



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF No.8
"SAN ANGEL"

DEPRESION EN LOS MEDICOS RESIDENTES DEL HGZ/UMF No.8
"SAN ANGEL" DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A:
DRA. BEATRIZ SANTIAGO VICTORIA

ASESORES: DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA
DR. GILBERTO AMARO JARAMILLO
DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO



MEXICO, D.F

FEBRERO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores:

Por el entusiasmo que me transmitieron, así como por los conocimientos que compartieron conmigo.

A mis asesores de tesis:

Les agradezco el haberme apoyado para la realización de la presente, y en particular por la paciencia que tuvieron para aclarar mis dudas.

A Alejandro:

Por la fuerza y el entusiasmo que me transmites para cumplir las metas que me propongo, por ser un excelente compañero y maravilloso como pareja, te quiero mucho.

A mis amigos:

A Claudia, mil gracias por brindarme tu hermosa amistad incondicional desde hace ya varios años, eres una gran amiga. A Heidi y Flor, quienes me enseñaron que siempre existen nuevas amistades. A Angie, Qkis, Irene y Villa, gracias por sus consejos durante la residencia.

A mis compañeros de especialidad:

Gracias, porque en ustedes me conocí. Les deseo lo mejor hoy y siempre.

DEDICATORIA

A mi madre:

Por estar a mi lado en todos los momentos importantes de mi vida, por enseñarme a afrontar las situaciones adversas que se van presentando a lo largo del camino y, sobre todo, por brindarme su gran apoyo y amor. Te agradezco de todo corazón que seas una gran amiga y madre.

A mi padre:

Por darme un gran ejemplo de fortaleza y por creer en mí. Muchas gracias por el apoyo que me has brindado cada día y por estar a mi lado cuando lo he necesitado.

Los amo profundamente.

A mis hermanos:

Por formar parte de mi existencia, así como por brindarme su cariño y apoyo.

Dedico esta tesis a mi familia, que siempre ha estado, está y se que estará conmigo en todos los momentos importantes de mi vida.

Sin ustedes no habría sido posible llegar a esta meta profesional y personal.

Muchas gracias.

INDICE

Marco teórico	9
Planteamiento del problema	27
Justificación	28
Objetivos	30
Metodología	32
Cronograma de actividades	37
Resultados	40
Discusión	53
Conclusiones y sugerencias	55
Referencias bibliográficas	56
Anexos	58

RESUMEN

Título

“Depresión en los médicos residentes del HGZ/UMF No.8 San Ángel del Instituto Mexicano del Seguro Social”

Diseño: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.

Material y Métodos: Se realizaron 45 encuestas en los residentes que se encuentran realizando su especialidad de urgencias médico quirúrgicas y de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona/UMF No.8, en el mes de Septiembre del 2006, aplicando el inventario de depresión de Beck, con el fin de detectar presencia de depresión y el grado de la misma. La información fue almacenada y analizada en el programa SPSS v11.

Resultados: Se encontró que del total de la muestra 28 (62.2%) fueron mujeres y 17 (37.8%) hombres, la edad de los mismos esta en un rango de 26 a 32 años. De acuerdo a la especialidad, fueron 29 residentes de medicina familiar (64.4%) y 16 de urgencias médico quirúrgicas (35.6%). Al aplicar el instrumento se encontró que 10 residentes (22.2%) presentaron depresión y 35 (77.8%) no. Con respecto al grado de la misma, 35 residentes (77.8%) dentro del rango de normalidad o sin datos de depresión, 9 personas (20%) con depresión leve a moderada y 1 persona (2.2%) con depresión severa.

Conclusiones: La depresión es uno de los padecimientos más comunes y a la vez más graves problemas de salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Está demostrado que en los médicos residentes se presenta con una frecuencia mayor a la del resto de la población. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino y por lo general son casos de depresión subclínica. El presente estudio demuestra la existencia de depresión en los residentes que cursan su especialidad en el HGZ/UMF No. 8 “San Ángel” del IMSS, misma que es en la mayoría de los casos es leve a moderada y solo un caso de depresión severa.

Es importante tener información actualizada sobre depresión, así como realizar estudios para ayudarnos a detectarla, sobre todo en los médicos en formación, debido a que se presentan casos subclínicos que no son detectados y que ameritarían una valoración por parte del servicio de psiquiatría, tratamiento farmacológico y psicoterapia. La salud mental es un requisito indispensable para lograr los objetivos que se tienen al iniciar una especialidad médica, por lo que es de vital importancia una evaluación con instrumentos para detectar depresión y derivar oportunamente, en caso necesario, para brindar una atención médica integral.

Palabras clave: depresión, médicos residentes, medicina familiar, urgencias médico quirúrgicas.

SUMMARY

Title: "Depression in the resident doctors of the HGZ/UMF No.8 San Angel of the Mexican Institute of the Social Insurance"

Type of study (design): Descriptive, cross-sectional, prospective and observacional study.

Material and Methods: 45 surveys were made in the resident doctors who are making their specialty of surgical urgencies medical and of Familiar Medicine in the General Hospital of Zone/UMF No.8, in the month of September, applying the inventory of depression of Beck, with the purpose of detecting depression presence and the degree of the same one. The information was stored and analyzed in program SPSS v11.

Results: I am observed that of the total of sample 28 they were women (62,2%) and 17 men (37,8%), the age of such this in a rank of 26 to 32. According to the specialty, they were 29 familiar medicine residents (64,4%) and 16 of surgical urgencies medical (35,6%). When applying the instrument I am observed that 10 residents (22,2%) presented/displayed depression and 35 (77,8%) no. With respect to the degree of the same one, 35 residents (77,8%) within the rank of normality or without data of depression, 9 people (20%) with moderate slight depression to and 1 person (2,2%) with severe depression.

Conclusions: The depression is one of the common sufferings but and simultaneously but serious problems of mental health that faces people nowadays. This demonstrated that in the resident doctors one appears with a greater frequency to the one of the rest of the population. One appears most frequently in feminine sex and generally they are cases with sub clinical depression. The present study demonstrates the existence of depression in the residents that attend their specialty in HGZ/UMF #8 "San Angel" of the IMSS, same that in most of the cases is slight to moderate and single a severe case of depression.

It is important to have information updated on depression, as well as to make studies to help to detect it mainly us, in the doctors in formation, because clinical cases sub that appear they are not detected and that they ameritarian a valuation on the part of the service of psychiatry, pharmacologic treatment and psychotherapy. The mental health is an indispensable requirement to obtain the objectives that have when initiating a medical specialty, reason why is of vital importance an evaluation with instruments to detect depression and to derive opportunely in necessary case, to offer integral a medical attention.

Key words: resident depression, doctors, familiar medicine, surgical urgencies medical.

MARCO TEORICO

Historia

A lo largo de la historia se han descrito cuadros depresivos. En el siglo IV antes de Cristo, Hipócrates utilizaba los términos manía y melancolía para referirse a algunos enfermos. Galeno en el siglo II a.C., utilizó también los mismos, en el siglo XII Maimónedes habló acerca de la melancolía, el siglo XVII Bonet describió una enfermedad mental llamada manía-melancolía, en 1882 Kahlbaum usó por vez primera el término ciclotimia; en 1899 Emil Kraepelin describió una psicosis maniaco-depresiva, hoy conocida como enfermedad bipolar, además la diferenció de la esquizofrenia ¹.

Definiciones

El término depresión procede del latín *depressio*, que significa hundimiento. El paciente se siente hundido, con un peso sobre su existencia; se trata de un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo, que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de mayor gravedad y duración, con signos y síntomas distintos a la normalidad ².

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos. Este trastorno, cuyo síntoma central es el abatimiento del humor, abarca las esferas psíquica, somática y conductual, por lo tanto, se trata de un trastorno global ³.

Epidemiología

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida ⁴.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia, se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados ⁴.

Por el incremento en la prevalencia de la depresión, la Asociación Mundial de Psiquiatría estimó que para el año 2020 la depresión será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo ^{4,5}.

La Organización Mundial de la Salud determinó, mediante una encuesta aplicada en el año 2000 en México, que 28.6% de la población general presentó un trastorno mental, de éstos, el 13.9% lo presentó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Determinó también que el trastorno más frecuente es el de ansiedad, que se presenta en 9.2% y los trastornos afectivos se presentan en un 9.1% de los casos ⁶.

Dicha encuesta identificó que quienes más presentan trastornos relacionados con la salud mental durante su vida son los hombres; sin embargo, quienes presentan trastornos afectivos con mayor frecuencia son las mujeres, además, que el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años presenta trastornos afectivos y el 7.8% episodios de depresión mayor, con una tasa de 2.5 mujeres por cada varón ⁶.

En el Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV- TR), se afirma que la incidencia del estado depresivo mayor es de 20% en mujeres y de 12% en hombres, así como que esta enfermedad se asocia con la mitad de intentos suicidas, y que, además de ser la segunda causa de muerte en la población de 20 a 35 años, representa del 10 al 30% de las muertes ⁷.

En el año 2000, el trastorno del afecto en México constituía la décima causa de muertes en personas de edad reproductiva y alcanzaba una tasa de 4.94 defunciones por cada 100,000 habitantes, y en el Distrito Federal, el suicidio fue la vigésimo octava causa de mortalidad general, con una tasa de 3.7 fallecimientos por cada 100,000 habitantes. Desafortunadamente, conocer la situación actual del suicidio es difícil, ya que el estigma social y religioso que se asocia con él, lleva a que se oculten los casos de intentos suicidas ⁸.

Por otra parte, las estimaciones epidemiológicas al respecto, se basan en los registros oficiales, en los que es obligatorio reportar los suicidios consumados, pero no los intentos ⁸.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002, entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos -dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos-, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%) ⁶.

El riesgo de padecer un episodio depresivo es de aproximadamente 6% en los hombres y 12 % en las mujeres, siendo éstas últimas quienes buscan ayuda médica con mayor frecuencia. La enfermedad puede presentarse a cualquier edad, aunque su mayor frecuencia ocurre entre los 20 y los 45 años ⁹.

Aunque en la depresión está implicada una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de constante

estrés y exceso de trabajo, como es el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia es del 12.8% y se incrementa en los médicos residentes (47.5%) Si los trastornos depresivos no se tratan adecuadamente se tenderá a la cronicidad y al incremento de mortalidad debida al suicidio, con riesgo seis veces mayor al que se observa en la población general ¹⁰.

Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas que otros de jóvenes de su edad. Se ha demostrado también que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto, produciendo alteraciones tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos. Otras investigaciones confirman la relación entre ambos factores, esto es, la relación entre usuarios y tipo de trabajo ¹¹.

En un estudio realizado a 192 médicos entre 24 y 37 años de ambos sexos de un hospital general de zona de la ciudad de México, se encontró consumo de alcohol con índice elevado (65%), consumo de drogas (médicas y no médicas) del 23.2%, índice de sujetos con alto nivel de estrés de 14% y sujetos con signos depresivos en un 47.5% ¹¹.

Al tomar en consideración que ser médico residente es un fenómeno social difícil de comprender, ya que están implicados aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa, es indispensable estudiar las condiciones de trabajo del médico de postgrado en formación y sus repercusiones en la salud física y mental. Sin embargo, son escasos los estudios que abordan esta problemática ¹⁰.

Existen estudios en los cuales se ha comparado el riesgo de suicidio entre médicos con el resto de la población, en los cuales se demuestra que es mayor con predominio en las mujeres, así como su asociación a depresión ¹².

Estudios recientes encontraron que los médicos presentan estrés ante los cambios constantes en un hospital, en particular con trámites administrativos y papelería, pérdida de la autonomía y excesiva demanda laboral ¹³.

Las instituciones de medicina (escuelas de medicina y hospitales) minimizan la salud mental de los médicos, así como la depresión y riesgo de suicidio en los mismos, sus familias y su profesión. Se han realizado investigaciones que recomiendan lo siguiente:

- Educar a los estudiantes y residentes acerca de la depresión y riesgo de suicidio
- Detectar a los médicos que presentan depresión
- Ofrecerles ayuda multidisciplinaria en caso de presentarla
- Ofrecer un soporte social a quien lo requiera

También se propone inculcar la visión de que la prioridad mayor de la salud mental de los médicos, estudiantes de medicina y residentes, sirve como un modelo para el cuidado del paciente al mismo tiempo, prestando atención a la depresión y el suicidio ¹³.

