

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR

“DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES
DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL“

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTA
DRA. ANABEL CRUZ DE LA TORRE

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

DIRECTORA DE TESIS.
DRA. CONSUELO GONZALEZ SALINAS

2007



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.

**DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL**

Presenta:

Dra. Anabel Cruz De La Torre

Para obtener diploma de especialista en
Medicina Familiar

AUTORIZACIONES

Dra. Consuelo González Salinas

Profesora titular del curso de especialización en
Medicina Familiar
Coordinadora de Enseñanza e Investigación
Centro de Salud TIII A "Dr. José Castro Villagrana"
Servicios de Salud Pública
Secretaría de Salud del Distrito Federal

**DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL**

Presenta:

Dra. Anabel Cruz De La Torre

Para obtener diploma de especialista en
Medicina Familiar

AUTORIDADES DEL CENTRO DE SALUD TIII A
"DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA"

SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

Dr. David Romero Rivera

Director del Centro de Salud TIII A
"Dr. José Castro Villagrana"

Dra. Consuelo González Salinas

Profesora titular del curso de especialización en
Medicina Familiar
Coordinadora de Enseñanza e Investigación
Centro de salud TIII A "Dr. José Castro Villagrana"

**DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL**

Presenta:

Dra. Anabel Cruz De La Torre

Para obtener diploma de especialista en
Medicina Familiar

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
UNAM

Dr. Felipe de Jesus Garcia Pedroza

Coordinador de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
UNAM

Dr. Isaias Hernandez Torres

Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
UNAM

AGRADECIMIENTOS

A mis amados hijos, que son mi inspiración.

A mi esposo, que en todo momento esta conmigo.

A mis padres, por todos sus sacrificios.

A mis hermanos, por su apoyo incondicional.

A mi titular de curso y asesora Dra. Consuelo González Salinas, por todo su apoyo, paciencia, y comprensión, durante 3 años.

A mi profesora de Terapia Familiar Dra. Catalina Monrroy por las facilidades brindadas, para la realización de esta tesis.

A los titulares de curso y jefes de enseñanza de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, que me permitieron realizar el trabajo de campo, de esta investigación.

A mis compañeros residentes por su participación.

INDICE.

1. MARCO TEORICO.....	1
1.1 DEFINICION.....	1
1.2 EPIDEMIOLOGIA.....	1
1.3 ETIOLOGIA.....	3
1.4 CLASIFICACION.....	7
1.5 CUADRO CLINICO.....	8
1.6 DIAGNOSTICO.....	12
1.7 TRATAMIENTO.....	14
1.8 DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES.....	17
1.9 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
1.10JUSTIFICACION.....	19
1.11OBJETIVOS.....	20
1.11.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
1.11.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	20
2. MATERIAL Y METODOS.....	22
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	22
2.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	22
2.3 MUESTRA.....	22
2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
2.5 VARIABLES.....	23
2.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	25
2.7 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS.....	25
2.8 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FISICOS.....	26
2.9 CONSIDERACIONES ETICAS.....	27
3 RESULTADOS.....	28
4 DISCUSION.....	42
5 CONCLUSIONES.....	44
6 BIBLIOGRAFIA.....	45
7 ANEXOS.....	48

DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL.

RESUMEN

INTRODUCCION: Depresión, deriva del latín *depressus* significa abatido, derribado. Se trata de una enfermedad psiquiátrica persistente y progresiva que perjudica la vida diaria, afectando pensamientos, sentimientos, salud física, y forma de comportarse de quien la padece, se caracteriza por un sentimiento de tristeza intenso. Una de cada cinco personas presentara depresión durante su vida, aumenta con situaciones de estrés. Mas frecuente en mujeres presenta una proporción de 2/1 con respecto a los hombres, se puede presentar a cualquier edad pero representa con más frecuencia, entre los 25 y 44 años. Esta involucrada en la mayor parte de suicidios. Estudios hechos a médicos residentes mexicanos encontraron, 16% y en otro un 47% de depresión.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de depresión y características sociodemográficas de los residentes de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, consistió en la aplicación de escala de depresión de Zung a médicos residentes de entrada directa, de todos los grados, de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, en el ciclo escolar 2006 - 2007, además se obtuvieron datos sociodemográficos. Análisis estadístico descriptivo con programa SPSS 14.0

RESULTADOS: De 344 residentes encuestados, 312 resolvieron la encuesta satisfactoriamente, 145 fueron mujeres (46.5%) y 167 fueron hombres, con una media de edad de 28.1 años. En cuanto al estado civil se encontraron; casados 79 (25.3%), solteros 222 (71.2%) y en unión libre 11 (3.5%). Del total de residentes encuestados 103 (33 %) de los residentes presento algún grado de depresión, mas vulnerables los residentes de Anestesiología con 18 casos (43.9%) con algún grado de depresión, en el segundo grado fue en donde se presentaron más casos 33 (37.4%) del total de deprimidos. Los hombres presentaron mas casos 61 (36.5%). En los solteros se presentó en 80 casos (36%) de los deprimidos.

DISCUSION: Una tercera parte de los residentes de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, presento algún grado de depresión, un 17.9% con depresión leve, un 11.9 con depresión moderada y 3.2% con depresión severa. Estudios realizados en el 2005 a médicos residentes en el Hospital General de México y Hospital Juárez de México ya se reporta un 47.5% y 16% de residentes con depresión respectivamente.

CONCLUSIONES: Es importante que se implemente por parte de las instituciones formadoras de médicos especialistas, la detección y tratamiento de depresión, en médicos residentes que la padecen.

Palabras clave: Depresión, Residente, Escala de Zung.

DEPRESSION IN MEDICAL RESIDENTS OF THE SECRETARY OF HEALTH OF THE FEDERAL DISTRICT.

SUMMARY

INTRODUCTION: Depression, derives of Latin depressus it means depressed, demolished. It is a persistent and progressive psychiatric illness that harms the daily life, affecting thoughts, feelings, physical health, and he/she forms of behaving of who suffers it, it is characterized by an intense feeling of sadness. One of each five people presented depression during their life, it increases with estrés situations. But it frequents in women it presents a proportion of 2/1 with regard to the men, you can present to any age but it represents with but frequency, between the 25 and 44 years. This involved in most of suicides. Studies made to medical Mexican residents found, 16% and in other 47 depression%.

OBJECTIVE: To determine the depression frequency and the residents' of the Secretary of Health of the Federal District characteristic sociodemográficas.

MATERIAL AND METHODS: It is a descriptive, traverse study, it consisted on the application of depression scale from Zung to medical residents of entrance directa,de all the grades, of the Secretary of Health of the Federal District, in the school cycle 2006 - 2007, data sociodemográficos were also obtained. Descriptive statistical analysis with program SPSS 14.0

RESULTS: Of 344 interviewed residents, 312 solved the survey satisfactorily, 145 were women (46.5%) and 167 were men, with a stocking of 28.1 year-old age. As for the civil State they were; Married 79 (25.3%), single 222 (71.2%) and in free union 11 (3.5%). Of the total of interviewed residents 103 (33%) of the residents I present some depression grade, but vulnerable the residents of Anesthesiology with 18 cases (43.9%) with some depression grade, in the second grade it was where more cases 33 were presented (37.4%) of the total of depressed. The men presented but cases 61 (36.5%). In the bachelors it was presented in 80 cases (36%) of the depressed ones.

DISCUSSION: A third part of the residents of the Secretary of Health of the Federal District, I present some depression grade, 17.9% with light depression, a 11.9 with moderate depression and 3.2% with severe depression. Studies carried out in the 2005 to medical residents in the General Hospital of Mexico and Hospital Juárez from Mexico are already reported respectively 47.5% and 16% of residents with depression.

CONCLUSIONS: It is important that it is implemented on the part of the institutions formadoras of specialist doctors, the detection and depression treatment, in medical residents that suffer it.

Words key: Depression, Resident, Scale of Zung.

1. MARCO TEORICO

1.1 DEFINICION.

DEPRESION.

Deriva del latín *depressus* significa abatido, derribado. Se trata de una enfermedad psiquiátrica persistente y progresiva que perjudica la vida diaria, afectando pensamientos, sentimientos, salud física, y forma de comportarse de quien la padece, se caracteriza por un sentimiento de tristeza intenso; puede producirse tras una pérdida reciente o un hecho triste pero es desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho y persiste mas allá de un periodo justificado, que altera la capacidad de dar o recibir afecto. (1, 2,3)

1.2 EPIDEMIOLOGIA.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es la principal causa de discapacidad. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando. La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se observa que la depresión afecta cada vez más a los jóvenes. La dependencia del alcohol y de otras sustancias, así como los suicidios son problemas graves y cada vez más difundidos que guardan estrecha relación con la depresión; a nivel mundial, 70 millones de personas sufren trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Cada año se suicidan más de 800.000

personas. Los jóvenes son los que corren mayor riesgo, muchos de los casos de suicidio corresponden a este grupo. (2, 4)

Se estima que en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes, son neuropsiquiátricas (esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo). En la Ciudad de México, solo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada. Según la última encuesta de enfermedades mentales en México (2003), uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, los trastornos individuales más comunes fueron la depresión mayor, la fobia específica, la dependencia al alcohol y la fobia social. Entre los hombres la dependencia al alcohol es el problema más común en tanto que entre las mujeres, la depresión mayor. (2, 5)

Además en México la Secretaría de Salud estima que cerca del 30 por ciento de la población atraviesa, alguna vez, por una depresión leve o aguda. El 10% de la gente que consulta a un médico por un problema aparentemente físico, en realidad tiene depresión. Puede ocurrir a cualquier edad sin embargo es mas frecuente entre los 25 y 44 años de edad. Su relación mujer/hombre es 2/1. El 80 a 90% de los que sufren depresión pueden ser efectivamente tratados. En el año 2000, 6,395 personas requirieron ser hospitalizadas, hasta por 17 días, por depresión (Sistema Nacional de Salud). La depresión subyace en la mayoría de los suicidios, de tal forma que en las últimas dos décadas, el número de suicidios ha aumentado en un 156 por ciento. Entre las principales causas de muerte en México, los suicidios constituyen la octava causa de muerte general y la tercera causa de muerte en el grupo de 15-24 años. (6, 7)

En poblaciones especiales Médicos residentes en estudio realizado con respecto a adicciones depresión y estrés en México en el 2005 mostró un 47.5% de residentes con signos depresivos. Otro estudio realizado en Perú en médicos residentes mostró un 31.5%. (23,24)

1.3 ETIOLOGIA. (2, 8, 9, 10, 11,12, 13)

Las causas de la depresión no se conocen por completo, pero existen factores que pueden predisponer a una persona a sufrir depresión más que a otra.

