

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

"RASGOS DE PERSONALIDAD, ESTADO DE SALUD MENTAL Y FACTORES ASOCIADOS. ESTUDIO TRANSVERSAL EN RESIDENTES DE 1ER Y 2DO AÑO DE DIFERENTES ESPECIALIDADES MEDICAS CON SEDE EN EL D.F."

T E S I S

QUE SE PRESENTA PARA OBTENER  
EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN PSIQUIATRÍA

P R E S E N T A

DRA. VANESSA MOHENO KLÉE

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

ASESOR TEÓRICO:  
DR. GERHARD HEINZE MARTIN

ASESORES METODOLÓGICOS:  
DRA. BLANCA ESTELA VARGAS TERREZ  
ING. JOSÉ FRANCISCO CORTÉS SOTRES

MÉXICO, D. F. 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.

A mis padres,  
que han sido los mejores del mundo, mi ejemplo y mi orgullo,  
les agradezco infinitamente por mi vida, mi infancia, mi familia, su amor, su apoyo  
y por todo lo que soy ahora;

a mis hermanos,  
que son mi adoración y mi alegría,  
atesoro los siempre divertidos momentos en que estamos juntos,  
que maravilla que seamos tan buenos amigos;

a Aimée y a Genaro,  
que me hicieron descubrir nuevos significados del amor,  
cambiaron rotundamente mis planes y me enseñaron un nivel de  
felicidad que continúa superando, día a día,  
todas mis expectativas.

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIONES MÉDICAS EN LA UNAM.....	5
III. EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO.....	7
IV. SALUD MENTAL DE LOS RESIDENTES.....	10
a. Antecedentes mundiales.....	10
b. Antecedentes en México.....	16
c. Personalidad.....	18
V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
VI. JUSTIFICACIÓN.....	19
VII. OBJETIVOS.....	20
VIII. MÉTODO.....	21
a. Diseño.....	21
b. Universo.....	21
c. Muestra.....	21
d. Variables.....	22
e. Instrumentos.....	25
f. Análisis de datos.....	29
g. Procedimiento.....	30
IX. RESULTADOS.....	31
X. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	80
XI. RECOMENDACIONES.....	86
a. Recomendaciones para la investigación.....	86
b. Recomendaciones para la práctica educativa y para las instituciones.....	87
XII. LIMITACIONES.....	88
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	90
XIV. ANEXOS: .....	97

## ANEXOS (continúa)

1. Instrumentos de Recolección: Cuadernillo con SCL-90R, AUDIT, NEO FFI, Ideación Suicida, eventos de la vida y estrés relacionado, Uso de Servicios
2. Lista de sedes y distribución de especialidades
3. Carta informativa a residentes
4. Carta a jefes de enseñanza
5. Folleto de depresión

## **I. INTRODUCCIÓN**

Desde hace algunos años se han presentado casos de médicos residentes que tienen algún tipo de trastorno psiquiátrico, así como también de manera aislada se han reportado situaciones más graves en las que se ha llegado al suicidio. Esta situación constituye un problema que merece la atención de los diferentes sectores que participan en la formación de los médicos especialistas. México no es un país de excepción con respecto a estos padecimientos y menos aún que estos incidan en la población médica. No hay evidencias suficientes que nos permitan conocer el estado de salud mental de los residentes ni los pasos que siguen cuando presentan algún problema emocional, por lo que se requiere conocer cuál es el estado actual de salud mental de los residentes, la manera en que enfrentan el problema y los lugares dónde se atienden.

Se requiere partir de un diagnóstico que permita establecer medidas de prevención y de tratamiento, para el bienestar de nuestros especialistas en formación, lo que sin duda redundará en un mayor aprovechamiento académico y mayor calidad y eficiencia en la atención que los residentes otorgan a sus pacientes.