Clasificación

Clasificación de los trastornos del estado de ánimo ¹⁴

Episodios afectivos

Episodio depresivo mayor
Episodio maniaco
Episodio mixto
Episodio hipomaniaco

Trastornos depresivos

F3x.x Trastorno depresivo mayor
F34.1 Trastorno distímico
F32.9 Trastorno depresivo no especificado

Trastornos bipolares

F3x.x Trastorno bipolar I
F31.8 Trastorno bipolar II
F34.0 Trastorno ciclotímico
F31.9 Trastorno bipolar no especificado

Otros trastornos del estado de ánimo

F06.xx Trastorno del estado de ánimo debido a (indicar enfermedad médica)
F1x.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
F39 Trastorno del estado de ánimo no especificado

Trastornos del humor (afectivos). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10 ¹⁵

Son trastornos en los cuales la perturbación fundamental consiste en una alteración del humor o de la afectividad, que tiende a la depresión (con o sin ansiedad concomitante) o a la euforia. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y,

a menudo, el comienzo de cada episodio se relaciona con sucesos o situaciones generadoras de estrés.

- F30 Episodio maníaco
- F30.0 Hipomanía
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos
- F30.8 Otros episodios maníacos
- F30.9 Episodio maniaco no especificado

F31 Trastorno afectivo bipolar

- F31.0 Trastorno afectivo bipolar, episodio hipomaniaco presente
- F31.1 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente sin síntomas psicóticos
- F31.2 Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con síntomas psicóticos
- F31.3 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo presente leve o moderado
- F31.4 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos
- F31.5 Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos
- F31.6 Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente
- F31.7 Trastorno afectivo bipolar, actualmente en remisión
- F31.8 Otros trastornos afectivos bipolares
- F31.9 Trastorno afectivo bipolar no especificado

F32 Episodio depresivo

Incluye episodios únicos de:

Depresión psicógena
Depresión reactiva
Reacción depresiva

- F32.0 Episodio depresivo leve
- F32.1 Episodio depresivo moderado
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- F32.8 Otros episodios depresivos
- F32.9 Episodio depresivo no especificado

F33 Trastorno depresivo recurrente

Incluye episodios recurrentes de:

Depresión psicógena

Depresión reactiva

Reacción depresiva, trastorno depresivo estacional

Excluye episodios depresivos breves recurrentes

F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente

F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado

F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos

F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos

F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión

F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes

F33.9 Trastorno depresivo recurrente no especificado

F34 Trastorno del humor persistente

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distimia

F34.8 Otros trastornos del humor afectivos persistentes

F34.9 Trastorno persistente del humor afectivo no especificado

F38 Otros trastornos del humor afectivos

F38.0 Otros trastornos del humor afectivos aislados

F38.1 Otros trastornos del humor afectivos recurrentes

F38.8 Otros trastornos del humor afectivos especificados

F39 Trastorno del humor afectivo no especificado

Características de los trastornos del estado de ánimo de acuerdo con su clasificación.

Episodio depresivo mayor. Es un trastorno que dura al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (anhedonia), más cuatro síntomas de depresión ^{14,16}.

Episodio maniaco. El síntoma clave es el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

Episodio mixto. Un periodo de al menos una semana de duración en el que casi cada día se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor ¹⁴.

Episodio hipomaniaco. Periodo delimitado durante el cual hay un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable que dura al menos cuatro días ¹⁴.

Trastorno depresivo mayor. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

Trastorno distímico. Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor ¹⁴.

Trastorno depresivo no especificado. Trastorno con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno del estado de ánimo adaptativo, con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo ¹¹.

Trastorno bipolar I. Se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

Trastorno bipolar II. Se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.

Trastorno ciclotímico. Al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen criterios para un episodio depresivo mayor ¹¹.

Trastorno bipolar no especificado. Trastorno con características bipolares que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección.

Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. Se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo.

Etiología

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- Factores genéticos
- Factores químicos (biológicos): alteraciones de neurotransmisores
- Factores psicosociales: experiencias adversas en la infancia, dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, así como baja autoestima.

En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica ¹⁷.

Factores genéticos

Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. Dió refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol, la feminidad misma —tal como está concebida en nuestra cultura— sería el factor de mayor riesgo para la depresión ¹⁸.

Los estudios familiares han confirmado de manera repetida que los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno bipolar I tienen una probabilidad de padecer este trastorno entre 8 y 18 veces superior a la de los familiares de primer grado de sujetos control, y de 2 a 10 veces más de padecer un trastorno depresivo mayor ¹⁸.

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación.

Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21 ¹⁷.

Factores biológicos

Además de factores genéticos de la transmisión, los factores biológicos pueden ser significativos en etiología y la patogenia de los trastornos afectivos, tales como alteraciones electrolíticas, en especial de sodio y potasio; las alteraciones neurofisiológicas basadas en los hallazgos de los estudios electrofisiológicos que

utilizan métodos electroencefalográficos y de potenciales evocados; anomalías neuroendocrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios, de la corteza suprarrenal, de la tiroides y de los cambios gonadales. Además las alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores, principalmente de las aminas biogénicas que sirven como neurotransmisores en el sistema nervioso central y periférico ¹⁹.

Aminas biogénicas. Entre estas sustancias, la noradrenalina, dopamina y la serotonina son los dos neurotransmisores más habitualmente implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo ^{14,16}.

Noradrenalina. La correlación sugerida por la investigación básica entre la “regulación a la baja” de los receptores β adrenérgicos y la respuesta clínica a los antidepresivos es probablemente el dato más relevante para evidenciar el papel del sistema noradrenérgico en la depresión ^{14,16}.

La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis ¹⁷.

Serotonina. La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y en el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafé, principalmente en el noveno, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral ¹⁷.

La enorme repercusión que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) –fluoxetina, por ejemplo- han tenido para el tratamiento de la depresión, ha convertido a la serotonina en el neurotransmisor más asociado con este trastorno. El descenso de serotonina puede precipitar una depresión y en algunos pacientes suicidas se han observado menores concentraciones de metabolitos de la serotonina en líquido cefalorraquídeo, y menos zonas de captación para la serotonina en plaquetas, medidas a través de la unión a plaquetas de la imipramina (antidepresivo tricíclico) ^{14,16}.

Dopamina. La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor participa en el mantenimiento del estado de alerta. La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz ¹⁷.

Es tan importante la interacción de estos tres neurotransmisores que desde hace 50 años existe la “hipótesis de las monoaminas en la depresión”, que se ha utilizado para explicar los efectos benéficos de los antidepresivos tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) ¹⁷.

Regulación neuroendocrina

El hipotálamo es esencial en la regulación de los ejes neuroendocrinos.

Eje adrenal. El papel del cortisol. La correlación entre la hipersecreción del cortisol y depresión es una de las observaciones más antiguas de la psiquiatría antigua.

Eje tiroideo. Los trastornos tiroideos se han asociado a menudo con los síntomas afectivos, y algunos investigadores han descrito problemas en la regulación del eje tiroideo en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Una implicación clínica directa de esta asociación es la importancia crítica que tiene evaluar a todos los pacientes con trastornos afectivos para conocer el estado de su eje tiroideo ¹⁶.

Hormona del crecimiento. En varios estudios se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre pacientes deprimidos y sujetos normales en la regulación de la liberación de hormona del crecimiento.

Neuroimagen. Los estudios realizados con RM también han señalado que los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el núcleo caudado y unos lóbulos frontales de menor tamaño que los sujetos sanos.

Consideraciones neuroanatómicas. Tanto los síntomas de los trastornos del estado de ánimo como los hallazgos biológicos refuerzan la hipótesis de que éstos trastornos expresan una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo ¹⁶.

Factores psicosociales

Acontecimientos vitales y estrés ambiental. Una observación clínica confirmada indica que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo que a los episodios posteriores. Algunos investigadores afirman que existe relación entre depresión y estrés, sobre todo aquel producido por situaciones cotidianas ¹⁹.

Familia. Los datos clínicos recalcan la importancia de evaluar la vida familiar del paciente e identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar ¹⁶.

Factores de personalidad premórbidos. La predisposición de una persona a padecer depresión no depende de rasgos individuales de personalidad ni tipología específica alguna; todos los seres humanos, sea cual sea su perfil de personalidad, pueden deprimirse y, de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias ¹⁶.

Características clínicas y diagnóstico

Las características clínicas de la depresión desembocan en cuatro grandes categorías:

1. Estado de ánimo (afecto): triste, melancólico, infeliz, hundido, vacío, preocupado, irritable.
2. Cognición: pérdida de interés, dificultades en la concentración, baja autoestima, pensamientos negativos, indecisión, culpa, ideas suicidas, alucinaciones, delirio.
3. Conducta: retraso o agitación psicomotriz, llantos, abstinencia social, dependencia, suicidio.
4. Somático (físico): trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga, aumento o disminución del apetito, pérdida o aumento de peso, dolor, molestias gastrointestinales, disminución de la libido ¹⁶.

Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de depresión (episodio depresivo mayor):

A) Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa hacen el diagnóstico. Uno de los síntomas debe ser: 1) estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto (sentimiento de tristeza) o la observación realizada por otros (llanto). En los niños y adolescentes puede existir irritabilidad
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 un régimen, o aumento de peso (más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores (observables por los demás)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B) Los síntomas no cumplen los criterios de 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 (por ejemplo, una droga o medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo)

Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor) ¹⁴.

Frecuentemente el paciente con un episodio depresivo mayor se define triste, desesperanzado, desanimado o como en un pozo. La presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y del comportamiento aparente del sujeto. Casi siempre hay pérdida del interés y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de haber perdido el interés o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras. Los familiares notan aislamiento social o abandono de aficiones. En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual.

El apetito disminuye y puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso. Los cambios psicomotores incluyen agitación (incapacidad para permanecer sentados, se frotan las manos, se pellizcan o arrugan la piel, la ropa o algún objeto) o enlentecimiento en el lenguaje, pensamientos y movimientos corporales.

Además, puede haber síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento, tales como cefalea, trastornos digestivos y dolor crónico.

Los episodios depresivos mayores se producen tanto en la depresión mayor como en el trastorno bipolar. Se clasifican de acuerdo con su gravedad en: leve, moderada, grave sin características psicóticas o grave con características psicóticas ¹⁶.

Para realizar adecuadamente el diagnóstico de depresión, se necesita buscar información sobre la depresión, misma que se realiza con:

1. Historia clínica (Interrogatorio y exploración física)
2. Información proporcionada por familiares y/o amigos cercanos
3. Instrumentos para detectar depresión (instrumentos)

Escalas de medición de la depresión

El tipo de escala más común es la que registra únicamente síntomas y se utiliza para conocer el estado del paciente así como para evaluar los cambios que pueden presentarse en el curso de la enfermedad. El método para calificarlas es la presencia o ausencia del síntoma, en otras se toman en cuenta categorías como leve, moderado y severo. En todas las escalas se suma el resultado de las respuestas que se asignan a los síntomas para poder obtener un puntaje total ²⁰.

Algunas escalas están diseñadas para ser utilizadas por expertos y otras por personas sin entrenamiento especial; además, algunas las aplica un entrevistador y otras el mismo paciente. Cuando son realizadas por el médico, se emplea menor tiempo y se pueden optimizar los resultados ¹⁵.

Escalas de uso actual

Hasta ahora existen numerosas escalas para medir y detectar depresión, las más utilizadas son: el inventario de depresión de Beck, El inventario Multifásico de las Personalidad de Minnesota (MMPI), la escala de Hamilton y la escala de auto evaluación de Zung.

Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota

Consta de 566 preguntas en forma de afirmaciones positivas o negativas que corresponden a muchos aspectos de la personalidad. Su escala 2 (D) se considera como la que corresponde al estado de ánimo y fue diseñada para medir la depresión. Consta de 60 reactivos, de los cuales 20 deben ser respondidos como “ciertos” y 40 como “falsos”.