Es bien aceptado que la depresión es el resultado de la interacción de factores genéticos, biológicos y del entorno, a continuación se mencionan los más frecuentes:

Historia Familiar.

Una historia familiar de enfermedad mental, especialmente trastornos anímicos, tales como el trastorno bipolar, la depresión mayor, y la depresión crónica, parecen predisponer al paciente a desarrollar una depresión. Los hijos de padres depresivos tienen un alto riesgo de depresión y de otros trastornos emocionales.

Herencia genética.

Hay evidencias que relacionan el brazo largo del cromosoma 11q con trastorno afectivo bipolar. El Cromosoma 11 p contiene el gen para la tirosina hidroxilasa (TH) (enzima limitante de la síntesis de catecolaminas) también relacionado con depresión.

Existe una predisposición genética ha experimentar estos trastornos afectivos, ya que el índice de prevalencia entre los familiares de los pacientes es dos o tres veces mayor, especialmente en parientes de primer grado.

La prevalencia de trastornos depresivos es mayor en gemelos homocigóticos que en dizigóticos. "Cada individuo posee un patrón genético, evolutivo, ambiental, social, personal y fisiológico que lo predispone o lo protege frente a la depresión en cualquier momento de su vida".

Secundaria a otras enfermedades.

Entre el 10 y 15 por ciento de las depresiones son provocadas por un problema médico. Condiciones médicas agudas o crónicas: cualquier enfermedad crónica que haga peligrar la vida del paciente (VIH) o que esté fuera del control del sujeto (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico) puede conllevar una depresión.

Enfermedades tiroideas: La enfermedad tiroidea puede causar depresión; puede ser incluso mal diagnosticada como depresión y no ser detectada.

Cefaleas: Un estudio describía que casi la mitad de población con cefaleas tensionales crónicas tenían criterios de ansiedad o de depresión.

Trastornos nutricionales como la anemia perniciosa y la pelagra también se relacionan con depresión, así como enfermedades autoinmunes y cánceres.

Medicamentos.

Algunos medicamentos que se recetan para enfermedades crónicas causan depresión; entre éstos se encuentran los utilizados en artritis, hipertensión arterial (betabloqueadores, metildopa), problemas cardíacos (reserpina), y los broncodilatadores usados para el asma, anticancerosos (vincristina, vinblastina) y otros trastornos pulmonares. Además de anfetaminas, antipsicóticos, cimetidina, anticonceptivos orales, cicloserina, indometacina, mercurio, talio.

Uso de drogas o alcohol.

Enmascaran frecuentemente la depresión, también se señala como factor predisponente de depresión.

Enfermedades mentales.

A veces una situación emocionalmente desagradable (pérdida de un familiar, o un problema de trabajo), pueden desencadenar la depresión o provocar que el paciente no se pueda recuperar completamente, pero en otras ocasiones se presenta incluso cuando todo parece estar bien.

Hay evidencias que sugieren que ciertos estilos de personalidad, incluyendo los que necesitan relaciones estrechas, los que se preocupan mucho de la opinión negativa de ellos que puedan tener los demás, y la necesidad de control, pueden exponer al sujeto a un gran riesgo de depresión, especialmente después de un acontecimiento negativo.

En la misma línea de estos hallazgos, las siguientes alteraciones de la personalidad se han asociado tanto con el primer episodio de depresión como con las recaídas:

- Una persona con una alteración de la personalidad borderline o limítrofe actúa impulsivamente, y tiene una mala auto imagen y relaciones personales inestables. Las personas con depresión mayor y personalidad borderline tienen más probabilidades de planear y de intentar suicidarse que las personas que sólo presentan una de las dos características.

La personalidad esquiva es anormalmente dependiente, y evita a los extraños y las situaciones poco familiares.

Anormalidades de los neurotransmisores.

Se ha demostrado que las personas con depresión, poseen un déficit en la mayoría de los neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina.

Asociada a anomalías en la liberación de ciertos neurotransmisores como la serotonina, acetilcolina y catecolaminas (dopamina, noradrenalina, epinefrina), dichas anomalías asociadas con otros factores como, anomalías estructurales (tumores cerebrales, lesiones craneales, parkinson, accidentes vasculares cerebrales, epilepsia del lóbulo temporal).

Anomalías hormonales.

Las hormonas femeninas, estrógenos y progesterona juegan un papel importante en la depresión, es bien sabido que las mujeres se deprimen con mayor frecuencia, además hormonas adrenales y de crecimiento también están involucradas, en enfermedades como addison, cushing.

Consecuencia de pérdidas emocionales.

Frecuentemente asociada al inicio de la depresión, la pérdida de un ser querido es la principal causa, le sigue separación o divorcio.

Trastornos del sueño.

En el 90% de los pacientes con depresión se presenta insomnio, además de que las personas que tienen patrones de sueño anormales pueden tener elevado riesgo de trastorno anímico.

Entorno social.

Las personas casadas con relaciones afectivas estables tienen menos probabilidades de sufrir depresión. Se presentan menos suicidios en personas que practican alguna religión.

1.4 CLASIFICACION.

Tipos de depresión.

Se han descritos un varios tipos de depresión, sin embargo se describirán los más usados con base a la severidad:

Depresión severa. Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y esta le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

Depresión moderada. Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.

Depresión leve. Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y el realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario. (1,2)

Otra forma de diferenciarlos es la siguiente (DSMIV):

Depresión mayor: se manifiesta por una combinación de síntomas, que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

Distimia: un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Trastorno bipolar: o también llamada enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). (14)

1.5 CUADRO CLINICO. (2, 6, 7, 10.)

Todos los autores consultados coinciden en que la sintomatología que describe el DSMIV, cumple con el cuadro clínico característico de la depresión, por lo que se mencionan a continuación;

Criterios para el episodio depresivo mayor.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas.
 - 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
 - 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso , o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, casi cada día .
 - 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día. 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una

enfermedad médica.

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo. ⁽¹⁴⁾

Criterios para el diagnóstico de Trastorno distímico.

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos 2 años.

B. Presencia, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito

2. Insomnio o hipersomnias

3. Falta de energía o fatiga

4. Baja autoestima

5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

6. Sentimientos de desesperanza

C. No ha habido una ausencia de síntomas durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco.

F. No se superpone a un trastorno psicótico

G. No atribuible a trastornos médico o abuso de sustancias.

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. ⁽¹⁴⁾

Criterios para el diagnóstico de Trastornos bipolares:

Criterios para el episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana.

B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. Autoestima exagerada o grandiosidad

2. Disminución de la necesidad de dormir.

3. Más hablador de lo habitual o verborreico

4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

5. Distrabilidad.

6. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.

7. Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales.

E. Los síntomas no son debidos a efectos de una sustancia o enfermedad médica. (14)

Criterios para el episodio mixto

A. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

- B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás.
- C. Los síntomas no son debidos a efectos de una sustancia o enfermedad médica. (14)

Criterios para el episodio hipomaniáico

- A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas:
 - 1. Autoestima exagerada o grandiosidad
 - 2. Disminución de la necesidad de dormir.
 - 3. Más hablador de lo habitual o verborreico
 - 4. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
 - 5. Distraibilidad.
 - 6. Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora
 - 7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves
- C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.

- E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante.
- F. Los síntomas no son debidos a efectos sustancias o enfermedad. (14)

1.6 DIAGNOSTICO.

La depresión es un trastorno difícil de diagnosticar, por algunas razones, entre las cuales tenemos que las enfermedades psiquiatricas cargan con un estigma, que hace que los pacientes no admitan el padecimiento de dicha enfermedad, y se trate de esconder su sintomatología, por otro lado la depresión puede presentarse con síntomas clásicos como, estado de ánimo deprimido, irritabilidad, ansiedad, o bien pueden presentarse síntomas como dolor, fatiga, insomnio que pueden confundir fácilmente al medico tratante.(2,16,17)

También nos podemos auxiliar con Tests de cribaje que ayudan a determinar el grado de depresión. De los instrumentos mas conocidos se encuentran el, inventario de Depresión de Beck, escala de depresión de Zung y Escala de Puntuación de Hamilton, las primeras dos de autoevaluación, consisten en unas 20 preguntas que evalúan la depresión del sujeto. Sin embargo, es importante destacar que estos tests son limitados. (2)

Escala de depresión de Zung. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). Se interpreta de la siguiente forma.