## **II. ESTUDIOS DE ESPECIALIZACIONES MÉDICAS EN LA UNAM.**

A partir del año 1992 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, inició el proceso de evaluación académica, en la que participaron más de 300 médicos de las más importantes instituciones de salud y de la Academia Nacional de Medicina, a partir de la cuál se estructuró el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) que fue aprobado por el Consejo Universitario en la sesión ordinaria celebrada el 20 de abril de 1994.

La Universidad Nacional Autónoma de México reconoce actualmente 74 cursos de especialidades inscritos en el PUEM en 77 sedes hospitalarias en la zona metropolitana de la ciudad de México y en las entidades federativas de Sonora, Puebla, Estado de México, Guerrero, Michoacán y Tabasco.

Están afiliados al PUEM la mayor parte de los centros hospitalarios de tercer nivel. Tanto la matrícula como el número de cursos se concentran principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, aunque también participan la Secretaría de Salud del Distrito Federal, el sistema de hospitales de PEMEX, la Cruz Roja, el DIF y varios centros hospitalarios privados. La mayoría de los cursos se imparten en el Distrito Federal pero hay sedes en algunos estados de la República.

Para ingresar a los programas de especialización, se requiere presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas, al que cada año se presentan un total de 24 000 alumnos, sin embargo obtienen lugar en especialidades de entrada directa, 6 000 aspirantes, aproximadamente; un número considerable se queda sin lugar.

Las especializaciones de entrada directa son las siguientes: Anatomía Patológica, Anestesiología, Cirugía General, Comunicación, Audiología y Foniatría, Epidemiología, Genética Médica, Ginecología y Obstetricia, Medicina de la Actividad Física y Deportiva, Medicina de Rehabilitación, Medicina del Trabajo, Medicina Familiar, Medicina Interna, Medicina Legal, Medicina Nuclear, Oftalmología, Ortopedia,

Otorrinolaringología, Patología Clínica, Pediatría, Psiquiatría, Radiología e Imagen y Urgencias Médicas.

Del total de alumnos que ingresa un número considerable presta sus servicios en las principales instituciones públicas del país, tanto de asistencia social como de seguridad social, aunque un número reducido lo hace también en instituciones privadas.

La mayor parte de los cursos y las matrículas más numerosas corresponden a las cuatro especialidades troncales (medicina interna, cirugía, ginecología y obstetricia y pediatría); la pediatría ocupa un 12% de la matrícula seguida de cerca por la cirugía general (10.2%), la ginecología y obstetricia (10%) y la medicina interna (9.6%). Además, se han abierto cursos de especialidades derivadas de las troncales que en conjunto comprenden el 20% de la matrícula.

Todos los cursos del PUEM son de residencia hospitalaria con dedicación exclusiva. Cada programa establece el temario así como la bibliografía esencial y la mayor parte de los créditos (85%) se dedica a la práctica clínica supervisada y el resto a los seminarios de educación e investigación (Aréchiga 2000).



### **III. EL CONTEXTO DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO**

La enfermedad mental surge como resultado de una interacción entre factores biológicos heredados y de desarrollo y de los factores del contexto que interactúan con las vulnerabilidades individuales. En este contexto, las transiciones demográficas y sociales aunadas a un incremento en los niveles de estrés, nos hacen suponer que el problema puede incrementarse y por tanto también los retos para la psiquiatría que tendrá que buscar la excelencia en el tratamiento y mejores formas de organización de los servicios.

El análisis que llevó a cabo la Organización Mundial de la Salud sobre el peso global de la enfermedad, estimado a partir de muerte prematura y días de vida vividos con discapacidad, puso de manifiesto que el 31% de todos los días vividos con discapacidad podían ser atribuidos a los trastornos neuropsiquiátricos y que la depresión era la causa líder responsable del 12% del total. En nuestro país la 2da causa de años perdidos por enfermedad es la depresión así como otros trastornos de la esfera psiquiátrica.

Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en México documentan que alrededor de una cuarta parte (23.7%) de la población adulta tiene una historia de enfermedad mental, la prevalencia anual alcanza 11.6% y la actual 5.0% (30 días). Se estima que alrededor del 1% presenta esquizofrenia y otras formas de psicosis, en total el 2.5% de la población presenta problemas severos actuales y sólo una tercera parte (34%) ha recibido atención (Medina-Mora y cols., 2005).

De acuerdo con Frenk (2001), los acelerados cambios que se han presentado a nivel social, epidemiológico y demográfico, permiten proyectar que para los próximos años, las prevalencias de ciertos trastornos mentales como la depresión, la demencia, consumo de alcohol y trastornos de la conducta, tendrán un mayor peso tanto en términos absolutos como relativos. Fenómeno que además de tener importantes repercusiones sociales, impondrá una carga adicional a los costos del sistema de salud.

De acuerdo con la última *Encuesta de Salud Mental*, se encontró que del total de la población encuestada, el 28.26% presentó alguna vez en su vida alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Los trastornos más frecuentes que presentaron alguna vez en su vida fueron los de ansiedad (14.3%), el uso de sustancias con 9.2% y los trastornos afectivos con 9.1%. Los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno, en comparación con las mujeres, para cualquier trastorno alguna vez en la vida (30.3% y 27.1% respectivamente) (Medina-Mora, 2003)

La edad de inicio del episodio depresivo mayor se presentó a los 17 años y a los 32 años, con un promedio de edad de inicio a los 26 años y una mediana de 24. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se presenta alrededor de los 15 años. Al hacer el análisis por género se observó que las mujeres presentan una mayor frecuencia en la presentación de fobias (social y específicas), y de episodios depresivos mayores. Los hombres, al contrario, presentan una mayor frecuencia en trastornos relacionados con abuso y dependencia al alcohol y con la conducta (Medina-Mora, 2003).

Por otro lado, en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se identificó a la violencia auto infligida como uno de los padecimientos sustanciales que deben de enfrentar las sociedades modernas (OMS, 2002). Dicho informe muestra en forma sucinta como las tasas de suicidio consumado en México son de las más bajas en el mundo (la tercera más baja en las Américas). Sin embargo, la misma OMS había mostrado en su informe previo del 2001 que México mostraba un incremento de 62% en su tasa de mortalidad por suicidio en los últimos 15 años. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento del 90.3% en los hombres y del 25% en las mujeres. El suicidio en México se ha incrementado paulatinamente en los últimos 30 años (incremento de 250% para los hombres y 225% para las mujeres), afectando más a hombres que a las mujeres (casi cinco suicidios masculinos por un femenino) con una ligera tendencia a

una disminución en la edad media del suicidio masculino. En los grupos de jóvenes, el suicidio es ya una de las diez principales causas de muerte. En el año 2002, el suicidio fue la novena causa de muerte para el grupo de 5-14 años, la tercera causa para el grupo de 15-29 años y la décima causa para el grupo de 30-44 años de edad. En el año 2000, las tasas más elevadas de suicidio en el país fueron las de Campeche para los hombres (15.1 por cien mil habitantes) y Tabasco para las mujeres (3.1 por cien mil habitantes). Las tasas más bajas en el país se observaron en el Estado de México para los hombres (2.5 por cien mil habitantes) y Tlaxcala reportó una tasa de cero suicidios para las mujeres.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) el intento de suicidio alguna vez en la vida fue reportado por el 2.8% de la población nacional, y es más frecuente en las mujeres (3.5%) que en los hombres (2.0%). No se encontraron diferencias por sexo en los intentos recientes (últimos 12 meses) mismos que fueron reportados por el 0.6% de la población nacional. El 8.1% de la población reportó ideación suicida alguna vez en la vida el 3.2% reportó planes alguna vez en la vida. Alrededor del 75% de los casos de intento de suicidio reportaron antecedentes de algún trastorno psiquiátrico. El diagnóstico de un trastorno mental incrementó alrededor de 10 veces más el riesgo de reportar un intento de suicidio alguna vez en la vida e incrementó en casi 7 veces el riesgo de reportar un intento de suicidio en los últimos 12 meses. El sexo femenino, el grupo de edad más joven (18-29 años), las personas separadas, divorciadas o viudas y los jubilados presentaron las probabilidades más elevadas de reportar intento de suicidio “alguna vez en la vida” (Borges G, 2005)