Esta considerado como confiable, pero tarda de una a dos horas para resolverse y solo puede ser aplicada por un profesional de la salud mental competente. Por otra parte, muchos reactivos no tienen relación con el cuadro de la depresión en nuestro medio, tales como:

1. No. 58: “Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron”
2. No. 80: “De vez en cuando molesto a los animales”
3. No. 130: “Nunca he vomitado o escupido sangre”
4. No. 154 “Nunca he tenido un ataque o convulsiones”
5. No. 193 “No me dan ataques de alergia o asma” ²⁰.

Escala de calificación de Hamilton para depresión (Hamilton Rating Scale for depression)

Es la escala más ampliamente usada en estudios de tratamiento para depresión y un instrumento estándar para evaluar otras escalas de depresión. Contiene de 17 a 21 reactivos, dependiendo de la versión, que son calificados de acuerdo con la intensidad y frecuencia dentro de los pocos días previos a la entrevista. Los reactivos se califican de 0 a 2 o de 0 a 4, con una calificación total, en la versión de 17 reactivos, de 0 a 50; calificaciones de 7 o menos, pueden ser consideradas normales, de 8 a 13 con depresión leve, de 14 a 18 moderada, de 19 a 22 severa y de 23 o más muy severo. Esta escala deberá ser utilizada por clínicos experimentados, ya que requiere de habilidad en la entrevista de pacientes deprimidos y en la evaluación de los síntomas^{20, 21}.

Escala de auto evaluación de Zung

Fue publicada en 1965 por Zung y Dirham, ha sido utilizada en investigaciones epidemiológicas para medir la frecuencia de un problema. Presenta varios inconvenientes, sobre todo para su aplicación clínica en México, tales como:

1. Está diseñada para ser auto aplicada, lo que la hace más útil en estudios de campo.
2. No existe un NO categórico, por lo que algunas preguntas se quedan sin respuesta.
3. El recurso utilizado por Zung para presentar la mitad de las declaraciones en sentido negativo con el fin de evitar una tendencia confunde al paciente, sobre todo si es de bajo nivel cultural, y con frecuencia lo lleva a interpretar lo contrario de lo que se está preguntando.
4. Esta escala no considera tres síntomas muy frecuentes en nuestro país: la inseguridad, las ideas obsesivas y la disminución de la concentración.
5. Las personas que no tienen relaciones sexuales no responden al reactivo 6, mismo que dice “todavía disfruto de las relaciones sexuales”, requiriendo que se haga un planteamiento más amplio ^{20,21}.

Inventario de depresión de Beck (BDI)

La versión original del BDI fue introducida por Beck, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961. Se trata de un inventario de 21 preguntas, autoaplicado, que busca actitudes características y síntomas de depresión.

El Inventario para la Depresión de Beck, al que a partir de ahora denominaremos por su reconocido acrónimo BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de auto informe más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en

poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. En el ámbito profesional, basta señalar que los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los test entre los profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce test más usados. Asimismo, diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión ²².

Esta escala de auto-reporte es tal vez la más usada para la evaluación de síntomas o manifestaciones conductuales y somáticas características de la depresión. Contiene 21 reactivos y cada uno consiste en un grupo de cuatro afirmaciones que el entrevistado debe leer cuidadosamente a fin de escoger en cada grupo, la que describa de mejor manera como se ha sentido, desde la última semana hasta el día de hoy.

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, la que mejor se aproxima a su estado durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad ^{20,23}.

Los ítems evalúan:

1. Estado de ánimo
2. Pesimismo
3. Sentimiento de fracaso
4. Insatisfacción
5. Sentimiento de culpa
6. Sentimiento de castigo
7. Odio a sí mismo
8. Auto acusación
9. Intentos suicidas
10. Periodos de llanto
11. Irritabilidad
12. Aislamiento social
13. Indecisión
14. Imagen corporal
15. Capacidad laboral
16. Trastornos del sueño
17. Cansancio
18. Pérdida del apetito
19. Pérdida de peso
20. Hipocondría
21. Libido

Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y su respuesta tiene una estimación numérica, en donde el valor de la calificación es directamente proporcional a la severidad del síntoma, quedando de la manera siguiente: 0 (ausente) a 3 (severa)²⁰. Los puntos de la corte de escala se emplean para categorizar la severidad de la depresión de la siguiente manera²³:

- De 0 a 9 refleja ausencia o presencia mínima de síntomas, se toma como valor normal
- De 10 a 18, depresión leve a moderada
- De 19 a 29, depresión moderada a severa
- De 30 a 63, depresión severa^{22,23}

Tratamiento

Antes de adentrarnos a los tratamientos más específicos del trastorno depresivo mayor, ciertos términos como mejoría, remisión, recaída y recurrencia, necesitan una definición.

La remisión completa se refiere “a un periodo relativamente breve, durante el cual se observa una mejoría de magnitud suficiente que nos hace ver al individuo como asintomático”.

La remisión parcial es el periodo durante el cual un individuo presenta algo más que una sintomatología mínima, aunque estos síntomas ya no cumplen los criterios de depresión mayor.

La mejoría se refiere a una remisión completa de una duración determinada (aunque no está fijada).

Una recaída representa “el retorno de los síntomas de un episodio que aún continúa pero en el cual ya se había suprimido la sintomatología”, mientras que la recurrencia es un nuevo episodio de depresión mayor¹⁶.

La mayoría de pacientes con un trastorno depresivo mayor pueden ser tratados de un modo seguro y efectivo en un marco ambulatorio. La hospitalización puede ser necesaria en pacientes con tendencias suicidas o en pacientes gravemente incapacitados, así como durante la intervención en las crisis, si es necesaria una evaluación diagnóstica compleja, si se van a iniciar tratamientos que poseen un riesgo elevado o terapia electroconvulsiva¹⁶.

Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, las cuales son las más documentadas en todas las publicaciones para el tratamiento específico del trastorno depresivo mayor, son los más eficaces ^{16,24}.

Terapia cognoscitiva

Fue desarrollada por Aarón Beck y se centra en las distorsiones cognoscitivas (tríada cognoscitiva). El objetivo de la terapia es aliviar los episodios depresivos y prevenir su recurrencia, logrando que los pacientes identifiquen y pongan a prueba las cogniciones negativas, desarrollando formas de pensamiento alternativas, flexibles y positivas, así como practicar nuevas respuestas cognoscitivas y conductuales ^{16,20}.

Terapia interpersonal

Fue desarrollada por Gerald Klerman y está centrada en uno o dos problemas interpersonales que padezca el paciente en la actualidad. El programa de tratamiento consta de 12 a 16 sesiones, una vez a la semana y está caracterizada por ser un procedimiento terapéutico activo ¹⁶.

Terapia conductual

Se basa en la hipótesis de que ciertos patrones conductuales desadaptativos hacen que la persona reciba una escasa retroalimentación positiva por parte de la sociedad, o incluso, un abierto rechazo. Al centrar la terapia en éstas conductas desadaptativas, los pacientes aprenden a conducirse en el mundo de tal forma que reciban más refuerzos positivos ²⁵.

Tratamiento farmacológico

Los primeros fármacos antidepresivos fueron introducidos a finales de los años cincuenta, momento a partir del cual se ha podido establecer su efectividad. De hecho, muchos médicos consideran la medicación como la piedra angular de una terapia con la cual deben compararse los otros tratamientos. Al mismo tiempo, se cree ampliamente que la combinación de la farmacoterapia con la psicoterapia es la técnica más efectiva de este tratamiento ¹⁶.

Todos los antidepresivos en el mercado son efectivos. Normalmente la terapia tiene una duración de 2 a 6 semanas. El fracaso en el tratamiento con frecuencia no se debe a resistencia clínica, sino a duración o dosis inadecuadas del tratamiento ²⁶.

La farmacoterapia inicial incluye los siguientes grupos:

1. Inhibidores de la recaptura de serotonina: fluoxetina (prozac), paroxetina (paxil), sertralina (zoloft), fluvoxamina (luvox), citalopram (celexa) y escitalopram (lexapro). Este grupo tiene la ventaja de que es fácil dosificar y de baja toxicidad en caso de sobredosis. Entre los efectos adversos se encuentran incluyen trastorno gastrointestinal, disfunción sexual y cambios leves en la energía ²⁶.
2. Antidepresivos atípicos: comprende venlafaxina (effesor), bupropion (wellbutrin), nefazodone (serzone), mirtazapine (remerón) y trazadote (desirel). Este grupo muestra también baja toxicidad en caso de sobredosis así como que puede tener ventajas sobre los ISRS por causar menor disfunción sexual y trastornos gastrointestinales ²⁶.
3. Antidepresivos tricíclicos: están incluidos en este grupo la amitriptilina (anapsique), nortriptilina (motival), desipramina (norpramin), clorimipramina (anafranil), protriptilina (vivactil) e imipramina (tofranil). Este es un grupo muy eficaz en el tratamiento de la depresión y es de bajo costo. Sus efectos adversos se deben a sus propiedades anticolinérgicas y antihistamínicas que provocan sedación, confusión, sequedad de boca, constipación, retención urinaria, disfunción sexual y ganancia de peso. Deben ser usados con precaución en pacientes con alteraciones en la conducción cardíaca ²⁶.
4. Inhibidores de la monoaminoxidasa. Se encuentran incluidos en este grupo phenelzine (nardil) y tranilcypromina (parnate). Son efectivos en los trastornos de ansiedad. Los pacientes que reciben tratamiento con inhibidores de la MAO deben seguir dieta con tiramina por el riesgo de presentar crisis hipertensiva ²⁶.

Las investigaciones han mostrado que una vez que el paciente ha conseguido la remisión completa, un tratamiento de continuación durante como mínimo 4 meses, reduce de forma importante el riesgo de recaída. Si se decide suspender el tratamiento, la dosis del fármaco debe ser reducida de forma gradual para evitar tanto los síntomas por abstinencia como el posible resurgimiento de la depresión si vemos que nuestra decisión ha sido prematura (la larga vida media de la fluoxetina permite su supresión brusca sin que exista sintomatología por abstinencia). Dada la naturaleza recurrente del trastorno depresivo mayor, frecuentemente está indicado el tratamiento de mantenimiento a largo plazo, es decir, preventivo ¹⁶.

Alternativas de tratamiento

Se utilizan con bastante éxito, técnicas terapéuticas conductuales como: desarrollar la habilidad para resolver problemas, la relajación, meditación y respiración; que pueden ser proporcionadas como material de auto-ayuda y que podrían formar parte del apoyo psicosocial que los médicos familiares proporcionen en un programa terapéutico contra la depresión ²⁷.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema de salud pública, de alta incidencia y prevalencia a nivel mundial, en México se han realizado estudios para determinar la prevalencia de la misma en personas de 18 a 65 años de edad, uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto.

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

Aunque en la depresión está implicada una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de constante estrés y exceso de trabajo, como es el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia es del 12.8% y se incrementa en los médicos residentes (47.5%), según las estadísticas.

Dado lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Existe depresión en los médicos residentes que se encuentran realizando su especialidad en el Hospital General de Zona /UMF No. 8?

JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los padecimientos más comunes y a la vez más graves problemas de salud mental que enfrenta la gente hoy en día. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indico que la depresión en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar de enfermedades incapacitantes en el mundo, después de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular), pero que en el año 2020 ocupara el segundo lugar.

Las mujeres tienen dos veces más riesgo que los hombres de padecer un cuadro de depresión durante su vida. Se ha demostrado que la mayor incidencia y prevalencia ocurre entre los 20 y 45 años de edad. En Estados Unidos, la incidencia del estado depresivo mayor, es del 20% y la prevalencia del 10% en pacientes que acuden a la consulta externa.

En el año 2000 en México el 9% de la población adulta entre 18 y 65 años presentaba trastornos afectivos, el 7.8 % de ellos, correspondían a episodios de depresión mayor, con una relación 2:1, respecto a mujer:hombre. Sin embargo, la enfermedad presenta un comportamiento ascendente..

Debido a que existen pruebas diagnósticas aprobadas y conocidas mundialmente, que se pueden emplear en la consulta externa, incluso aplicarse en menos de 10 minutos, colaborando en la detección oportuna de depresión, así como un adecuado tratamiento y canalización, dependiendo del grado de la misma, a un segundo o tercer nivel de atención.