INTERPRETACION: La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma

de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100. En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada, y el de puntuación total, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte.

Se proponen los siguientes puntos de corte:

No depresión (≤ 40 puntos)

Depresión leve (41- 47 puntos)

Depresión moderada (48-55 puntos)

Depresión grave (> 55 puntos)

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad: Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general 1, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad. (15,16)

1.7 TRATAMIENTO. (2, 18, 19,20)

El manejo de la depresión son los siguientes:

1. La psicoterapia.
2. Medicamentos antidepresivos.
3. Una combinación de los medicamentos antidepresivos y la psicoterapia.

Existe un tratamiento adecuado para cada uno de los tipos de depresión y será su terapeuta el que diagnostique el tipo de depresión que padece y comience el tratamiento mas adecuado en su caso.

Psicoterapia.

Tratamiento de las enfermedades mentales por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos. Es controlada por un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone una sanción cultural que le otorga la autoridad propia de los médicos; se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias. Precisamente porque la comunicación es fundamental en la mayoría de las formas de psicoterapia, la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente es mucho más importante que en otras relaciones médicas. La personalidad del terapeuta influye en el paciente y puede ser utilizada de modo deliberado para conseguir determinados objetivos terapéuticos.

Medicamentos antidepresivos

Clases más importantes de antidepresivos: Los antidepresivos son muy efectivos; hasta un 90% de pacientes con depresión mayor mejora con un buen cumplimiento y dosis adecuadas del fármaco antidepresivo correcto. Las clases más importantes de antidepresivos son las siguientes:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

- Antidepresivos tricíclicos (ATC).
- Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAOs), incluyendo los nuevos, llamados IMAOs selectivos.

Duración del tratamiento: las guías para la duración de los regímenes del tratamiento inicial de la depresión son las siguientes:

- Los pacientes deben tomar su medicamento como mínimo cuatro o seis meses.
- Los pacientes que mejoran en las dos primeras semanas de tomar el tratamiento pueden no requerir tratamientos más largos.

Efectos secundarios frecuentes: no importa lo bien que un fármaco trata a la depresión, la capacidad del paciente para tolerar sus efectos secundarios afecta importantemente a su cumplimiento del tratamiento. La falta de cumplimiento es probablemente la barrera más importante para conseguir el éxito. Los efectos secundarios pueden ser evitados o mitigados si los regímenes se empiezan a bajas dosis y se van subiendo poco a poco. Aunque hay fármacos que tienen efectos secundarios específicos, hay unos pocos que son comunes para la mayoría de ellos: La disfunción sexual es un efecto secundario de casi todos los antidepresivos estándar y de algunos de los fármacos nuevos. Sequedad de boca en el uso a largo plazo de muchos de los antidepresivos. El abandono brusco de la mayoría de los antidepresivos puede producir efectos adversos graves, por lo que ningún antidepresivo debe abandonarse de golpe sin consultar con un médico. Paradójicamente, hay evidencias que sugieren que los antidepresivos pueden revitalizar a los pacientes suicidas que antes del tratamiento no se atrevían a intentarlo.

Inhibidores selectivos de serotonina (ISRSs).

Son en la actualidad el tratamiento de primera línea de la depresión mayor. Actúan incrementando los niveles de serotonina en el cerebro. Los ISRSs mas usados son la fluxetina, sertralina, paroxetina, fluvoxamina y citalopram, que actúan específicamente sobre la serotonina tienen menos efectos secundarios que los antidepresivos más antiguos, que tienen efectos más generalizados sobre el cuerpo.

Candidatos para el tratamiento con ISRSs: los ISRSs parecen ayudar a las personas en las siguientes condiciones:

- Depresión mayor leve o moderadamente severa.
- Trastorno afectivo estacional.
- Distimia.
- Síndrome premenstrual severo y trastorno disfórico premenstrual.
- Otros trastornos no depresivos, incluyendo el trastorno obsesivo-compulsivo, las crisis de pánico y la bulimia.
- Conductas agresivas impulsivas en pacientes psiquiátricos y en pacientes sin problemas de la salud mental.

Antidepresivos Tricíclicos (ATC).

Antes de la introducción de los ISRSs, los tricíclicos habían sido el tratamiento estándar para la depresión. Algunos de los tricíclicos prescritos con más frecuencia son amitriptilina, desipramina, imipramina, amoxapina, nortriptilina, maprotilina, protriptilina, y trimipramina.

Candidatos para los Tricíclicos : Los tricíclicos son tan eficaces como los ISRSs para la mayoría de las formas de depresión, y pueden incluso beneficiar a muchas personas con distimia que generalmente no responden a los ISRSs.

Inhibidores de la Monoamina Oxidasa (IMAOs).

Los Inhibidores de la Monoamina Oxidasa (IMAOs) bloquean la enzima monoamino-oxidasa, que tiene efectos negativos en la mayoría de los neurotransmisores que son importantes para encontrarse bien. Los IMAOs incluyen fenelzina, isocarboxazide y lomina. Como estos agentes pueden tener efectos secundarios muy importantes, se acostumbra a indicar cuando otros antidepresivos no son efectivos. Los nuevos IMAOs, como la moclobemida, dirigen su acción sólo a una forma del enzima, y pueden ser efectivos, incluso para los pacientes con distimia, sin los efectos secundarios tan importantes de los otros IMAOs.

Candidatos para recibir IMAOs: los IMAOs pueden ser eficaces en las siguientes condiciones:

- Depresión atípica.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Alteración por estrés post-traumático.
- Personalidad limítrofe o borderline.

1.8 DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES.

El médico residente en formación, es sometido a un entrenamiento estresante como parte intrínseca de la práctica médica, se relacionan diario con la muerte y la agonía, en muchas ocasiones el residente tiene que tratar pacientes terminales lo que además aumenta estados de angustia. Los primeros años de trabajo son períodos de frustración, ansiedad y desilusión, los estresores potenciales que influyen en la etapa de formación de los futuros especialistas se relaciona en

muchos casos con expectativas irreales o falsas, la ambigüedad e incertidumbre en el trabajo, el establecimiento de la propia identidad dentro de la institución hospitalaria, el aprendizaje y el trato con jefes y compañeros y la comprensión de normas y reglas. La Agencia Norteamericana para la Investigación y el Cuidado y Calidad de la Salud han financiado numerosas investigaciones dirigidas a identificar las causas y soluciones de los errores médicos, lo que incluye estudios para evaluar el efecto directo del sueño de los residentes en esta mala práctica. (21)

En relación a la salud de los médicos, se ha detectado un aumento de estrés y depresión, enfermedades somáticas relacionadas con la fatiga y la pérdida de sueño de los futuros especialistas aunque el mayor peligro objetivado ha sido el gran riesgo de accidentes de tráfico que presentan los residentes durante su período de formación, sobre todo tras la realización de guardias.

(22)

En poblaciones especiales de Médicos residentes un estudio realizado en Perú mostró un 31.5% de síntomas depresivos. (23) Estudio realizado a médicos residentes mexicanos del Hospital General de México, con respecto a adicciones, depresión y estrés en el 2005 mostró un 47.5% de residentes con signos depresivos. (24) Otro estudio realizado en residentes del Hospital Juárez de México mostró un 16% de residentes con síntomas depresivos. (25)

1.9 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Debido a la carga de trabajo, largas jornadas, ambientes estresantes y guardias que realizan los médicos residentes, se encuentran más expuestos a presentar depresión, hay pocos estudios en relación a este tema en la literatura y más específicamente en residentes mexicanos.

En el año 2005 se publicó un estudio realizado en residentes del Hospital General de México, en donde se reportó de 190 residentes un 47% de los sujetos con signos depresivos. (24)

Otro estudio realizado en el Hospital Juárez de México, con 162 residentes mostró un prevaencia de depresión del 16%, de la cual la depresión leve fue del 14% y depresión moderada del 1.8% (25) Según la Secretaria de Salud en México, coloca a la depresión como la segunda enfermedad neuropsiquiatrica más discapacitante después de la esquizofrenia, mas frecuente en mujeres, el grupo de edad mas afectado es el de 25 a 44 años, presente en la mayoría de los suicidios, en México el suicidio es la octava causa de muerte general y la tercera en el grupo de los 14 a 25 años, el las ultimas dos décadas el suicidio ha aumentado en un 156% (6,7)

Por lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los residentes de las especialidades de entrada directa que se imparten en la Secretaria de Salud del Distrito Federal (SSDF)?

1.10 JUSTIFICACION.

Para la formación de médicos especialistas en las distintas especialidades, el médico residente es sometidos a un entrenamiento exhaustivo, en lapsos de 2 a 4 años, que consta de actividades asistenciales y académicas en su sedes o subsedes, al término de la jornada normal, también se acude a guardias o actividades clínicas complementarias en las unidades asignadas, según el programa operativo. Este ritmo de vida puede ocasionar depresión en el residente, hay pocos estudios en esta área, según dos estudios publicados en el 2005 en hospitales generales de la Ciudad de México, la depresión en médicos residentes oscila entre un 16 y 47%. Aunque solo son dos estudios siembran un precedente importante, de que la depresión es un problema de salud frecuente en médicos residentes durante su formación. (24,25)

Es importante evaluar la frecuencia de la depresión en estos prestadores de servicios, debido a que realizan actividades médico asistenciales y puede afectar en la calidad de los servicios prestados, rendimiento académico y salud mental del residente.