Con respecto al uso de servicios la encuesta reveló que existe una tendencia al incremento en el uso de “cualquier servicio” según el número de trastornos reportados. Las personas que reportaron un trastorno presentaron una prevalencia en el uso de servicios de 11.7%, 19.4% para las que reportaron dos trastornos y de 11.2% para las que reportaron tres y más trastornos. Sólo 1 de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención y sólo uno de cada 10 con tres y más trastornos obtuvieron atención médica. Una de cada cinco personas con trastorno afectivo usaron servicios, y sólo una de cada diez

con algún trastorno de ansiedad lo hicieron. Finalmente sólo dos de cada 30 sujetos con tres o más trastornos recibieron atención especializada (psiquiatra, psicólogo, psicoterapeuta, consejero, enfermera especializada en salud mental, trabajador social). El trastorno de pánico fue el diagnóstico que generó más el uso de servicios especializados (17.1%), seguido por el episodio de manía (12.7%) y la depresión mayor (11.9%). En cada uno de los trastornos la tendencia de uso de servicios fue mayor para personal especialista que para el médico general (Medina-Mora, 2003).

La atención de los riesgos, la identificación temprana de los padecimientos, su tratamiento integral y seguimiento constituyen un elemento central en el mejoramiento de la calidad de vida de la población y significan nuevos retos para la atención psiquiátrica.

## **IV. SALUD MENTAL EN LOS RESIDENTES**

### **a. Antecedentes Mundiales**

Las personas en general pueden experimentar reacciones o conductas negativas ante el estrés a lo largo de su vida; la vida de los médicos es particularmente estresante debido a la demanda física, emocional e intelectual de su propio quehacer profesional. Es importante conocer cuál es la magnitud de los trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, en los estudiantes de medicina, debido a que la presencia de estas enfermedades interfieren con la capacidad de concentración, de aprendizaje y el desarrollo de habilidades clínicas, lo que conlleva un riesgo en la calidad de atención hacia los pacientes (Tyssen 2002).

Desde la década de los años 70 comenzaron a publicarse artículos sobre el estrés en la práctica médica que señalaban la presencia de deterioro (Friedman 1971, Vaillant 1972, Friedman 1973), depresión y suicidio en los médicos internos en formación. Una década más tarde, varios autores evaluaron el estrés como un síndrome (Small 1981) y como una serie de estados emocionales predecibles (Girard 1980), se interesaron por la privación de sueño (Davis 1981) e investigaron los mayores estresores y las consecuencias de la mala adaptación al entrenamiento en medicina (Loes 1981). Otros autores han demostrado la presencia de problemas psicológicos como resultado del entrenamiento en la residencia (Reuben 1983, Winer 1984, Kutcher 1984, Mc Cue 1985), y han estudiado también las dificultades especiales en mujeres durante esta época de entrenamiento (Wolfe 1985, Martin 1986), así como en residentes casados (Myers 1986), del papel de las ideas distorsionadas como exacerbadoras de estrés y también del contenido, el proceso y la atmósfera del entrenamiento en medicina como fuentes que potencializan la presencia de estrés. (Cooke 1985)

Actualmente se habla de que los síntomas de estrés se desencadenan por la rigidez del entrenamiento en las diferentes especialidades médicas, potencializándose

los síntomas depresivos debido también a la una elevada autocrítica (Firth-Cozens 1997). Según Levey, el estrés es una parte normal de la residencia y puede producir efectos deseables como tolerancia a la ambigüedad, auto confianza y madurez (Levey 2001). El estrés puede también estimular la adquisición de conocimiento y habilidades mientras que el deterioro puede definirse como un estado en el que la habilidad del residente para cuidar de sí mismo o de otros, particularmente de los pacientes, se ve impedida por causa del estrés, los trastornos emocionales y/o el abuso de sustancias (Kahn 1992).