Es importante tener un enfoque sobre el estado anímico de los médicos residentes, debido a que está demostrado que existe una frecuencia elevada de depresión, y en la mayoría de los casos pasa inadvertida por el médico de primer nivel, así como por sus propias familias, ocasionando en muchas ocasiones alteraciones en el desempeño laboral y familiar.

Se realizó el presente estudio con la finalidad de identificar la presencia de depresión subclínica en los médicos residentes que realizan su especialidad en el HGZ/UMF No. 8, así como estatificar el grado de la misma, debido a que no existen hasta el momento estudios en esta unidad sobre el tema.

Los médicos residentes acuden de manera constante a su sitio laboral y de estudio, el hospital, viven incluso más de 12 horas al día en el mismo, conviven con personas ajenas de manera inicial y posteriormente se forman equipos de trabajo; sin embargo, cuando alguno de estos integrantes no se encuentra

anímicamente en condiciones adecuadas, no se pueden realizar las actividades que se requieren para continuar con el curso de especialización al que se está aspirando, por lo que es de vital importancia realizar de manera regular un estudio o escala para valorar si existe algún grado de depresión en los mismos, así como iniciar un tratamiento oportuno y referirlos, en caso de ser necesario, con el médico especialista en psiquiatría, con el fin de que se realicen adecuadamente sus labores y se llegue a la meta final: terminar la especialidad en las mejores condiciones posibles.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Detectar la existencia de depresión en los médicos residentes que realizan su especialidad en el HGZ No. 8 del IMSS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar depresión en los médicos residentes de Medicina Familiar.
2. Identificar depresión en los médicos residentes de Urgencias Médico quirúrgicas del HGZ No. 8 del IMSS
3. Identificar frecuencia de depresión de los residentes detectados
4. Identificar el grado de depresión de los residentes detectados
5. Identificar el sexo más afectado
6. Identificar especialidad más afectada
7. Identificar grado más afectado

HIPOTESIS

Los médicos residentes que realizan su especialidad en el Hospital General de Zona/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social presentan depresión.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

De acuerdo con el periodo en que se capta la información se trata de un estudio prospectivo.

De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado se trata de un estudio transversal.

De acuerdo a la comparación de las poblaciones se trata de un estudio descriptivo.

De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO

Población, lugar y tiempo

El estudio se realizó en el HGZ/UMF No 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicado en avenida Río Magdalena 289, colonia Tizapán San Ángel, Magdalena Contreras, en la ciudad de México, DF.

Se incluyó en el estudio a los médicos residentes de las especialidades de medicina familiar y de urgencias médico-quirúrgicas, que cumplieran con los criterios de inclusión del mismo.

Se les aplicó el inventario para detección de depresión de Beck a los sujetos de estudio en el periodo comprendido del 15 al 30 de Septiembre del 2006.

Tipo y tamaño de la muestra

- ❖ Se identificó la plantilla de médicos residentes de las dos especialidades mencionadas, adscritos al HGZ No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de invitarles a participar en el presente estudio.
- ❖ Se aplicó el inventario para detección de depresión de Beck, firmando hoja de consentimiento informado.
- ❖ Se aplicó el IDB a los médicos residentes de las especialidades de medicina familiar y urgencias médico quirúrgicas, quienes hacen guardias en el área de urgencias durante su especialidad, que aceptaron participar de manera voluntaria. Se descartó la participación de los que se encontraban en la realización de su servicio social, de vacaciones, que tuvieran incapacidad o no aceptaran participar de manera voluntaria en el mismo.
- ❖ No se incluyeron los residentes de anestesiología debido a que no realizan guardias en el área de urgencias y solamente se encuentran en el hospital los alumnos de primer año.
- ❖ El tipo de muestra es no aleatoria consecutiva

❖ El total de la población de estudio es la siguiente:

ESPECIALIDAD	1er año	2º año	3er año	TOTAL
Medicina Familiar	16	10	16	42
Urgencias Medico quirúrgicas	9	5	10	24
TOTAL	25	15	26	66

Total de la muestra (incluye pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria a la realización del estudio y que cumplieron con criterios de inclusión): 45.

Criterios de inclusión

- ❖ Ser medico residente de las especializaciones en medicina familiar y medicina de urgencias.
- ❖ Realizar su especialidad en el HGZ/UMF #8 San Ángel
- ❖ Ambos sexos
- ❖ Estado civil diverso
- ❖ Participación voluntaria
- ❖ Sin enfermedad psíquica subyacente

Criterios de exclusión

- ❖ No ser medico residente que cursa especialización de medicina familiar o urgencias médico-quirúrgicas
- ❖ Que no acepten participar en el estudio
- ❖ Padecer de enfermedades psiquiátricas subyacentes

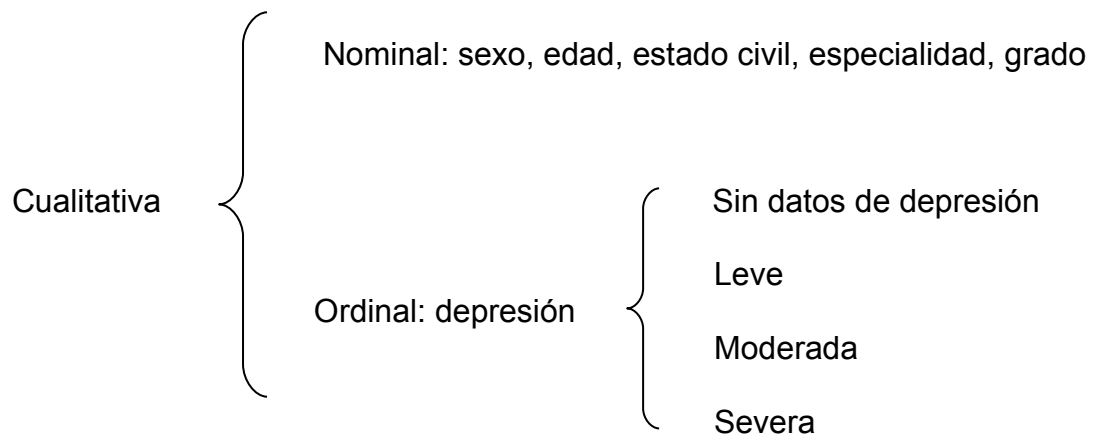
Criterios de eliminación

- ❖ No llenar adecuadamente el instrumento de evaluación

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente: Médicos residentes (medicina familiar y urgencias)

Variable independiente: Depresión



DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES QUE TOMA LA VARIABLE
Edad	Cuantitativa	Ordinal	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Separado 5. Viudo 6. Unión libre
Especialidad	Cualitativa	Nominal	1. Medicina Familiar 2. Urgencias médico-quirúrgicas
Grado de especialidad	Cualitativa	Nominal	1. Primero 2. Segundo 3. Tercero
Depresión	Cualitativa	Nominal	1. Normal 2. Depresión leve a moderada 3. Depresión moderada a severa 4. Depresión severa

Procedimiento para captar la información

Se solicitó la autorización del Comité de Investigación en Salud del HGZ No. 8, del Instituto Mexicano del Seguro Social para la aplicación del instrumento, el inventario de depresión de Beck.

Se solicitó autorización para participar de manera voluntaria a los participantes, por escrito, llenando el instrumento de manera anónima.

Una vez captados los datos se calificó y ordenó la información para la elaboración de cuadros y gráficas, media, mediana y desviación estándar, y posteriormente se realizó el análisis estadístico.

Se utilizó el programa estadístico SPSS, versión 11, para ingresar los resultados de las encuestas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	MAR 2006	ABR 2006	MAY 2006	JUN 2006	JUL 2006	AGO 2006	SEP 2006	OCT 2006	NOV 2006	ENE 2007	FEB 2007
ETAPA DE PLANEACIÓN	* =)										
ELABORACIÓN DEL PROYECTO		* =)									
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN			*								
ACEPTACIÓN DEL PROYECTO					* =)						
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN							* =)				
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN				* =)	* =)	* =)	* =)				
ALMACENAMIENTO DE INFORMACION Y DATOS							* =)				
ANÁLISIS DE LOS DATOS							* =)	* =)			
DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS							* =)	* =)			
DISCUSIÓN DE RESULTADOS							* =)	* =)			
CONCLUSIONES							* =)	* =)			
PRESENTACIÓN DE TRABAJO									* =)	* =)	

* PLANEADO

=) REALIZADO

RESULTADOS

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. El universo de estudio estuvo integrado por una población adulta de 26 a 32 años de edad, todos médicos residentes que realizan su especialidad en medicina familiar y urgencias médico quirúrgicas en el Hospital General de Zona/UMF No. 8 "San Ángel" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

A los sujetos de estudio se les aplicó el inventario de depresión de Beck, con el fin de detectar depresión y grado de la misma, mismo que clasifica los resultados como normales o sin datos de depresión, depresión leve a moderada, depresión moderada a severa y depresión severa. También se les solicitó carta de consentimiento informado y se les explicó el fin de la investigación.

La muestra final quedó integrada por 45 sujetos de estudio, debido a que se encontraban realizando su servicio social algunos residentes de Medicina Familiar de tercer año y otros de vacaciones, además de los que no aceptaron participar en el presente estudio.

La fuente de la información fue la entrevista directa.

Las variables que se analizaron fueron las siguientes:

1. Sexo
2. Edad
3. Estado civil
4. Especialidad
5. Grado que cursa
6. Depresión

Para el análisis y procesamiento de los datos se calcularon frecuencias simples y porcentajes validados, además de medidas de tendencia central y de dispersión.

Se encontró una media de 28.33, mediana de 28, moda de 27, desviación estándar de 1.651, rango de 6, con respecto a la edad. Se realizó un análisis exploratorio de datos, encontrando la siguiente información:

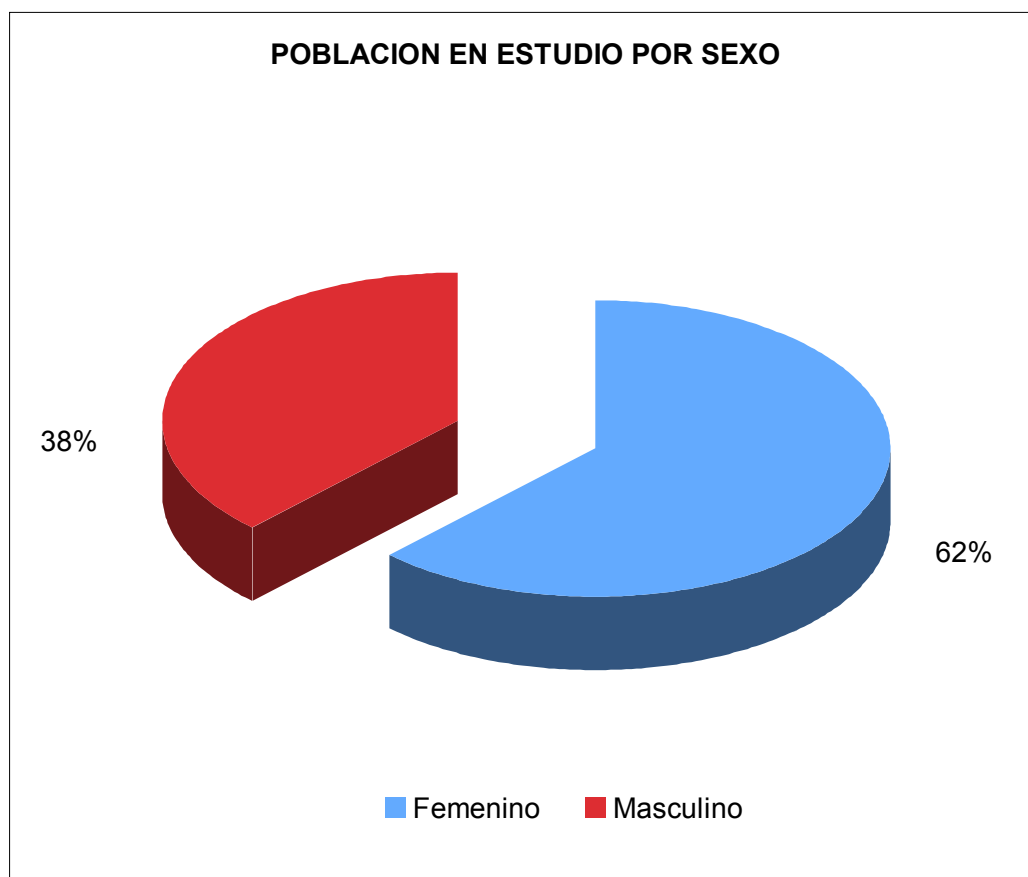
Al clasificar a los sujetos de estudio por sexo se obtuvieron los siguientes resultados: 28 mujeres (62.2%) y 17 hombres (37.8%). Total: 45.