El presente estudio no pretende evaluar las causas específicas que llevan a la depresión, a los médicos residentes de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, se realiza con la finalidad de conocer la frecuencia de la enfermedad y algunas variables sociodemográficas y plantear propuestas a las instituciones formadoras de especialistas e implementar la detección periódica de la depresión y motivar su tratamiento.

Es factible su realización, por que la población se encuentra concentrada en el Distrito Federal, distribuidos en 16 hospitales de segundo nivel y en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana.

1.11 OBJETIVOS.

1.11.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de depresión y algunas características sociodemográficas, en los residentes de las diversas especialidades médicas de la SSDF

1.11.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la frecuencia de depresión en médicos residentes de las especialidades de entrada directa de la SSDF. (Anestesiología, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina Legal, Ortopedia, Pediatría y Urgencias Médicas.

- Identificar la frecuencia de depresión en todos los residentes de la SSDP, por grado que cursan.
- Identificar las características sociodemográficas (edad, sexo y estado civil) de los médicos residentes que cursan una especialidad en el SSDF.

2 MATERIAL Y METODOS.

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal.

2.2 LUGAR POBLACION Y TIEMPO

LUGAR.

Hospitales Generales: Balbuena, Dr. Rubén Leñero, Xoco y Ticomán. SSDF

Hospital pediátrico Coyoacán. SSDF

Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana. SSDF

POBLACION.

Médicos residentes de todos los grados, que realizan una especialidad médica de entrada directa, en la Secretaría de Salud del Distrito Federal.

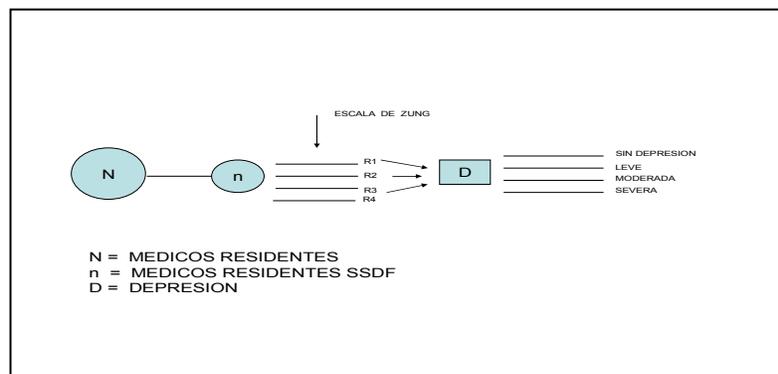
TIEMPO. Anexo 1 y 2

En el periodo comprendido entre 15 de agosto a 30 de septiembre del 2006.

Del ciclo escolar 2006-2007.

2.3 MUESTRA

2.3.1 Diseño de la muestra



2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 Criterios de Inclusión

- Residentes de ambos sexos, de todos los grados de las especialidades medicas de entrada directa de la SSDF.
- Acepten contestar el cuestionario.

2.4.2 Criterios de Exclusión

- Médicos residentes pertenecientes a otra institución diferente a la SSDF.
- Médicos residentes que estén realizando subespecialidad.
- Que se nieguen a participar en el estudio previo consentimiento.
- Médicos residentes que ya cuenten con el diagnóstico de depresión.

2.4.3 Criterios de Eliminación

- Cuestionarios incompletos o mal llenados

2.5. VARIABLES

2.5.1 Definición conceptual de las variables.

Depresión: Enfermedad psiquiátrica persistente y progresiva que perjudica la vida diaria, afectando pensamientos, sentimientos, salud física, y forma de comportarse de quien la padece, se caracteriza por un sentimiento de tristeza intenso.

Residencia en especialidad médica: Conjunto de actividades que deba cumplir un médico residente en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de postgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora de residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas.

Grado de especialidad. Año que se esta cursando de la especialidad.

Edad: Numero de años cumplidos, indicado en numero arábigo.

Sexo: Expresión fenotípica, expresada en hombre y mujer.

Estado civil: Situación legal con respecto a la convivencia con otra persona.

2.5.2 Definición operacional de las variables.

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES
Depresión	Independiente Cualitativa	Ordinal	Cuestionario-Escala Zung: Sin depresión (< 40 Puntos) Depresión Leve (41-47 Puntos) Depresión Moderada (48-55 Puntos) Depresión Grave (> 55 Puntos)
Especialidad	Dependiente Cualitativa	Nominal	Cuestionario-Pregunta: Anestesiología Cirugía General Ginecología y Obstetricia Medicina Familiar Medicina Interna Medicina Legal Ortopedia Pediatria Urgencias Medicas
Grado de residencia	Dependiente Cualitativa	Ordinal	Cuestionario-Pregunta: Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año
Edad	Dependiente Cuantitativa	Continua	Cuestionario-Pregunta: No años cumplidos
Género	Dependiente Cualitativa	Nominal	Cuestionario-Pregunta: Hombre Mujer
Estado civil	Dependiente Cualitativa	Nominal	Cuestionario-Pregunta: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

2.6 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Previa autorización a la Dirección de Enseñanza e Investigación de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SSDF) y profesores titulares de los cursos de especialización (Anexo 3), se aplicaron los cuestionarios a médicos residentes de todos los grados y especialidades de entrada directa, en sus sedes académicas u hospitales de rotación. Los residentes que se incluyeron en la aplicación de cuestionario correspondieron a los cursos de: Anestesiología, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Familiar, Medicina Interna, Ortopedia, Pediatría y Urgencias. Para la localización de los residentes se acudió en sus días académicos a excepción de Urgencias Médicas en donde la encuesta fue aplicada durante sus guardias en hospitales generales.

Se aplicó el instrumento descrito previamente (Anexo 4) y bajo consentimiento informado (Anexo 5), en la totalidad de los residentes, excepto a los correspondientes al curso de Medicina Legal, debido a que no fue posible aplicar un número representativo de cuestionarios, los residentes se encuentran muy dispersos y la mayoría de sus rotaciones se realizan en agencias del ministerio público por lo que se decidió eliminarla del estudio.

No fue posible aplicar la encuesta a todos los residentes proyectados, dado que se aplicó en sus días académicos, algunos faltaban, otros se encontraban en rotaciones externas, en servicio social, de incapacidad o de vacaciones y fue difícil rastrearlos después individualmente.

2.7 ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS

Una vez recolectada la información, se diseñó una base de datos en el programa estadístico SPSS Versión 14.0. El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva, empleando medidas de resumen: frecuencias, porcentajes y de tendencia central: media.

2.8 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FISICOS

2.8.1. Recursos humanos

Investigador y asesor

2.8.2 Recursos materiales

Material de oficina (lápices, hojas, plumas, engrapadora, copias

Una computadora personal.

Discos flexibles y recursos de almacenamiento de datos.

2.8.3 Recursos físicos

Instalaciones de SSDF donde se encontraban los médicos residentes, sujetos de estudio.

2.8.4 Financiamiento del estudio.

A cuenta del investigador.

2.9 CONSIDERACIONES ETICAS.

De acuerdo con el reglamento de la ley General de salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo tiene conforme al título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría “1” investigación sin riesgo debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente, aportaran datos a través de una entrevista, lo cual no provoca daños físicos ni mentales.

Así mismo la investigación, no viola y esta de acuerdo con las recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica donde participan seres humanos contenidos en la “Declaración de “Helsinki” de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52ª asamblea médica mundial en Edimburgo, Escocia, en octubre del año 2002. Que cita “La persona debe ser informada del derecho a participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito. El consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para lograrlo debe de ser documentado y atestiguado formalmente”. Por lo anterior el estudio se clasifica sin riesgo para los sujetos.

3. RESULTADOS.

Se aplicaron un total de 344 cuestionarios a médicos residentes, de las especialidades de Anestesiología, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Medicina Familiar, Medicina Interna, Ortopedia, Pediatría y Urgencias de las cuales, se eliminaron 32 por estar mal llenadas, por lo que la muestra quedó constituida por 312 residentes que representan el 76.2%.

Con respecto al rango de edad comprendido entre los 24 y 36 años, con una media de 28.1 años.

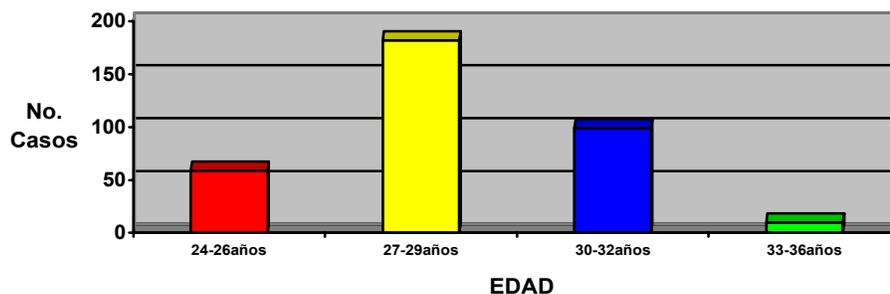
Ver tabla1 y figura 1.