Existe un síndrome de estrés con 7 dimensiones descrito por Small, 4 de ellas que ocurren generalmente en los residentes en formación, éstas 4 dimensiones son: deterioro cognoscitivo episódico (debido principalmente a la falta de sueño), enojo crónico, cinismo penetrante y discordia familiar y las otras 3 que indican condiciones más serias son: depresión, ideación o conducta suicida y abuso de sustancias. (Small 1981).

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en residentes es similar a la población general pero casi todos presentan alteraciones psicológicas (Reuben 1985) sobre todo en el primer año de formación (McCue 1985). Estas alteraciones son aumento de cansancio físico, hostilidad (Uliana 1984), ansiedad y trastornos depresivos en momentos variables (Gordon 1986). Algunos autores apuntan como períodos críticos los dos primeros meses (Valko 1975) o hacia la mitad del año (Girard 1980), mientras que algunos aseguran que existe una alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos durante todo el primer año (Schneider 1993).

El período de formación de postgrado o residencia, es el de mayor estrés en la práctica de la medicina debido al contacto directo con el paciente y familiares, a la responsabilidad con el enfermo y a la cantidad de información que el estudiante debe de manejar para adquirir un rápido aprendizaje. Además, en ésta época suceden diversos acontecimientos vitales para el residente, principalmente en el estilo de vida, que aumentan sus niveles de estrés como: cambio de domicilio o lugar de residencia,

pérdida del apoyo familiar, social y económico, formación de pareja e hijos, dificultades económicas y/o incertidumbre acerca del futuro, entre otras (Pino S, 1996).

Se han escrito algunos artículos que comparan el nivel de estrés de los residentes con el de otros profesionales y se ha encontrado que el de los residentes es mayor debido a los aspectos de la formación que limitan el tiempo libre e interfieren con el apoyo social como: las guardias (Adler 1980, Damestoy 1993), las rotaciones por servicios de urgencias, la sobrecarga de trabajo, el trabajo burocrático, los fracasos terapéuticos, el contacto con pacientes terminales o conflictivos, la relación con familiares angustiados, el apoyo insuficiente de los superiores y la competitividad entre compañeros (Schwartz 1987, Firth-Cozens 1988).

Uno de los problemas que se menciona con más frecuencia es la privación de sueño que puede llevar a problemas para pensar, afecto inapropiado, irritabilidad, depresión, déficit en la memoria reciente, despersonalización e ideas de referencia (Friedman 1971). Una revisión por Asken y Raham (1983) concluyó que existían efectos negativos graves de la privación de sueño en los médicos en entrenamiento y se llegó a la misma conclusión 2 años después en un estudio canadiense (Goldhamer 1985).

La depresión ha sido considerada por años como concomitante al entrenamiento médico, se ha visto que en gran parte depende del año de entrenamiento y de la rotación. Varios estudios han encontrado aumentos significativos en el nivel de enojo (Ford 1984, Gordon 1986, Uliana 1984), lo cuál podría explicarse por la teoría de que dinámicamente la depresión es enojo internalizado.