TABLA 1. FRECUENCIA POR SEXO

<i>Valid</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>
Femenino	28	62.2	62.2
Masculino	17	37.8	37.8
<i>Total</i>	45	100.0	100.0

N=45

GRAFICA 1. POBLACION DE ESTUDIO POR SEXO



N=45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

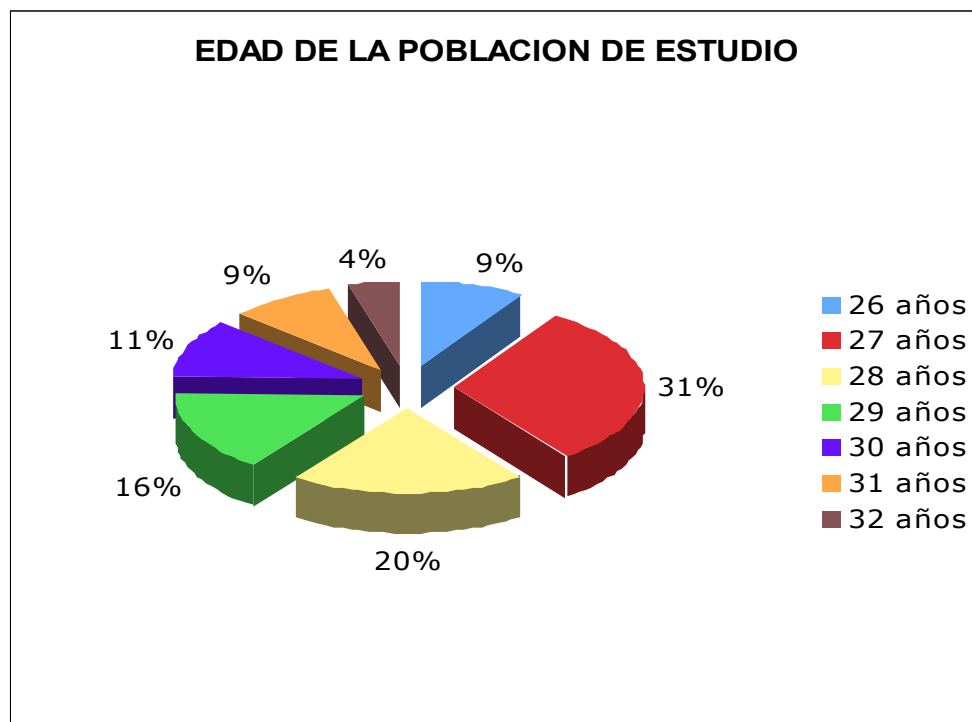
De acuerdo a la edad, se encontraron: 14 sujetos de 27 años (31.1%), 9 de 28 años (20%), 7 de 29 años (15.6%), 5 de 30 años (11.1%), 4 de 26 años (8.9%), 4 de 31 años (8.9%) y 2 de 32 años (4.4%).

TABLA 2. FRECUENCIA POR EDAD

<i>Valid</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>
26 años	4	8.9	8.9
27 años	14	31.1	31.1
28 años	9	20.0	20.0
29 años	7	15.6	15.6
30 años	5	11.1	11.1
31 años	4	8.9	8.9
32 años	2	4.4	4.4
<i>Total</i>	45	100.0	100.0

N=45

GRAFICA 2. EDAD DE LA POBLACION DE ESTUDIO



N=45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006.

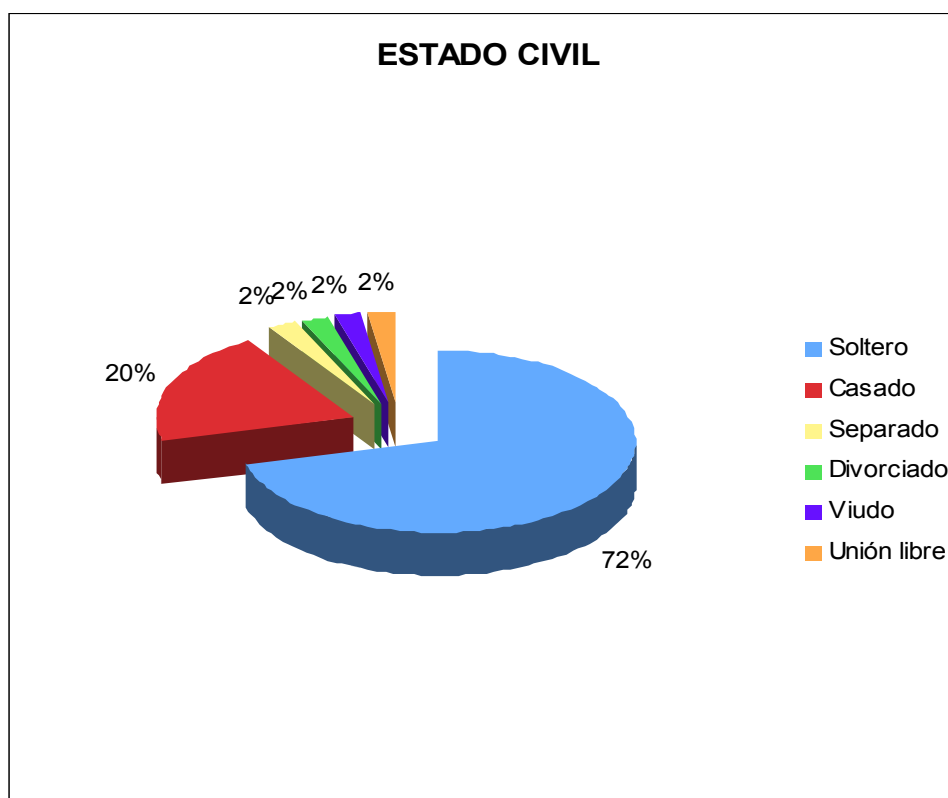
De acuerdo al estado civil: 32 sujetos solteros (71.1%), 9 casados (20%), 1 separado (2.2%), 1 divorciado (2.2%), 1 viudo (2.2%), 1 en unión libre (2.2%).

TABLA 3. FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL

<i>Valid</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>
Soltero	32	71.1	71.1
Casado	9	20.0	20.0
Separado	1	2.2	2.2
Divorciado	1	2.2	2.2
Viudo	1	2.2	2.2
Unión libre	1	2.2	2.2
<i>Total</i>	45	100.0	100.0

N=45

GRAFICA 3. ESTADO CIVIL DE LA POBLACION DE ESTUDIO



N=45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006.

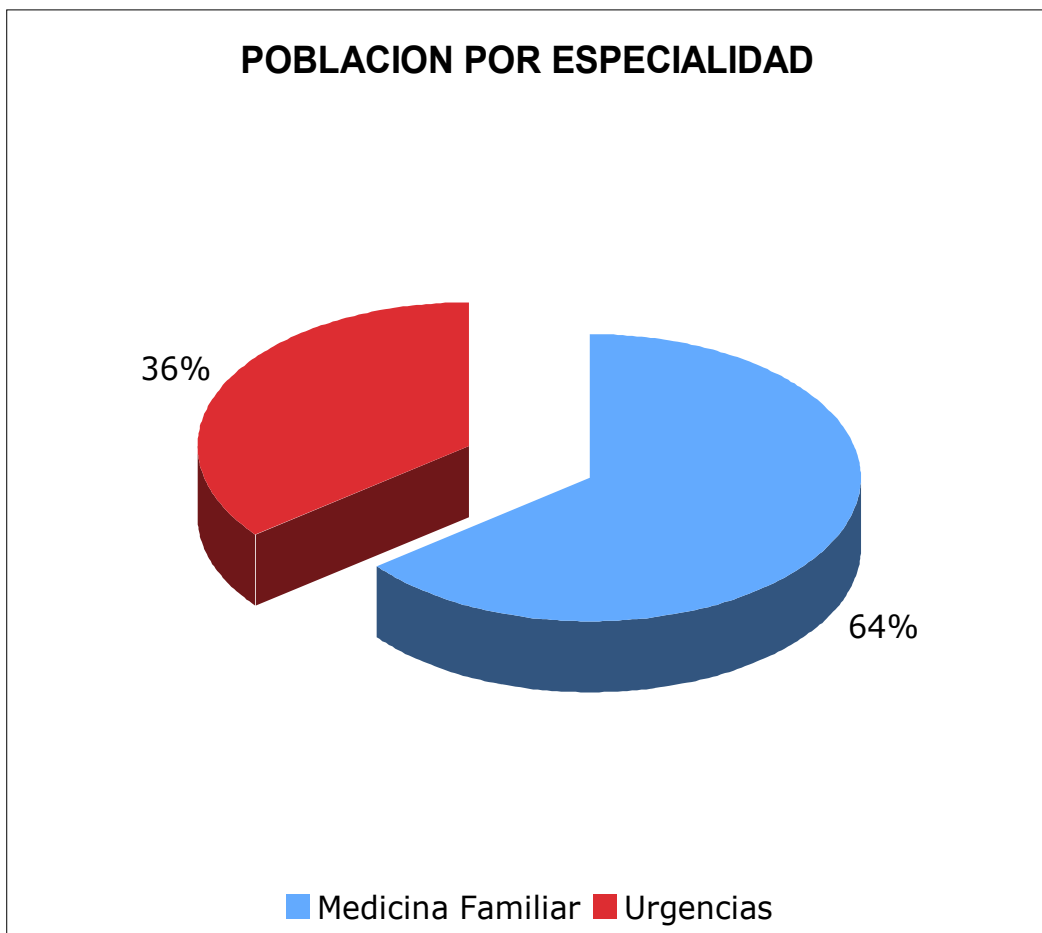
De acuerdo a la especialidad, se encontró una frecuencia de 29 residentes de Medicina Familiar (64.4%) y 16 de urgencias médico-quirúrgicas (35.6%)

TABLA 4. FRECUENCIA POR ESPECIALIDAD

<i>Valid</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percente</i>
Medicina Familiar	29	64.4	64.4
Urgencias	16	35.6	35.6
<i>Total</i>	45	100.0	100.0

N=45

GRAFICA 4. POBLACION DE ESTUDIO POR ESPECIALIDAD



N=45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006.