Tabla 1. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito Federal por edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
24	7	2,2%
25	13	4,2%
26	39	12,5%
27	67	21,5%
28	65	20,8%
29	50	16,0%
30	37	11,9%
31	12	3,8%
32	12	3,8%
33	6	1,9%
35	1	,3%
36	3	1,0%
Total	312	100%

Fuente: Cuestionario

Figura 1. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito por grupos de edad.

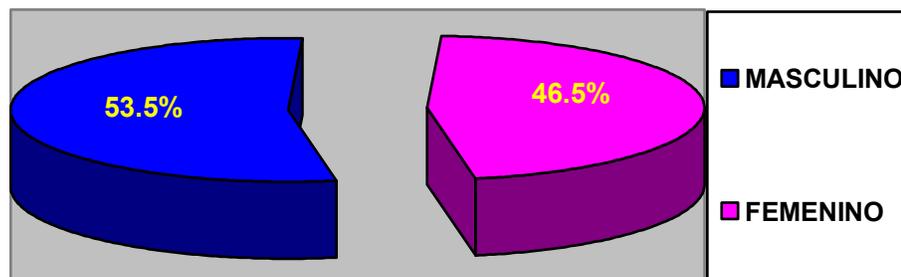


Fuente: Cuestionario

En relación al género de total de participantes, 145 fueron mujeres (46.5%) y 167 hombres (53.5%).

Ver figura 2

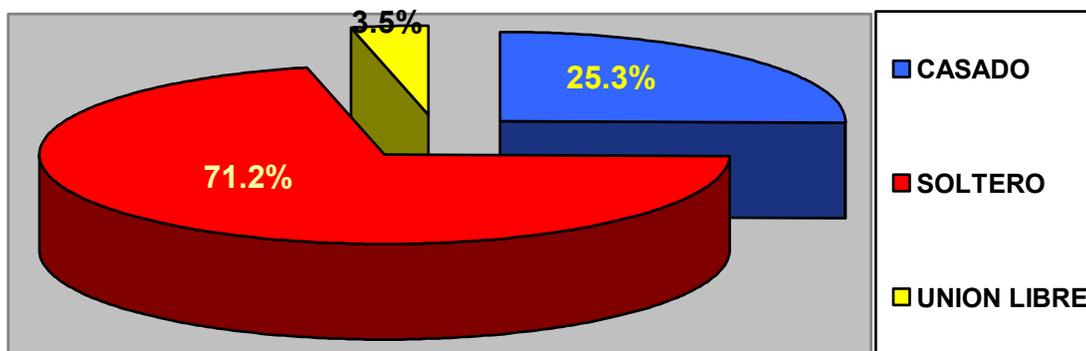
Figura 2. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito según género.



Fuente: Cuestionario

En cuanto al estado civil se encontraron; casados 79 (25.3%), solteros 222 (71.2%) y en unión libre 11 (3.5%). Ver figura 3.

Figura 3. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito según estado civil.



Fuente: Cuestionario

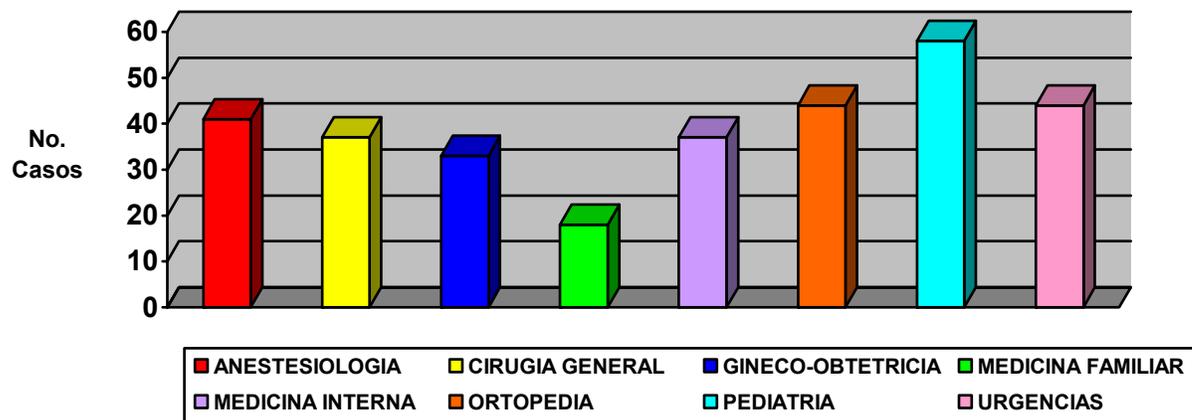
Según su especialidad se encuestaron a 58 (18.6%) residentes de Pediatría de los cuales 42 eran mujeres y 16 hombres, 44 (14.1%) de Ortopedia de los cuales 6 eran mujeres y 38 hombres, 44 (14.1%) de Urgencias Médicas de los cuales 20 eran mujeres y 24 hombres, 41 (13.1%) de Anestesiología de los cuales 24 eran mujeres y 17 hombres, 37 (11.9%) de Medicina Interna de los cuales 10 eran mujeres y 27 hombres, 37 (11.9%) de Cirugía General de los cuales 9 eran mujeres y 28 hombres, 33 (10.6%) de Gineco-Obstetricia de los cuales 21 eran mujeres y 12 hombres Y 18 (5.8) de Medicina Familiar de los cuales 13 eran mujeres y 5 hombres. Ver tabla 2 y figura 4.

Tabla 2. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito por especialidad y género.

ESPECIALIDAD	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
ANESTESIOLOGIA	24	17	41
CIRUGIA GENERAL	9	28	37
GINECO-OBSTETRICIA	21	12	33
MEDICINA FAMILIAR	13	5	18
MEDICINA INTERNA	10	27	37
ORTOPEDIA	6	38	44
PEDIATRIA	42	16	58
URGENCIAS	20	24	44
Total	145	167	312

Fuente: Cuestionario

Figura 4. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito por especialidad.



Fuente: Cuestionario

En relación al grado de especialidad 122 cursaban el primer año (39.1%) de los cuales 62 eran mujeres y 60 hombres, 88 cursaban el segundo año (28.2%) de los cuales 36 eran mujeres y 52 hombres, 75 el tercer año (24%) de los cuales 35 eran mujeres y 40 hombres, y 27 el cuarto año (8.7) de los cuales 12 eran mujeres y 15 hombres. Ver tabla 3 y figura 5.

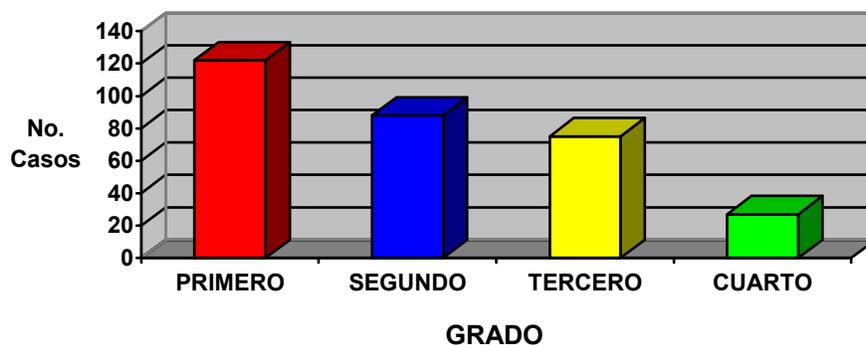
Es importante mencionar que solo las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia y Ortopedia tienen residentes del cuarto año.

Tabla 3. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito por grado que cursan y género.

GRADO	SEXO		Total
	FEMENINO	MASCULINO	
PRIMERO	62	60	122
SEGUNDO	36	52	88
TERCERO	35	40	75
CUARTO	12	15	27
Total	145	167	312

Fuente: Cuestionario

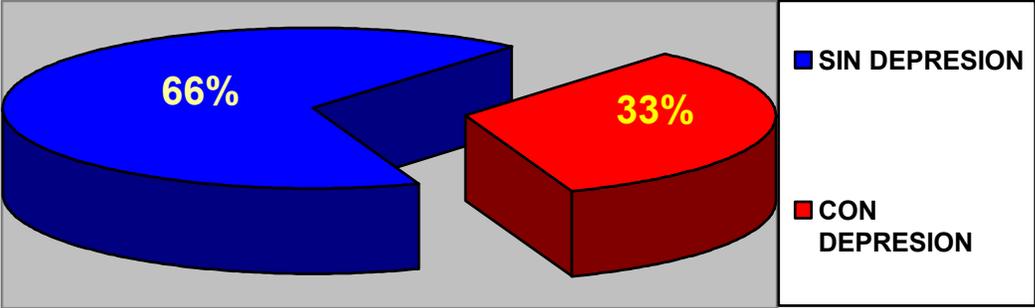
Figura 5. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito por grado que cursan.



Fuente: Cuestionario

Con respecto a la depresión 103(33%) se encontraron con algún grado de depresión y 209(66%) sin depresión. Ver figura 6.