Otros de los factores que se han descrito como estresantes son: el poco o inadecuado tiempo para realizar actividades de tipo personal (Ford 1986), los aspectos laborales que interfieren con el soporte o apoyo social (Blackwell 1984), la falta de tiempo en general (Alexander 1985) y la interferencia del trabajo con la vida familiar durante la residencia (May 1985). Existen ciertos factores que pueden inducir disforia intensa en los residentes como: los pacientes con características difíciles (Herzog 1984), la soledad, la sensación de inadecuación profesional y el medio ambiente

altamente competitivo (Ford 1983). Varios estudios han encontrado que el matrimonio y/o fuertes lazos sociales pueden tener un efecto positivo en el estrés percibido por el residente (Mazie 1985, Landau 1986, Kelner 1986), así mismo, se ha estudiado la relación entre los eventos en la vida del residente (matrimonio, nacimiento de un hijo, muerte o enfermedad grave en la familia) y los cambios en la conducta o actitud que pueden exacerbar el estrés relacionado al trabajo (Taylor 1987).

En un estudio de seguimiento a 5 años evaluando a más de 50 000 residentes se encontró que el deterioro emocional, definido como problemas emocionales que requirieron un permiso de ausencia, era casi del doble en mujeres (Smith 1986). Los problemas debidos a la diferencia de género han sido corroborados por varios estudios (Elliot 1986, Young 1987) y se ha encontrado que esto, aunado a los conflictos entre carrera/hogar y las mayores expectativas en cuanto a la conducta profesional contribuye al aumento en el estrés percibido por las mujeres.

Las mujeres reportan niveles de estrés durante la residencia más altos que los hombres, y esto se debe al aislamiento y la ansiedad y el papel que juega el rol de género en estos trastornos (Poirier 1986), así como la soledad, la depresión (Elliot 1986). Otros factores que influyen son el problema que representa manejar una carrera y una familia al mismo tiempo (Weisman 1987, Naldelson 1983), el prejuicio de los pacientes y del personal (especialmente de las enfermeras) sobre su capacidad, (Firth-Cozens 1990) el tener que funcionar en una profesión dominada por hombres, el tener pocos modelos a seguir, (Elliot y Girard 1986) y el que los residentes femeninos enfrentan demandas profesionales que pueden interferir con metas personales, demandas que sus contrapartes masculinos no enfrentan. Así mismo los embarazos, con gran fatiga por las largas horas de trabajo, poco tiempo para convivir con la pareja o esposo, demasiada actividad física y tensión emocional se suman a los factores desencadenantes de estrés en éste grupo.

Se ha encontrado una alta tasa de divorcios en los residentes en formación, principalmente en las especialidades de ortopedia, cirugía y psiquiatría (Gabbard 1988), con una mayor proporción de mujeres en comparación con los hombres. Otro factor



que influye es el matrimonio entre médicos, debido a que se presenta la difícil decisión de quien hace los sacrificios por la carrera del otro, de como dividir las tareas diarias y del cuidado de los hijos (Association of American Medical Colleges 1999).

En un estudio español que evaluó el estrés en la formación médica posgraduada se encontró que era más frecuente en las especialidades quirúrgicas y los síntomas se presentaban con menor frecuencia durante el primer año. Los síntomas que predominaron fueron la impotencia, la frustración y la disminución de placer o interés por actividades cotidianas. Las mujeres tuvieron un mayor nivel de estrés y que al presentar algunos rasgos de personalidad sufrían de mayor estrés. Los rasgos que coincidieron con este hallazgo fueron los característicos de individuos sumisos, con escaso autocontrol, sensibles, tensos e impacientes (Pino S 1996). La limitación de tiempo para relaciones sociales ha sido señalado como el aspecto más insatisfactorio de este período (Butterfield 1988).

Son 3 los estudios americanos que evaluaron la incidencia de suicidio por especialidad en la década de los 60 (Blachley 1956, Craig 1969, Desole 1969) encontrando una alta tasa (60/10 000) en psiquiatría, oftalmología y anestesiología. La tasa más baja de suicidio se presentó en cirujanos, pediatras, radiólogos y patólogos (10/10 000). Se ha encontrado que los residentes de psiquiatría en particular tienen una alta incidencia de depresión neurótica (Waring 1974), que un porcentaje importante de éstos alumnos abandonan la residencia por trastornos emocionales y que presentan una alarmante alta tasa de suicidio (Russell 1975).