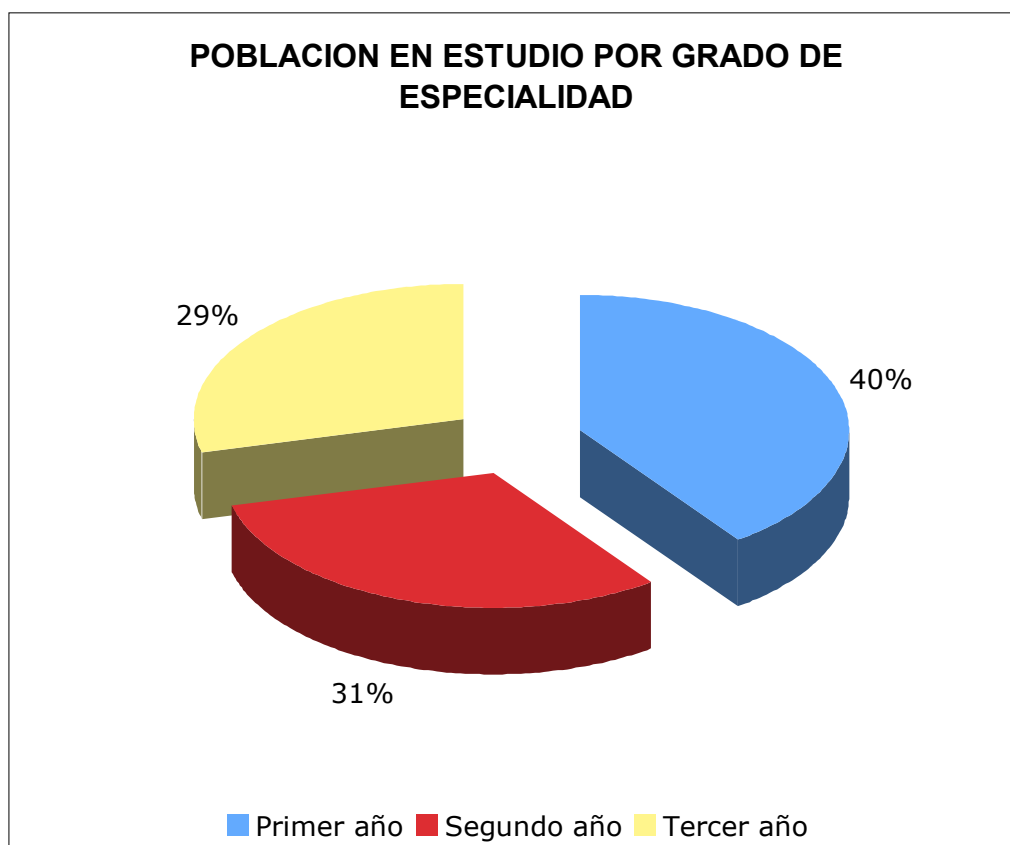
De acuerdo al grado de especialidad, se encontró que 18 residentes son de primer año (40%), 14 de segundo año (31.1%) y 13 de tercero (28.9%)

TABLA 5. FRECUENCIA POR GRADO DE ESPECIALIDAD

<i>Valid</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>
Primer año	18	40.0	40.0
Segundo año	14	31.1	71.1
Tercer año	13	28.9	28.9
<i>Total</i>	45	100.0	100.0

N=45

GRAFICA 5. POBLACION EN ESTUDIO POR GRADO DE ESPECIALIDAD



N=45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

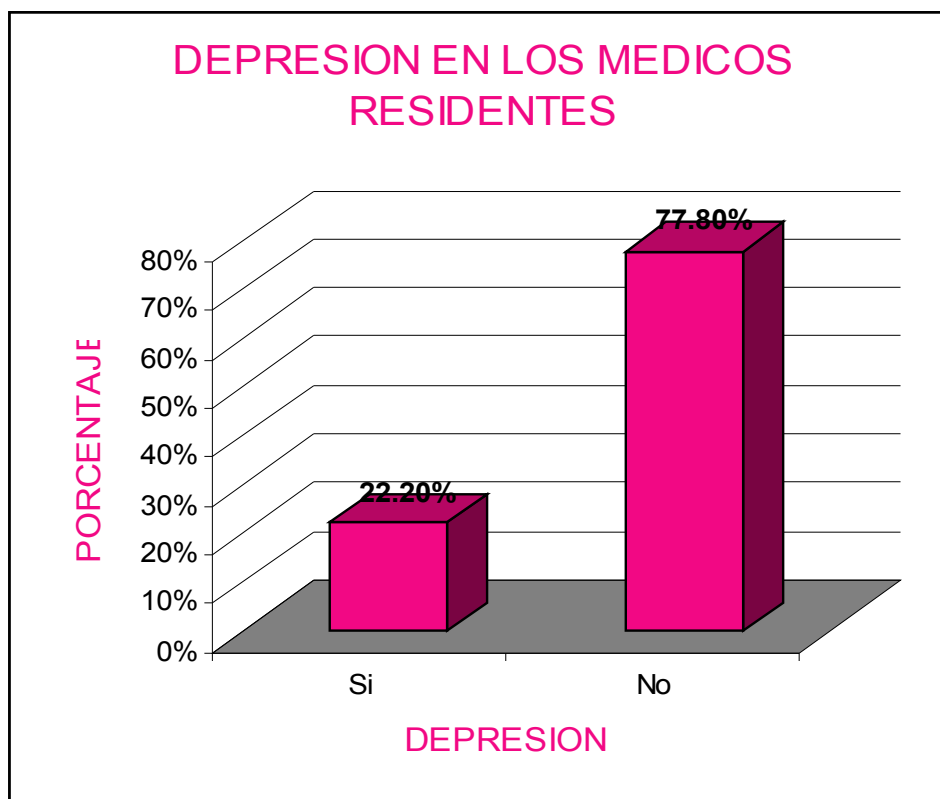
Según la clasificación de depresión, de acuerdo al inventario para detección de depresión de Beck, 10 (22.2%) sujetos presentaron depresión y 35 (77.8%) no.

TABLA 6. DEPRESION EN LOS MEDICOS RESIDENTES

<i>Valid</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>
Si	10	22.2	22.2
No	35	77.8	77.8
Total	45	100.0	100.0

N:45

GRAFICA 6. EXISTENCIA DE DEPRESION EN LOS RESIDENTES



N: 45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

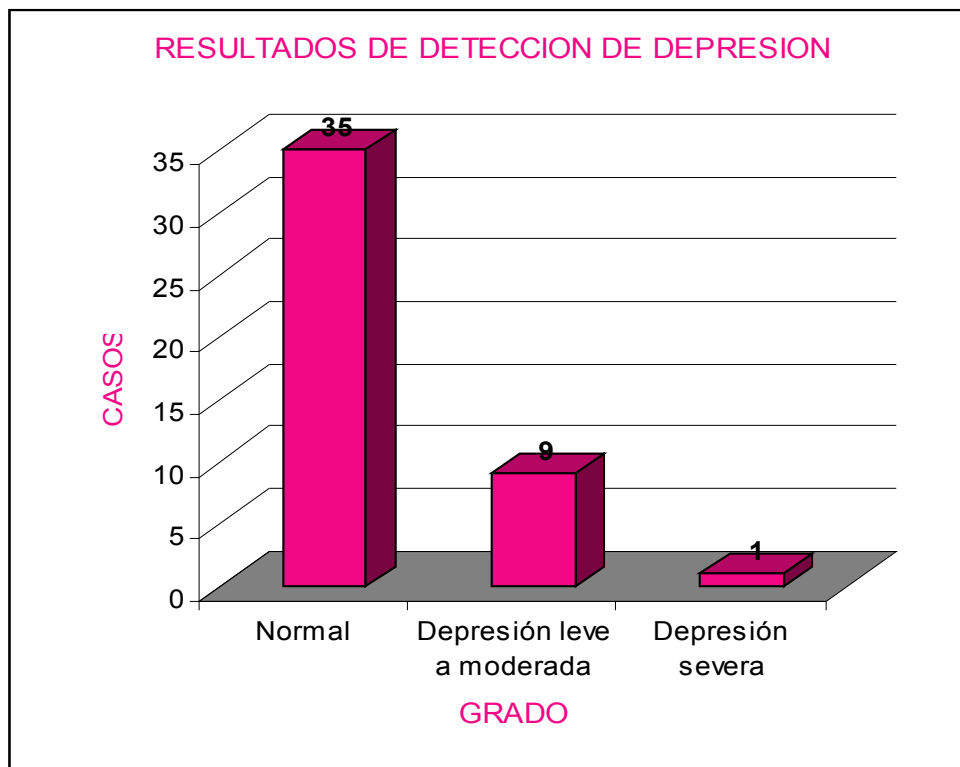
Con respecto al grado de la misma se encontró lo siguiente: 35 (77.8%) dentro del rango de normalidad o sin datos de depresión, 9 personas (20%) con depresión leve a moderada y 1 persona (2.2%) con depresión severa.

TABLA 7. FRECUENCIA DE GRADO DE DEPRESION DE ACUERDO AL BDI

<i>Valid</i>	<i>Frequency</i>	<i>Percent</i>	<i>Valid Percent</i>
Normal	35	77.8	77.8
Depresión leve a moderada	9	20.0	20.0
Depresión moderada a severa	0	0	0
Depresión severa	1	2.2	2.2
<i>Total</i>	45	100.0	100.0

N: 45

GRAFICA 7. GRADO DE DEPRESION EN LOS RESIDENTES



N: 45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

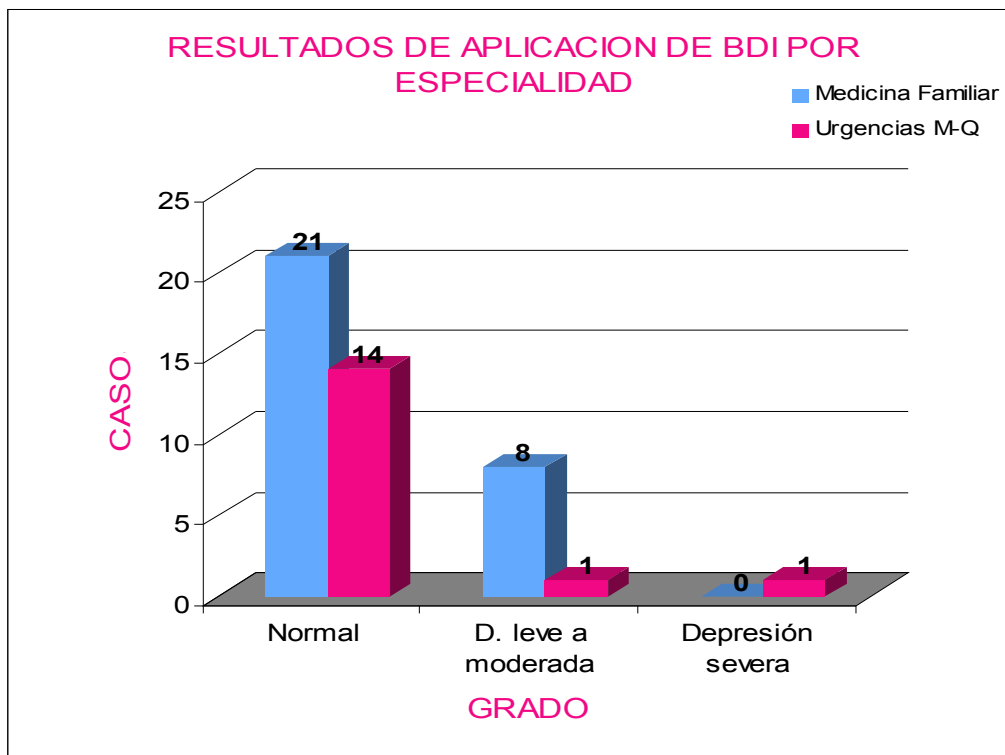
Al relacionar el índice de grado de depresión con especialidad se encontró que 21 residentes de medicina familiar y 14 de urgencias médico quirúrgicas sin datos de depresión, 8 residentes de medicina familiar con depresión leve a moderada, 1 residente de medicina familiar con depresión leve a moderada y 1 residente de urgencias médico quirúrgicas con depresión severa.

TABLA 8. GRADO DE DEPRESION POR ESPECIALIDAD

<i>Count</i>	<i>Normal</i>	<i>D. leve a moderada</i>	<i>Depresión severa</i>	<i>Total</i>
Medicina Familiar	21	8	0	29
Urgencias M-Q	14	1	1	16
Total	35	9	1	45

N: 45

GRAFICA 8. GRADO DE DEPRESION POR ESPECIALIDAD



N= 45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

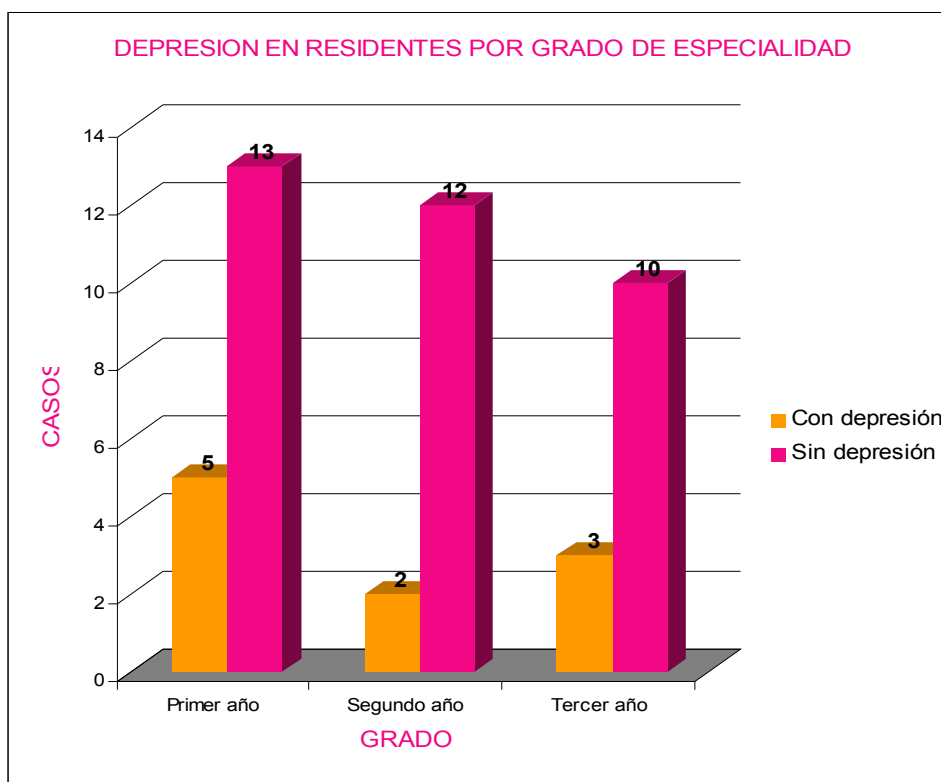
Al relacionar el índice de grado de depresión con respecto al año de la especialidad se encontró lo siguiente: con depresión a 5 residentes de primer año (4 con depresión leve a moderada y 1 con depresión severa), 2 de segundo año (depresión leve a moderada) y 3 de tercer año (depresión leve a moderada). Por otro lado, 13 residentes de primer año, 12 de segundo año y 10 de tercer año sin depresión.