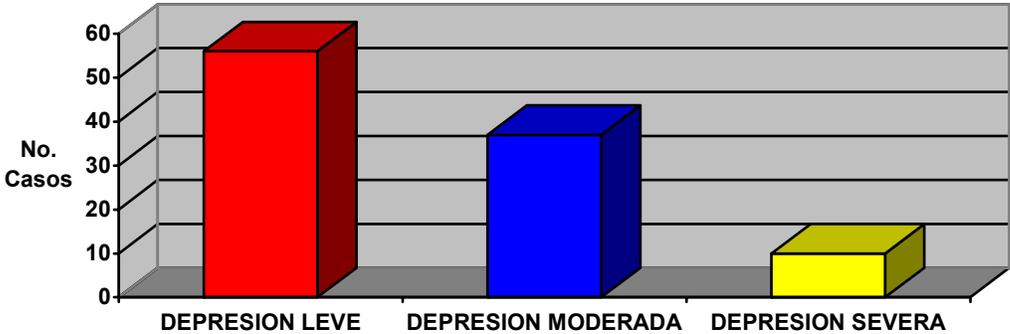
FIGURA 6. Frecuencia de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito que presentan depresión.



Fuente: Cuestionario

De los residentes que presentaron algún grado de depresión, 56 presentó depresión leve (17.9%), 37 depresión moderada (11.9%), 10 depresión severa (3.2%). Ver figura 7.

FIGURA 7. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito que presentan depresión.



Fuente: Cuestionario

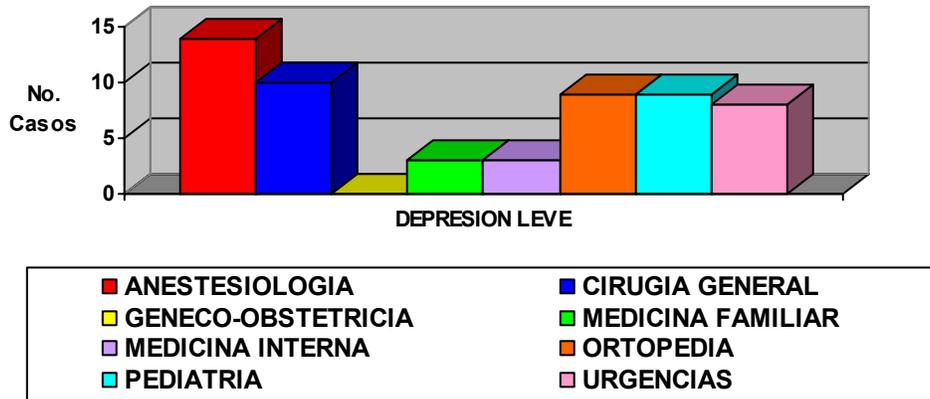
Con respecto a la depresión por especialidad tuvo el siguiente comportamiento: En Anestesiología 18 residentes presentaron depresión, 14 (34.1%) cursaban con depresión leve que correspondieron a mujeres 8 y 6 hombres y para depresión moderada 4 (9.8%) solo del sexo masculino. En Cirugía General 14 residentes presentaron depresión, de los cuales 10 (27%) presento depresión leve correspondiente a 2 mujeres y 8 hombres, 2 (5.4%) presentaron depresión moderada y solo del sexo masculino y 2 (5.4%) presentaron depresión severa y solo hombres. Gineco-Obstetricia 3 residentes presentaron depresión, (9.1%) y presentaron depresión moderada y fueron mujeres. Medicina Familiar 4 residentes presentaron depresión, de los cuales 3 (16.6%) presento depresión leve correspondiente a 1 mujer y 2 hombres y 1 (5.5%) depresión moderada y fue mujer. Medicina Interna 15 residentes presentaron depresión, de los cuales 3 (8.1%) presento depresión leve, 1 mujer y 2 hombres, 9 (24.3%) presentaron depresión moderada que correspondieron a 2 mujeres y 7 hombres y 3 (8.1%) depresión severa y fueron mujeres. Ortopedia 14 residentes presentaron depresión, de los cuales 9 (20.4%) presento depresión leve correspondientes a 4 mujeres y 5, hombres, 4 (9.1%) presentaron depresión moderada y fueron hombres y 1 (2.3%) depresión severa y fue hombre. Pediatría 21 residentes presentaron depresión, de los cuales 9 (15.5%) presento depresión leve que correspondió a 6 mujeres y 3 hombres, 9 (15.5%) depresión moderada correspondiente a 6 mujeres 6 y 3 hombres y 3 (5.2%) depresión severa que fueron hombres. Urgencia Medicas 14 residentes presentaron depresión, de los cuales 8 (18.2%) presentó depresión leve que correspondió a 5 mujeres y 3 hombres, 5 (11.4%) depresión moderada y fueron 2 mujeres y 3 hombres y 1 (2.2%) depresión severa y fue hombre. Ver tabla 4 y figuras 8, 9,10.

Tabla 4. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión por especialidad y género

DEPRESION	ESPECIALIDAD	SEXO		Total
		FEMENINO	MASCULINO	
DEPRESION LEVE	ANESTESIOLOGIA	8	6	14
	CIRUGIA GENERAL	2	8	10
	MEDICINA FAMILIAR	1	2	3
	MEDICINA INTERNA	0	3	3
	ORTOPEDIA	4	5	9
	PEDIATRIA	6	3	9
	URGENCIAS	5	3	8
DEPRESION MODERADA	ANESTESIOLOGIA	0	4	4
	CIRUGIA GENERAL	0	2	2
	GINECO-OBSTETRICIA	3	0	3
	MEDICINA FAMILIAR	1	0	1
	MEDICINA INTERNA	2	7	9
	ORTOPEDIA	0	4	4
	PEDIATRIA	6	3	9
URGENCIAS	2	3	5	
DEPRESION SEVERA	CIRUGIA GENERAL	0	2	2
	MEDICINA INTERNA	3	0	3
	ORTOPEDIA	0	1	1
	PEDIATRIA	0	3	3
	URGENCIAS	0	1	1
Total		42	61	103

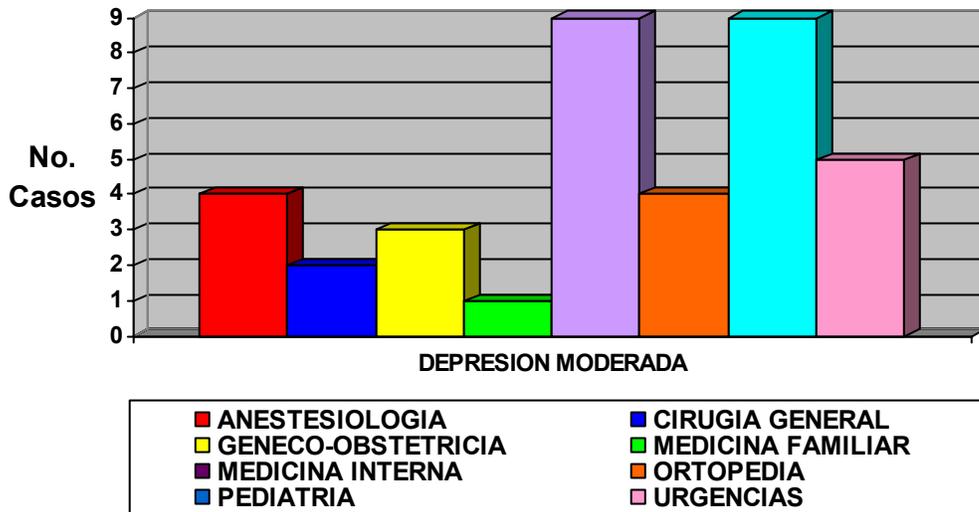
Fuente: Cuestionario

Figura 8. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión leve por especialidad.



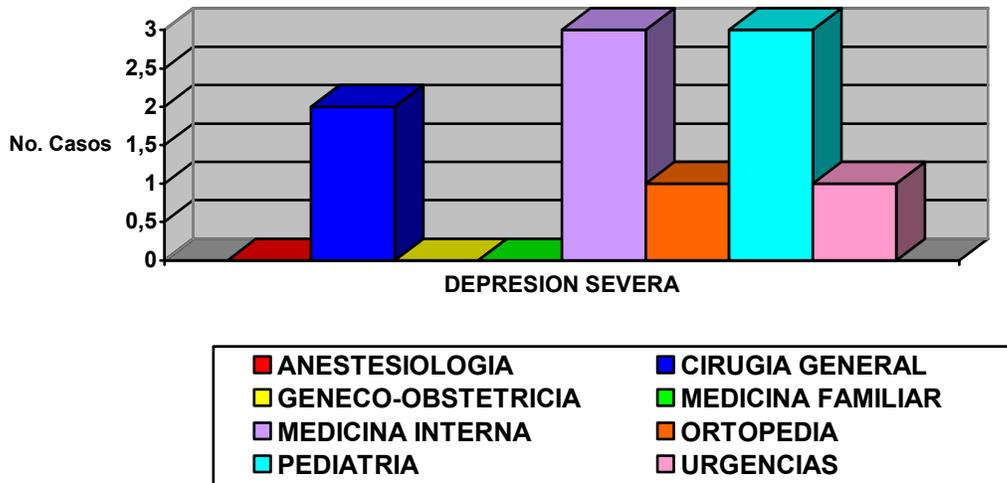
Fuente: Cuestionario

Figura 9. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión moderada por especialidad.