El Consejo de la Asociación Médica Americana y la Asociación Psiquiátrica Americana (AMA-APA) en asuntos científicos definió el perfil del médico propenso al suicidio como aquel que: tiene conciencia de sus problemas emocionales y posiblemente está buscando tratamiento o está en tratamiento, tiene deseos de escapar del dolor emocional o mental, está deprimido, tiene historia de problemas físicos y de salud mental y/o historia de abuso de sustancias incluyendo las auto-prescritas, tiene problemas sociales relacionados al alcohol y una historia de infancia difícil y/o familia de origen problemática (Council on Scientific Affairs 1987).

En un estudio canadiense de prevalencia de depresión y malestar emocional en 1,805 internos, residentes y médicos profesionistas se encontró que las mujeres tenían puntuaciones mayores en depresión que los hombres especialmente en las especialidades de: cirugía, pediatría, psiquiatría y obstetricia y ginecología. La proporción de solteros deprimidos fue moderada o severa, a diferencia de los casados; Se observaron diferencias entre las especialidades y la depresión tuvo una prevalencia mayor en el primer año del entrenamiento (Hsu K 1987).

El Comité del servicio de residentes de la Asociación de Directores de Programas de Medicina Interna (Resident Service Committee of the Association of Program Directors in Internal Medicine 1988) dividió los estresores comunes de la residencia en 3 categorías: situacionales, personales y profesionales.

Situacionales: Gran carga de trabajo, privación de sueño, responsabilidades administrativas, pacientes difíciles y pobres ambientes de aprendizaje.

Personales: Familia, deudas educacionales, problemas económicos, aislamiento y problemas psico-sociales, cambio de residencia dejando a familia y amigos y un limitado tiempo libre para relajarse.

Profesionales: Responsabilidad por el cuidado del paciente, supervisión de estudiantes de medicina o residentes de menor grado, pacientes difíciles y problemáticos, sobrecarga de información y cuestiones de planeación de carrera.

Los residentes de psiquiatría tienen factores adicionales que se presume son los responsables de la gran incidencia de psicopatología y suicidio. Además de los factores comunes como la personalidad del médico (Holt 1958, Sadock 1970), la dependencia controlada, la hostilidad por la competitividad y las dificultades socioeconómicas (Sadock 1970, Hunter 1964) se suman los factores específicos de la especialidad, como la identificación con la psicopatología del propio paciente, el impacto de la supervisión de la psicoterapia y el cambio del rol autoritario del médico al abordaje de equipo interdisciplinario de la psiquiatría clínica. Así mismo, los residentes de psiquiatría de primer año que apenas comienzan a lidiar con cuestiones de identidad y competencia en un campo totalmente nuevo y que están apenas teniendo mayor

conciencia de sus propios conflictos intra-psíquicos, son asignados a servicios intra-hospitalarios a tratar a los pacientes más seriamente trastornados (Halleck y Woods 1962) lo que genera una enorme cantidad de estrés.

b. Antecedentes en México

En México, los estudios realizados a estudiantes de medicina son escasos, algunos antecedentes se remontan a los realizados por la Dra. Volkow (1882) y el Dr. De la Fuente, quienes utilizaron el MMPI, ellos concluyen que los médicos en entrenamiento y los estudiantes de medicina de postgrado tienen mejor salud mental que los residentes en entrenamiento. Díaz, Romero y Gómez (1995) realizaron un trabajo en alumnos de primer ingreso a la licenciatura en medicina de la UNAM, en el que aplicó el *inventario de salud de Goldberg* y se encontró un 24.4% de probables casos.

