que el anestesiólogo se siente más involucrado con su familia ($p < 0.001$).

Además nuestro estudio parece sugerir que entre más horas dediquen los anestesiólogos a actividades culturales por semana, presentaran menor tendencia a la depresión ($p > 0.05$).

Finalmente la muestra estudiada sugiere que existe una relación entre utilizar drogas para no dormir y la presencia de depresión ($p < 0.001$).

7.2 CONCLUSIONES PSICOLOGICAS:

Una vez analizados los resultados obtenidos por la prueba de Chi cuadrada que son estadísticamente significativos, se puede observar que los médicos anestesiólogos sufren de un alto porcentaje de depresión, sin embargo, a simple vista pensaríamos que es a consecuencia de todos los factores que con anterioridad se describen; pero no es así, puesto que los cambios en el pensamiento, la conducta y la personalidad del adulto son menos el resultado de la edad cronológica o de transformaciones biológicas que de los acontecimientos y las fuerzas personales, sociales y culturales. Los hitos sociales y las exigencias culturales del adulto, han de ampliar las pautas de comportamiento establecidos en los años anteriores de vida y reclaman la creación de otras nuevas., puesto que hay que tomar decisiones y resolver problemas. Ya que la sola habilidad de responder al cambio y adaptarse con éxito a las nuevas condiciones es una señal de madurez, puesto que la solución favorable de las contradicciones y dificultades es la base de la actividad adulta.

El desarrollo del adulto, esta marcado por hitos sociales determinados por una cultura y por las funciones y relaciones que forman parte de los ciclos familiares y profesionales, como lo son los médicos en donde el crecimiento del conocimiento, habilidades, demandas y experiencia recibe un flujo que se proyectara en el desenvolvimiento laboral e individual.

El medico, en muchas ocasiones, por las demandas laborales que implica el trabajo hospitalario, carece de tiempo para planear su vida, dejando o abandonando apoyos sociales externos al ámbito medico, significados culturales, y todo ello será asociado a tensiones agudas y externas que se manifestara en una tendencia a la depresión, estrés pero sobre todo en una necesidad de reorganizar profundamente su vida. Esto posiblemente se deba a que su reloj biológico, entendido como el cronometro interno que mide el desarrollo de uno en términos de los acontecimientos sociales claves, se encontrara en desventaja por la misma

demanda que el oficio de un medico anestesiólogo le implique, puesto que dejara “su vida” por la atención hacia el “otro” es decir, su paciente.

Lo anterior, se asociara a un “abandono” de su familia, a un abandono con su entorno social y sobre todo, a un abandono consigo mismo, generándole sentimientos de minusvalía, desesperanza, insatisfacción, devaluación, entre otras como bien se menciona.

Sin embargo, estadísticamente observamos que es la mujer la que posiblemente pasa por estados depresivos mayores y esto se deba quizá a una tendencia a no haberse realizado como “socialmente y en cuestiones de genero” una mujer debería de haberlo hecho para la edad, como lo es el haberse casado, el haber formado un hogar, el ser madre, etc. Que le generaran en comparación con las “otras” una desventaja en su ciclo vital.

En contraposición, se ve un grado de mayor tendencia depresiva en médicos casados, modificándose la visión, de “no poder” compartir mayor tiempo con sus seres queridos, causándole un sentimiento de culpa por lo que significa “perderse” de eventos importantes por el trabajo hospitalario. Que es sublimado por los números obtenidos de la investigación en donde se demuestra que aparentemente, ante los ojos del médicos, se encuentran involucrado con su familia, puesto que desde su visión, para ellos es un tiempo “justo” de convivencia, pero que si lo volteáramos desde la visión de su entorno, seria totalmente lo inverso; es decir, la familia y amigos, dirían que el medico anestesiólogo es alguien a quien no se le ve y que se encuentra totalmente aislado en su vida de guardias dejando la convivencia cotidiana.