Fuente: Cuestionario

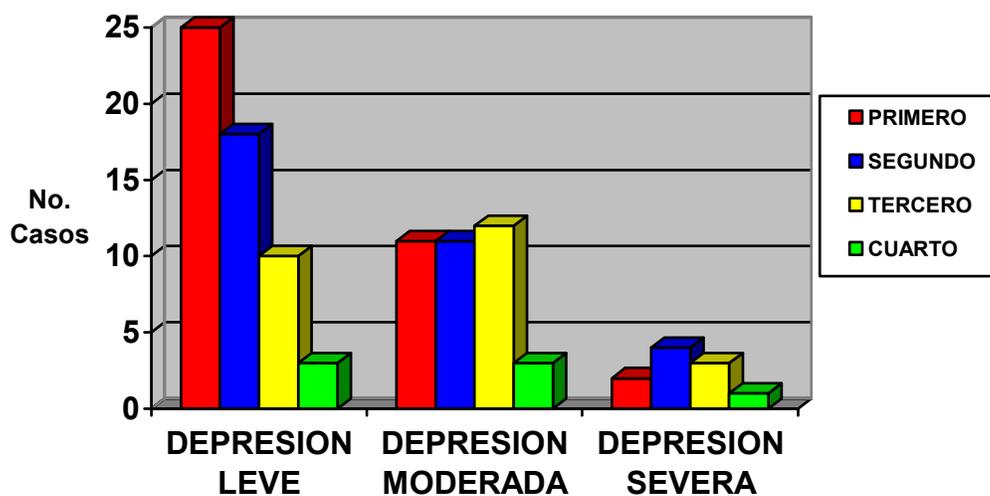
Figura 10. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión severa por especialidad.



Fuente: Cuestionario

En relación a depresión y grado que cursaban se encontró; del total 122 residentes de primer año 25 (20.5%) presentaron depresión leve, 11 (9%) depresión moderada y 2 (1.6%) depresión severa. De Segundo año se entrevistaron a 88 residentes 18 (20.4%) presentaron depresión leve, 11 (12.5%) depresión moderada y 4 (4.5%) depresión severa. De Tercer año fueron entrevistados 75; 10 (13.3%) presentaron depresión leve, 12 (16%) depresión moderada y 3 (4%) depresión severa. De los 27 residentes de Cuarto año solo 3 para depresión leve y 3 para depresión moderada que correspondieron al 11.1% y 1 (3.7%) depresión severa. Ver figura 11.

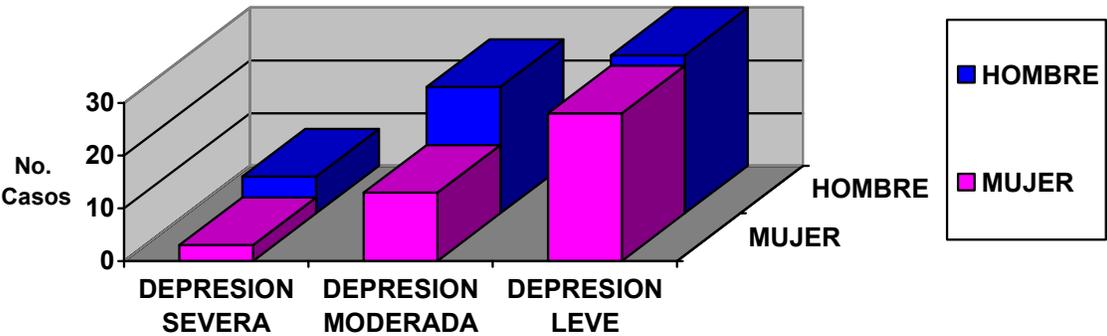
Figura 11. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión y grado que se cursa.



Fuente: Cuestionario

La distribución de depresión en residentes según género fue la siguiente de 145 mujeres entrevistadas 26 (17.9%) presentó depresión leve, 13 (9%) depresión moderada y 3 (2%) depresión severa. Con respecto a los hombres se encuestaron a 167, de los cuales 30 (17.9%) presentaron depresión leve, 24 (14.4%) depresión moderada, 7 (4.2%) depresión severa. Ver figura 12.

Figura 12. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión y género.



Fuente: Cuestionario

Con respecto a residentes con depresión por grupos etareos, se encuesto a 59 residentes de 24 a 26 años 12 presentaron depresión leve, 8 depresión moderada y 1 depresión severa. De 27 a 29 años se encuestaron a 182 residentes 33 con depresión leve 16 con depresión moderada y 4 depresión severa. De los 30 a 32 años de entrevisto a 61 residentes de los cuales 9 presentaron depresión leve, 11 depresión moderada y 5 depresión severa. De 33 a 36 años se entrevistaron a 10 residentes de los cuales 2 presentaron depresión leve, 1 depresión moderada y 2 depresión severa.

Ver tabla 5

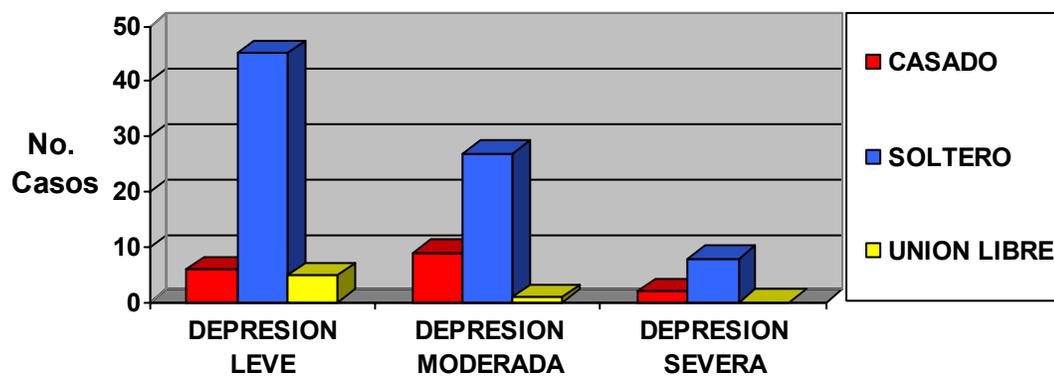
Tabla 5. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión por edad.

EDAD	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	Total
24	2	1	0	3
25	4	0	0	4
26	6	7	1	14
27	13	6	0	19
28	10	6	1	17
29	10	4	3	17
30	4	8	0	12
31	1	1	3	5
32	4	3	2	9
33	0	0	0	0
35	0	0	0	0
36	2	1	0	3
Total	56	37	10	103

Fuente: Cuestionario

En relación a residentes con depresión y su estado civil de los 56 residentes con depresión leve 6 (10.7%) eran casados, 45(80.4%) Solteros y 5 (8.9%) en unión libre. En depresión moderada se detectaron a 37 residentes 9 (24.3%) eran casados, 27 (73%) casados y 1 (2.7%) en unión libre. Depresión severa 2 (20%) casados, 8 (80%) solteros. Ver figura 13

Figura 13. Distribución de residentes de la Secretaria de Salud del Distrito con depresión y estado civil.



Fuente: Cuestionario

4. DISCUSION.

Una tercera parte de los residentes de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, presento algún grado de depresión. En un estudio realizado a médicos residentes en Perú, mediante inventario de depresión de Beck (Arias, 2004) mostró revelo que un 31.5%, presentaron depresión, porcentajes similares a los encontrados en este estudio. sin embargo en estudio realizado en Perú no se midió por grados de depresión y fue comparativo con internos.

En México se encontraron 2 estudios (Martínez y Cols, 2005) y (Rosales y Cols, 2005) el primero realizado residentes del Hospital General de México que mostró un 47.5% de residentes con síntomas depresivos, se utilizo escala de depresión CESD, presentándose en un 14.5% más alto, comparado con el resultado del estudio , y el segundo realizado en residentes del Hospital Juárez de México, en este estudio se utilizo inventario de depresión de Beck, mostró una prevalencia del 16% de depresión en residentes, el 14% con depresión leve y un 1.8 con depresión moderada, siendo mas vulnerables los casados, que cursaran el primer año de residencia. Con respecto a los resultados del presente estudio, duplica el porcentaje de depresión encontrado en el Hospital Juárez de México, los residentes más susceptibles son los solteros y que cursan el segundo año de residencia.

Datos relevantes que no tuvieron punto de comparación con otros estudios son los siguientes;

Cirugía General, Medicina Interna y Ortopedia están constituidas principalmente por residentes hombres, esto se invierte en especialidades como Pediatría, Medicina Familiar y Gineco-Obstetricia en donde la mayoría de las residentes son mujeres, Con respecto a Urgencias Medicas y Anestesiología se encuentran mas o menos equilibradas.. En la SSDF los residentes que presentaron el más alto porcentaje, con algún grado de depresión fue Anestesiología con el 43.9%,

aunque ninguno de ellos presento depresión severa. Es importante mencionar que en Medicina Interna el 40.5% de los residentes encuestados presento depresión, y de suma importancia que el 8.1% presentaron depresión severa, cifra que superó a las demás especialidades, siguiéndole en orden de frecuencia Pediatría con el 5.2% de residentes con depresión severa, Cirugía General con 5.4% de depresión severa, Ortopedia y Urgencias con 2.3% Y 2.2. % respectivamente de los deprimidos de sus especialidades. Con respecto a la depresión moderada Medicina Interna tuvo el más alto porcentaje 24.3%, seguida de Pediatría con un 15.5% Y Urgencias con un 11.4%. De acuerdo al grado que cursan los residentes más afectados fueron los de Primer año, en este grado también se presento el mayor porcentaje de depresión severa 4.5%. En el grupo de residentes de cuarto año se presento depresión severa en un 4%. Contrario a lo esperado el grupo de hombres fue el que mayor porcentaje de depresión presento (36.5%) comparándolo con las mujeres. Los hombres también presentaron el mayor porcentaje de depresión severa 4.2% de los deprimidos. Con respecto al estado civil el grupo de solteros es el mas numeroso 222 (71.2%) concentro al mayor porcentaje de deprimidos 36%, también entre este grupo se encontró a la mayoría de residentes con depresión severa 10% de los solteros deprimidos.