TABLA 9. DEPRESION EN RESIDENTES DE ACUERDO AL AÑO DE LA ESPECIALIDAD

<i>Count</i>	<i>Con depresión</i>	<i>Sin depresión</i>	<i>Total</i>
Primer año	5	13	18
Segundo año	2	12	14
Tercer año	3	10	13
<i>Total</i>	10	35	45

N= 45

GRAFICA 9. DEPRESION POR GRADO DE ESPECIALIDAD



N: 45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

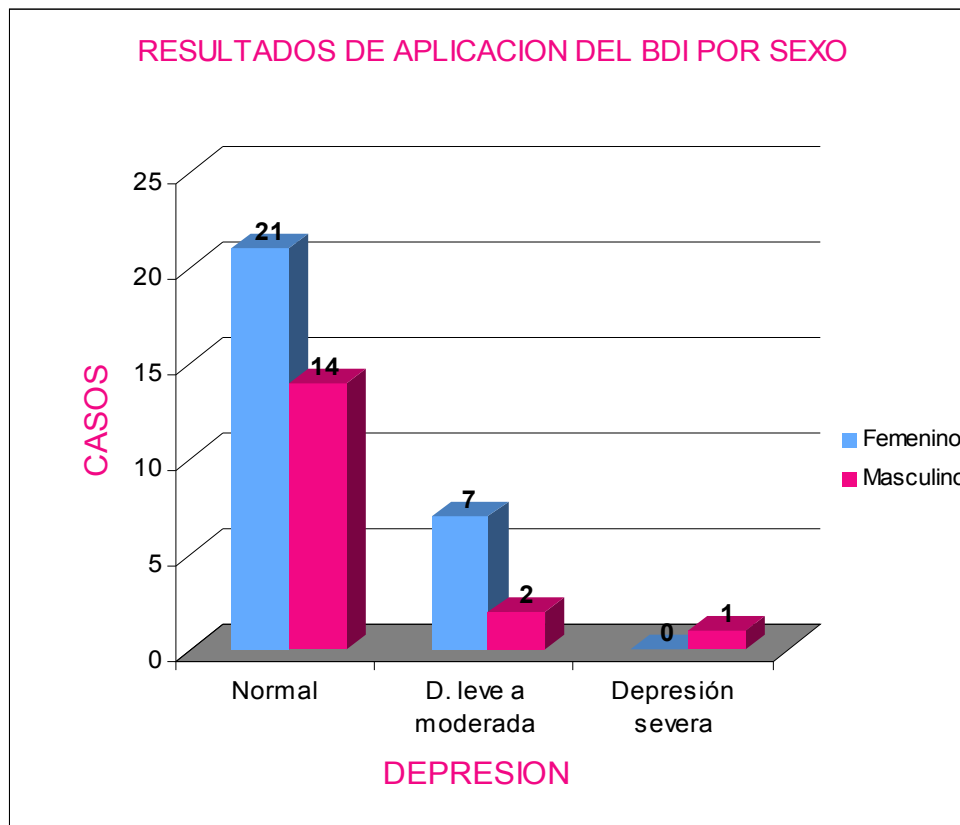
Al relacionar sexo con el grado de depresión: 21 residentes mujeres y 14 hombres sin datos de depresión. Se encontró que 7 mujeres presentaban depresión leve a moderada, 2 hombres con depresión leve a moderada y 1 hombre con depresión severa.

TABLA 10. GRADO DE DEPRESION POR SEXO

Count	Normal	D. leve a moderada	Depresión severa	Total
Femenino	21	7	0	28
Masculino	14	2	1	17
Total	35	9	1	45

N= 10

GRAFICA 10. GRADO DEPRESION EN LOS RESIDENTES DE ACUERDO A SEXO



N= 45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

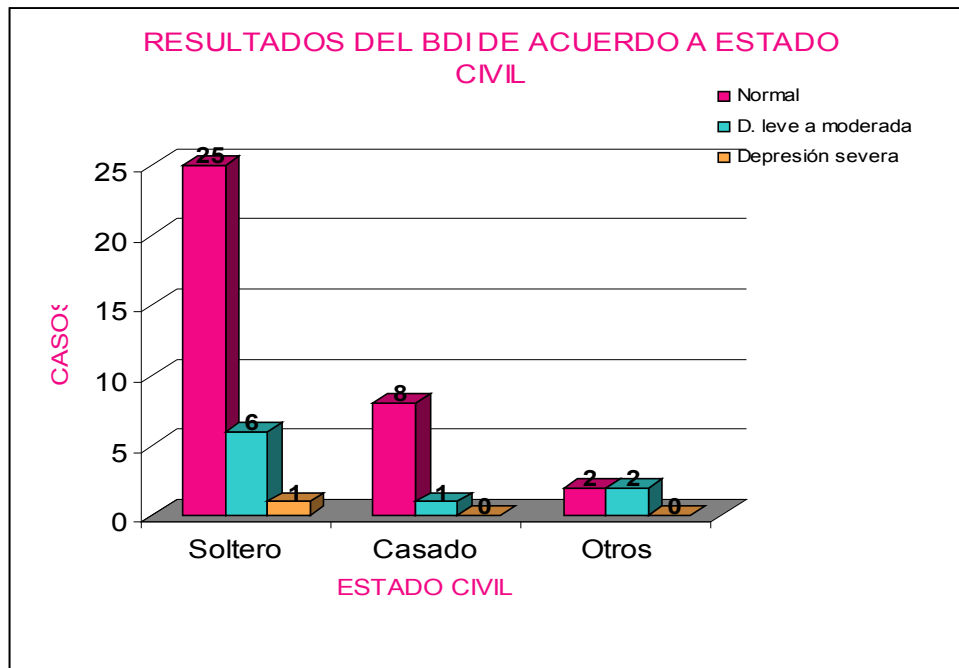
De acuerdo al estado civil; los residentes sin depresión: 25 solteros, 8 casados, 1 separado y 1 en unión libre. Con depresión leve a moderada 6 solteros, 1 casado, 1 divorciado y 1 viudo. Con depresión severa 1 soltero.

TABLA 11. GRADO DE DEPRESION POR ESTADO CIVIL

<i>Count</i>	<i>Normal</i>	<i>D. leve a moderada</i>	<i>Depresión severa</i>	<i>Total</i>
Soltero	25	6	1	32
Casado	8	1	0	9
Separado	1	0	0	1
Divorciado	0	1	0	1
Viudo	0	1	0	1
Unión libre	1	0	0	1
Total	35	9	1	45

N= 45

GRAFICA 11. DEPRESION EN LOS RESIDENTES DE ACUERDO A ESTADO CIVIL



N: 45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

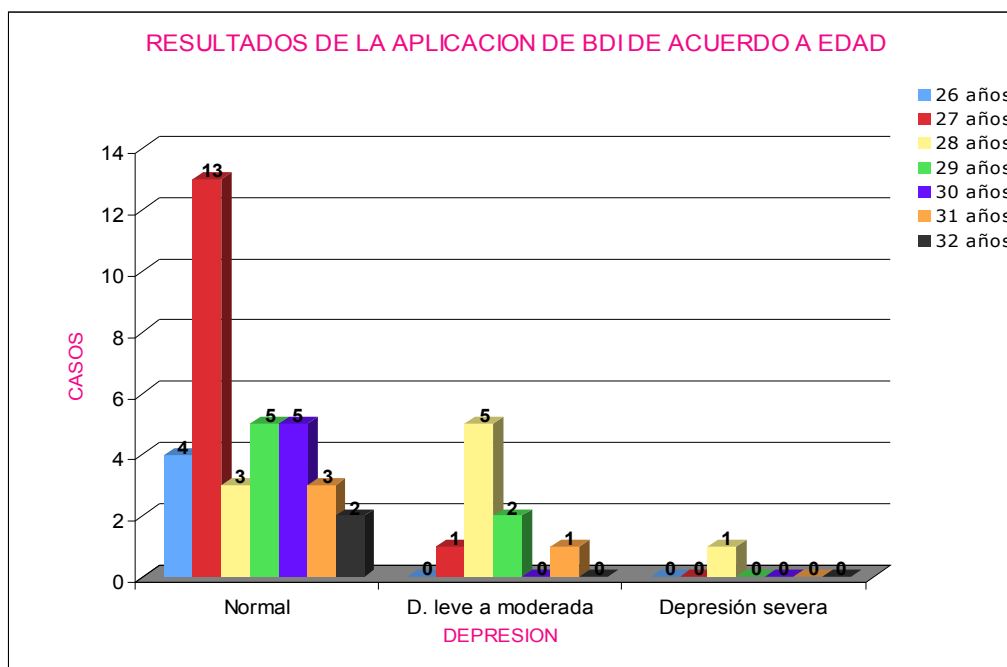
Finalmente con respecto a la edad se encontró lo siguiente: sin depresión a 13 residentes de 27 años, 5 de 29 años, 5 de 30 años, 4 de 26 años, 3 de 28 años, 3 de 31 años y 2 de 32 años. Con depresión leve a moderada 5 de 28 años, 2 de 29 años, 1 de 27 años y 1 de 31 años. Con depresión severa 1 residente de 28 años

TABLA 12. GRADO DE DEPRESION POR EDAD

<i>Count</i>	<i>Normal</i>	<i>D. leve a moderada</i>	<i>Depresión severa</i>	<i>Total</i>
26	4	0	0	4
27	13	1	0	14
28	3	5	1	9
29	5	2	0	7
30	5	0	0	5
31	3	1	0	4
32	2	0	0	2
Total	35	9	1	45

N= 45

GRAFICA 12 GRADO DE DEPRESION EN RESIDENTES DE ACUERDO A EDAD



N: 45

Fuente: Recolección de datos del BDI en la población de estudio, septiembre 2006

DISCUSION

Al aplicar el instrumento para detectar depresión (BDI), se observó presencia de la misma, en un total de 10 de los sujetos de estudio, equivalente al 22.2% del total de la muestra.

De acuerdo a la OMS, mediante la encuesta aplicada en el año 2000, en donde se encontró que el 9.1% de casos son trastornos afectivos. En este estudio encontramos que la frecuencia es mayor, como se ha comentado en otros estudios que confirman la existencia de depresión en médicos residentes con mayor frecuencia que en el resto de la población.

De acuerdo al DSM-IV se afirma que la incidencia del estado depresivo es de 20% en mujeres y 12% en hombres. De igual manera, Medina M. Y cols. al determinar la frecuencia de síndrome depresivo por género, encontraron que el predominio es en el sexo femenino, así como que el 9% de la población adulta en el rango de 18 a 65 años.