Con los primeros resultados obtenidos como son el tiempo dedicado a actividades culturales, se puede observar que el individuo disminuye estadísticamente significativamente la incidencia de depresión relacionado con las horas de diversión cultural siendo esta actividad muy importante en la sociedad, misma que por la falta de tiempo en el anestesiólogo debería dar más importancia para disminuir la incidencia de depresión

Por lo que revisando cautelosamente la investigación, desde un punto de vista psicológico, se podría sugerir, un grupo de contención por lo menos una vez al mes con el mismo personal. Es decir, grupos de apoyo en donde se deje la vida del medico afuera del espacio y se comparta con el grupo la vivencia desde ellos como individuos, como miembros de la familia y sobre todo, como seres que viven en un entorno social que “ante los demás” esta carente de tiempo, afecto y sobre todo, de visión interna.

La finalidad del grupo o espacio de contención, será hacer una reflexión de cómo se viven ellos (como médicos anestesiólogos) por una parte; pero también y la mas importante poder darse cuenta que los “problemas” que aparentemente se tiene, se comparten con los demás, puesto que las demandas externas serán las mismas en todos. Concluyendo, que la depresión en muchos momentos es provocada por el aislamiento con el cada uno como medico se vive y no por el tiempo o no dedicado a los demás.

Bibliografía

- (1) Ralph Lydic, Ph.D. "Fact and Fantasy about Sleep and Anesthesiology", 2002 Anesthesiology 2002; 97: 1050-1051.
- (2) Sonia Aurora Gallardo Candelas, et al. "Factores que influyen en la elección del médico para realizar la especialidad de anestesiología", Anestesia Mexicana 1998; 10 (4): 126-131.
- (3) María De los Ángeles Mares Robles, Mario Vidal Pineda Díaz, MA del Pilar González Guzmán, "Mortalidad y enfermedades profesionales en el anesthesiólogo" Anestesia Mexicana 1997; 9 (6): 189-195.
- (4) http://www.psicoplanet.com/temas/tema11_contenido.htm
- (5) JC Mingote Adán, F. Pérez Corral. "El estrés del médico" Manual de autoayuda, Ediciones Diaz de Sanros S.A. 1999.
- (6) Freudenberger HJ Staff Burnout. J Soc Iss, 1974; 30:159-165.
- (7) W.W.K. Zung, (1965), <<A self-rating depression scale>>, Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.
- (8) W.W.K. Zung, (1967), <<Factors influencing the self-rating depression scale>>, Archives of General Psychiatry, 16, 543-547.
- (9) W.W.K. Zung y Wonnacott, T.H. (1970), <<Treatment prediction in depression using a self-rating scale>>, Biological Psychiatry, 2, 321-329.
- (10) Calderón Narváez Guillermo "Depresión, sufrimiento, liberación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento" Ed. Edamex. México 1997
- (11) Calderón Narváez Guillermo "Depresión" Ed. Trillas . México 1990 pp 87-112
- (12) Sabanes Francisco "La depresión" Ed. Diana 1993

(13) Ross J Baldessarini, "Las bases biomédicas de la depresión y su tratamiento" Ed. La prensa médica mexicana. México 1986

(14) Benker O. "Reconocimiento del síndrome depresivo como base para el diagnóstico y el tratamiento" Ed. Hoeschst. Munchen Alemania 1981

(15) Charles G. Costello "Symptoms of depression" Ed. Wiley Interscience Publication. 1993 pp 243-302

(16) T. Byram Karasu, MD, presidente. "Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor" 2ª ed. Editorial Ars Médica, 2001 Mexico

(17) Asociación Mexicana de Psiquiatría "Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) Ed. Masson 1995 Barcelona.

(18) Bellak, L. "TAT, CAT y SAT uso clínico" 3ª ed Ed. Manual Moderno, México 1996 .

(19) Burns, D.D. "Sentirse bien: una nueva fórmula contra las depresiones", Ed: Piados, México 1991.