5. CONCLUSIONES.

Se confirmó lo que se planteó al inicio de este estudio, un porcentaje importante (33%) de médicos residentes cursa con depresión durante su formación como médico especialista.

Un dato relevante que debe ser mencionado, es que este estudio proyectaba encuestar a todos los médicos residentes de entrada directa de la SSDF, lo cual no fue posible, y se tuvo que eliminar del estudio a la especialidad de Medicina Legal, con un porcentaje de pérdida del 23% de médicos residentes que no pudieron ser encuestados.

Una limitación importante de este estudio es que sus resultados no pueden generalizarse a todos los residentes.

Por las características de la depresión afecta pensamiento, sentimientos y forma de comportarse de quien la padece, no solo afecta el rendimiento académico del residente, también afecta a sus compañeros de trabajo, familia y a los pacientes con los que tiene contacto.

Es muy importante señalar los resultados que esta investigación arroja, se encontró que un 3.2% de los residentes cursan con depresión severa, los cuales pueden estar en riesgo de suicidio, por lo que se sugiere que se evalúe periódicamente el estado mental del médico residente y que cuente con apoyo Psicológico y/o Psiquiátrico, por parte de las instituciones formadoras de médicos especialistas en este caso la SSDF y la UNAM.

Por lo anterior es prioritario continuar con esta línea de investigación, y de ser posible generalizarse a los médicos residentes de todas las instituciones de salud, ya que el médico residente de hoy, será el médico especialista del futuro, sano en todas sus esferas, por el bien de nuestros pacientes.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Pichot., F. Las Depresiones: Problemas actuales. Revista Colombiana de Psiquiatría, XVI (.2): 85-104. 1997
2. Almanza, M J. Depresión: Prevención y Manejo en el primer nivel de atención. Revista de Sanidad Militar México. 58(3): 209-222.
3. Miranda, B C, Gutiérrez S J, Bernal B F. Prevalencia de Depresión en Estudiantes de Medicina de la U. del Valle. Revista Colombiana de Psiquiatría. XXIX (.3): 251-257. 2000
4. Muñoz, R La depresion y la salud de nuestros pueblos. Salud Mental 28(4): 7-18 2005.
5. Medina, M Guilherme, B Lara M, et all. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta Nacional de Epidemiología. Salud Mental. 26(4) :56-67. 2003
6. Berenzon, G S, Tiburcio, S M, Medina-Mora, I M. Variables sociodemográficas asociadas con la depresión: Diferencias entre hombres y Mujeres que habitan en zona urbanas de bajo ingreso. Salud Mental 6(3): 33-40 2005.
7. Lara, M , Navarro, C , Negrete, L et all. Seguimiento a dos años de una intervención Psicoeducativa para mujeres con síntomas de depresión, en Servicios de Salud Publica para población abierta. Salud Mental 2005. 26(3): 27-36.
8. Sandoval, L, Villamil, V. La comorbilidad de los trastornos depresivos y de los trastornos de la personalidad. Salud Mental. 1999. 22(3): 34-40.
9. Heinza, G. Garcia, J, M, Predictores de Respuesta Optima al tratamiento farmacológico con antidepresivos. Salud Mental 1996. 9(2): 7-11.

10. Gómez, R,C, Rodríguez, M,N. Factores de riesgo asociados al síndrome depresivo con la población colombiana. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1997 XXVI (1): 23-35.
11. Benassini,O Camarena,B Cruz,B et all, Variables clínicas, genéticas y de personalidad como predictores de respuesta al tratamiento antidepresivo. Salud Mental 1998. 21(4): 32-39.
12. Moreno,J Campos,M Lara, C et all. El sistema seretoninercoco en el paciente deprimido. Primera parte. Salud Mental 2005. 8(6): 20-26
13. Moreno,J Campos,M Lara, C et all . El sistema seretoninercoco en el paciente deprimido. Segunda parte. Salud Mental 2006. 29(1): 44-50.
14. American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales. 2ª Reimpresión. Mason. España. 2003; 97-107.
15. Campos, A A , Diaz, M L , Rueda, J G. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga Colombia. Revista colombiana de Psiquiatría. 2006 XXXIV (1): 54-62.
16. Reyes, O M, Soto, H A, García, R A, et all. Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica Mexicana. Salud Mental 2003. 26(1): 23-37.
17. Berlanga, C El trastorno depresivo evaluado bajo una perspectiva fenomenológica. Salud Mental 1999 22(4): 26-32
18. Tamayo, J. Mecanismos de acción de los antidepresivos: Una mirada histórica. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1997 XXVI(2): 127-141.

19. López, R J, López, B M, Vargas, T B Estudio doble ciego con antidepresivos, Psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. Salud Mental 2004 27(5): 53-61.
20. Aragón, C, Escobar, M, Pineda, H Fundamentos moleculares y celulares de la depresión y los mecanismos antidepresivos. Revista Colombiana de Psiquiatría. Suplemento no.1 2004 .XXXIII(1): 165-185.
21. Sidelski D. El entrenamiento de becarios se asocia a una gran carga de trabajo de guardia, estrés físico y deprivación de sueño. Evidencia Actual y Práctica. Ambulatoria 2005 8(45): 75-83.
22. Guevara, C A Henao, D P, Herrera, J A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica 2004 35(4): 26-38.
23. Arias, C. Evaluación de los síntomas depresivos según el inventario de depresión de Beck en los estudiantes universitarios de la Facultad de Farmacia y Bioanálisis. Revista de la Facultad de Farmacia. 2004 46(2): 58-70.
24. Martínez, L P, Medina, M M, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev Fac Med 2005 48(5):191-197.
25. Rosales, J J, Gallardo, C R, Conde, M J, Prevalencia de episodio depresivo en los Médicos residentes del Hospital Juárez de México, Revista de especialidades médico-quirúrgicas 2005. 10(1): 25-36.

7. ANEXOS

Anexo 1

Cronogramas

	2005											
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
1. Búsqueda					X	X	X	X	X	X		
2. Elaboración de protocolo de investigación											X	X
3. Aceptación de protocolo												
4. Diseño de investigación												
5. Recolección de información												
6. Análisis de información												
7. Presentación de resultados.												
8. Informe final.												

Anexo 2.

2006

	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
1. Búsqueda												
2. Elaboración de protocolo de investigación	X											
3. Aceptación de protocolo		X										
4. Diseño de investigación		X										
5. Recolección de información						X	X					
6. Análisis de información							X	X				
7. Presentación de resultados.									X			
8. Informe final.									X			

Anexo 4.

Encuesta

Nombre _____ Edad _____
 Sexo _____ Estado civil _____
 Especialidad _____ Grado _____

SINTOMAS	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIMPRE
1. Se siente triste y decaído.	1	2	3	4
2. Se siente mejor en las mañanas.	4	3	2	1
3. Ha tenido ganas de llorar y ha llorado.	1	2	3	4
4. Duerme mal - Se despierta muy temprano.	1	2	3	4
5. Esta comiendo como siempre.	4	3	2	1
6. Ha notado que ha perdido apetito.	1	2	3	4
7. Ha tenido estreñimiento.	1	2	3	4
8. Ha tenido palpitaciones.	1	2	3	4
9. Se ha sentido cansado sin razón aparente.	1	2	3	4
10. Tiene la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
11. Le resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.	4	3	2	1
12. Se siente intranquilo y no puedo mantenerse quieto.	1	2	3	4
13. Esta más irritable de lo usual.	1	2	3	4
14. Le resulta fácil tomar decisiones	4	3	2	1
15. Se siente útil y necesario.	4	3	2	1
16. Disfruta de sus actividades cotidianas.	4	3	2	1
17. Disfruta de la compañía de un hombre/mujer atractivo.	4	3	2	1
18. Tiene esperanza en el futuro	4	3	2	1
19. Encuentra agradable vivir.	4	3	2	1
20. Siente que los demás estarían mejor si usted muriera.	1	2	3	4

Anexo 5.

Consentimiento para participar en la encuesta de depresión.

El presente cuestionario tiene como propósito investigar acerca de la presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de la SSDDF.

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en esta unidad medica, la información que usted proporcione mediante sus respuestas será de carácter confidencial, anónima y será obtenida de manera voluntaria.

Si usted siente que alguna de las preguntas o mas le causan incomodidad o molestia, tiene la libertad de no contestarla (s) o agredido (a) su intimidad, dignidad, valores o moral, el cuestionario será interrumpido y destruido frente a usted, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtendrá será utilizada para fines de investigación que permitirá obtener información útil con respecto a la frecuencia de depresión en residentes de la SSDF.

El cuestionario tiene un numero de 20 preguntas y se contestan en aproximadamente 15 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pido que sus respuestas sean honestas y sinceras.

¿ Acepta Usted contestarla ? Si _____ No _____

Nombre _____

Firma _____