En un estudio realizado a 192 médicos entre 24 y 37 años de ambos sexos de un hospital general de zona de la ciudad de México y sujetos con signos depresivos en un 47.5%. En el presente estudio encontramos que la frecuencia de depresión es mayor en mujeres, encontrando 7 casos del total de la muestra (15.5%), mayor que el reportado en el DSM IV y menor que en el estudio realizado por Martínez y Medina en el 2004.

De igual manera, es importante recalcar que está reportado en la literatura que es mayor el número de casos de depresión en mujeres con respecto a los hombres, sobre todo que son ellas quienes buscan ayuda médica con mayor frecuencia.

Con respecto a la especialidad se encontró que son los residentes de medicina familiar quienes presentan mayor frecuencia de depresión, con un total de 8 casos (17.7%), siendo todos los casos de depresión leve a moderada. Entre los residentes de urgencias médico quirúrgicas se encontraron 2 casos, uno de depresión leve a moderada y un caso de depresión severa.

Se ha demostrado que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto, produciendo alteraciones tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos.

Otras investigaciones confirman la relación entre ambos factores, esto es, la relación entre usuarios y tipo de trabajo. En el presente estudio, se esperaría

que hubiese mayor número de casos de depresión en los residentes de urgencias médico quirúrgica, sin embargo, encontramos, como ya se mencionó una mayor frecuencia de depresión en los residentes de medicina familiar.

El presente estudio tiene como fin detectar la presencia de depresión en los médicos residentes, encontrando 10 casos en total (22.2%). El total de residentes con depresión de medicina familiar fue de 8 casos, todos de leve a moderada y en urgencias medico quirúrgicas dos casos de depresión, uno leve a moderada y uno severa.

Con respecto a depresión y año de la especialidad, se encontró un mayor número de casos en los residentes de primer año, con un total de 5 casos, de segundo año 2 casos y de tercer año 3 casos. Estos resultados podrían tener relación con la carga de trabajo y el estrés con el que se enfrenta el residente de primer ingreso, aunque como se ha mencionado se involucran múltiples factores en el desarrollo de la misma.

Con respecto a la edad se encontró que el mayor número de casos fue en los residentes de 28 años, con un total de 5 casos, aunque sería difícil encontrar importancia estadística a este dato, puesto que el rango de edad de los sujetos de estudio es de 26 a 32 años.

El número de casos de depresión con respecto al estado civil nos indica en el presente estudio que los residentes solteros son quienes están más afectados por la misma, se encontró un total de 7 casos en solteros, 1 casado, 1 divorciado y 1 en unión libre. Esto es importante, porque como lo menciona la literatura, la familia juega un papel muy importante en la depresión.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La información que se obtuvo en el estudio que se presenta demostró que se cumplieron los objetivos del mismo, debido a que se detectó la presencia de depresión en los residentes que realizan su especialidad en el HGZ/UMF No.8 "San Ángel".

Con los resultados, podemos concluir lo siguiente:

1. Se encontró depresión en 10 residentes, siendo el 22.2% de casos.
2. De los casos detectados con depresión, se encontró que 9 casos (20%) correspondían a depresión leve a moderada y 1 caso (2.2%) de depresión severa, de acuerdo al instrumento utilizado.
3. Los residentes de medicina familiar presentaron mayor frecuencia de depresión, siendo ésta de 8, así como 2 casos de depresión los residentes de medicina de urgencias.
4. De los casos detectados, se encontró una frecuencia de 7 para el sexo femenino y de 3 para el sexo masculino.
5. Con respecto a la edad, el mayor número de casos fue en los residentes de 28 años, con un total de 5 casos, 2 de 29 años, 1 de 27 y 1 de 31 años.

Se cumplió con los objetivos establecidos al inicio y la información obtenida demuestra que existen casos de depresión subclínica en los residentes que se encuentran realizando su especialidad, la mayoría de los casos de menor grado. Sin embargo, este estudio es descriptivo, que cumple con los objetivos establecidos y por lo tanto, no se puede generalizar debido a que no se utilizó una muestra probabilística.

Por lo tanto, cabe concluir que es importante realizar estudios de manera integral a los médicos residentes en formación, con el fin de detectar que no exista la presencia de alteraciones en salud mental, específicamente depresión, debido a que, como lo indica el presente, existen casos de depresión subclínica, mismos que deberían tratarse adecuadamente y derivar en caso necesario con un especialista en psiquiatría, con el fin de que el residente termine en las mejores condiciones su especialidad.

Como sugerencia cabe mencionar que sería importante continuar realizando en este tipo de estudios para tener mayor información sobre el tema, así como estudiar los factores asociados a la depresión, tales como uso de drogas, alcohol, tabaco, así como estrés asociado y el rol de la familia en la evolución de la misma.

De igual manera propongo que se realicen de manera anual en los residentes una evaluación para detectar depresión, con el fin de tratarla oportunamente y evitar las complicaciones de la misma.

REFERENCIAS

1. Aguilar SC, Prado OE. *Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencias*. 3ª Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1997.
2. Williams ML, Friedman T. *Depresión in palliative care patients-a prospective study*. Eur Journal Cancer Care 2001:1-6.
3. Vázquez L-G A. *Depresión*. Rev FacMed, UNAM 1999; 42 (5): 194-196
4. Belló M y cols; *Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México*. Salud Pública de México Vol. 47, suplemento 1, 2005.
5. Comité Consultivo Académico del Programa Específico de Depresión. *Análisis de la problemática de la depresión*. Servicios de salud mental www.ss.gob.mx.
6. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al*. *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. Salud Ment 2003;26(4):1-16.
7. Sarah CA. *MD e medicine-depression*. Barri Liskow, 2002; 1-15.
8. Gutiérrez CM, Terán ED. *Cartas al editor*. Salud Pública de México, 2003; 45 (6): 427-428.
9. Heinze G. *La depresión: un fenómeno universal*. Med Int México, 2000; 16 (6): 308-326.
10. Medicina Interna de México, volumen 22, Num.4, julio-agosto 2006.
11. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. *Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes; Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados*. Rev Salud Mental, Vol. 27, No.6, Dic 2004, 17-27 pp.
12. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonquist J. *A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors*. BrJ Psychiatry 1996; 168:274-9.
13. Center C, Davis M, Detre T, *et al*. *Confronting depresión and suicide in physicians: A concensus statement*. JAMA 2003; 289:3161-6.
14. López-Ibor AJJ, Valdés MM. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. 4ª Ed. Barcelona, 2002: 387-399.
15. Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con salud. 10ª revisión, D. C: OPS, 1995; 1:317-324.
16. Kaplan HI, MD, Sadock BJ, MD. *Sinopsis de psiquiatría*. Ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. Baltimore Maryland, 2000.
17. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L. *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Rev Fac Med UNAM, Vol. 49 No.2, Marzo-Abril 2006, 66-72 pp.

18. Dio BE. *La depresión en la mujer*. Ediciones temas de hoy, 1999: 21-74 pp.
19. De la Fuente MR. *Psicología médica*. Fondo de Cultura Económica; México 1985:157-216.
20. Calderón NG. *Depresión, un libro para enfermos deprimidos y médicos en general*. 2ª Ed, México, 1999
21. Asociación psiquiátrica mexicana. *El ecosistema y su impacto en la salud mental, clinimetría*. Enero, 2001: 26-27 pp.
22. Sanz J, Vázquez C. *Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck*. Psicothema, 1998. Vol. 10, no 2, pp. 303-318
23. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry, 4, 561-571.
24. Stewart SR, Collins AJ, Keller WT, Moy C, Rapaport M, Rhosental S, et.al. *Directrices para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor*. American Psychiatry 2002; 63:5-28.
25. Pollack MH y Marzol PC. *Opciones farmacoterapéuticas en el tratamiento de la depresión y ansiedad comórbidas*. Psiquiatría y salud integral 2001; 1(2):35-41.
26. Soriano P AM, Valencia G FJ, García S, Díaz MA. *Prevalencia e incidencia de trastornos depresivos en consulta externa y psiquiatría de enlace en el CMN 20 de Noviembre del ISSSTE*. Psiquiatría 2003; época 2, vol.19 (2):13-18.
27. Boschetti-Fentanes B. *La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar*. Archivos en Medicina Familiar. Vol. 6 Núm.3 Septiembre-Diciembre 2004:61-63pp.
28. Roldán González Julio. *Ética Médica*. Librería Parroquial de Clavería, 1990. 3ª Ed. 23-30, 57-60 pp.
29. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial*. Adoptada por la 18ª Asamblea General de WMA Helsinki, Finlandia, Junio 1964, modificada por la 29ª Asamblea General de WMA, Tokio, Japón, Octubre 1975; 35ª Asamblea General de WMA, Venecia, Italia, Octubre 1989; la 48ª Asamblea General de WMA, Hong Kong, Septiembre 1989; la 41ª Asamblea General de WMA, Somerset west, República de Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52ª Asamblea General de WMA, Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000

ANEXOS

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF., a ____ de _____ del 2006

El presente estudio pretende valorar la presencia de depresión en los médicos residentes del HGZ/UMF No.8 "San Ángel". Esto permitirá plantear alternativas para la identificación de casos subclínicos y tener una atención médica integral en caso que se requiera, así como la realización de nuevos estudios para continuar con la investigación sobre este tema.

Yo _____, acepto contestar el Cuestionario anexo a este documento, una vez que se me ha explicado clara y ampliamente la utilidad que se hará de ellos..

Firma

Anexo 2

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Sexo: _____ Edad _____ Estado civil _____

Especialidad que cursa _____ Año de la especialidad _____

Las siguientes preguntas se realizan con el fin de realizar una investigación para una tesis, con la autorización de esta Unidad Medica para aplicarla, la información que usted proporcione mediante su respuesta será de carácter confidencial y anónimo. Muchas gracias por su participación.

Elija una de las afirmaciones que describa mejor como se ha sentido en la ÚLTIMA SEMANA, incluyendo HOY:

1) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza
- Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

2) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No me siento especialmente desanimado ante el futuro
- Me siento desanimado con respecto al futuro
- Siento que no tengo nada que esperar
- Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No creo que sea un fracaso
- Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
- Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
- Creo que soy un fracaso absoluto como persona

4) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes
- No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
- Ya no tengo verdadero satisfacción de nada
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No me siento especialmente culpable
- No me siento culpable una buena parte del tiempo
- Me siento culpable casi siempre
- Me siento culpable siempre

6) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No creo que este siendo castigado
- Creo que puedo ser castigado
- Espero ser castigado
- Creo que estoy siendo castigado

7) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No me siento decepcionado de mí mismo
- Me he decepcionado a mí mismo
- Estoy disgustado conmigo mismo
- Me odio

8) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No creo ser peor que los demás
- Me critico por mis debilidades o errores
- Me culpo siempre por mis errores
- Me culpo de todo lo malo que sucede

9) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No pienso en matarme
- Pienso en matarme, pero no lo haría
- Me gustaría matarme
- Me mataría si tuviera la oportunidad

10) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No lloro más de lo de costumbre
- Ahora lloro más de lo que lo solía hacer
- Ahora lloro todo el tiempo
- Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera

11) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- Las cosas no me irritan más que de costumbre
- Las cosas me irritan más que de costumbre
- Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
- Ahora me siento irritado todo el tiempo

12) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No he perdido el interés por otras cosas
- Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
- He perdido casi todo el interés por otras personas
- He perdido todo mi interés por otras personas

13) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- Tomo decisiones casi siempre
- Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
- Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes
- Ya no puedo tomar decisiones

14) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
- Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
- Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo
- Creo que me veo feo

15) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo
- Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en absoluto

16) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- Puedo dormir tan bien como antes
- No puedo dormir tan bien como solía
- Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir
- Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir

17) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No me canso más que de costumbre
- Me canso mas fácilmente que de costumbre
- Me canso sin hacer nada
- Estoy demasiado cansado como para hacer algo

18) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- Mi apetito no es peor que de costumbre
- Mi apetito no es tan bueno como solía ser
- Mi apetito esta mucho peor ahora
- Ya no tengo apetito

19) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente
- He rebajado más de dos kilos y medio
- He rebajado más de cinco kilos
- He rebajado más de siete kilos y medio

20) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No me preocupo por mi salud más que de costumbre
- Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

21) En la última **semana**, incluyendo **HOY**:

- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
- Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
- He perdido por completo el interés en el sexo