Más recientemente, Fouilloux (2002) realizó una investigación en alumnos de los primeros años de la Facultad de Medicina de la UNAM en el que encontró una prevalencia de trastornos psicopatológicos del 10.5%. Se utilizó la entrevista de Goldberg, arrojando un 23% de “casos probables”. En la segunda medición aumentó a 26% y en la tercera disminuyó a 19%. Los síntomas de mayor aparición en la entrevista fueron: disminución de la concentración, estado de ánimo depresivo y ansiedad. Las anormalidades más frecuentes manifiestas fueron el ánimo depresivo, la ansiedad y el contenido del pensamiento depresivo.

En un estudio realizado en internos de pregrado de la carrera de medicina de la facultad de medicina de la UNAM se concluyó que el estrés grave era derivado de: no tener suficiente tiempo para la familia, inseguridad sobre el futuro profesional, horarios laborales extensos, obligaciones frecuentes, poco estímulo, poca supervisión, falta de retroalimentación, discriminación por género y preocupación por las calificaciones (Arrachavaleta 2004).

En el Hospital Fray Bernardino Álvarez se llevó a cabo un estudio en residentes de psiquiatría del primer año de la especialidad. El propósito del trabajo fue determinar la presencia del síndrome de desgaste profesional. Los resultados fueron que los residentes mostraron un desgaste profesional moderado, un 17.6% presentó depresión moderada y un 5.08% depresión severa. La escala de Sheehan mostró que el 11.7% mostró ansiedad exógena moderada, y el 5.88% marcada (Reyna, Gutiérrez y Herrera, 2004).

Martínez-Lanz, Medina-Mora y Rivera (2005) realizaron una investigación para analizar la relación entre el consumo de alcohol y drogas y algunos factores de riesgo, tales como depresión y estrés en el ámbito de laboral o de prácticas en residentes de ambos sexos entre los 24 y 37 años de edad en un hospital general de la Ciudad de México. Los resultados arrojados muestran que existe un elevado consumo de alcohol (65%), con diferencias importantes de género (74.5% de los bebedores son hombres y 25.5% mujeres). El consumo de drogas fue de 23.2%, principalmente analgésicos narcóticos (7.3% alguna vez en su vida), seguida de tranquilizantes (10.6%), anfetaminas/estimulantes (3.4%) y sedantes (2.2%). Los niveles de estrés y ansiedad fueron elevados (14% y 47.5%, respectivamente).

### c. Personalidad

Los rasgos de personalidad son elementos básicos de la misma que describen regularidades o consistencias generales en el funcionamiento de los individuos; son descriptores que utilizamos para caracterizar la personalidad. La personalidad es un aspecto importante a evaluar en los médicos y estudiantes de medicina ya que de ésta dependen, en gran parte, las respuestas al estrés del medio ambiente. Los rasgos de personalidad heredables (temperamento) influyen en la ocurrencia de los eventos estresores y en como éstos se perciben y manejan (Kendler 1993, Brostedt 2003). Se piensa que los trastornos de personalidad se dan como resultado de la interacción entre las vulnerabilidades temperamentales y experiencias adversas de la vida conocidos como estresores. Los efectos conjuntos de la vulnerabilidades y el estrés, incrementan la propensión a trastornos mentales en general (Kendler 1986) y a través del tiempo

pueden producir la constelación semi-estable de rasgos y conductas “mal adaptativas” y disfuncionales que caracterizan a los trastornos de personalidad (Grilo 1999).

Se ha demostrado que ciertos rasgos de personalidad incrementan tanto la exposición (Magnus 1993) como la sensibilidad (Breslau 1995, Bolger 1995) a experiencias de vida traumáticas. Los rasgos que influyen son el neuroticismo del Modelo de los 5 Grandes Factores de Personalidad (Costa 1994). El neuroticismo o emocionalidad/temperamento negativo como se conoce en el Modelo de 3 Factores de Personalidad (Eysenck 1975, Watson 1993), representa una tendencia a ver y reaccionar ante el mundo como amenazante, problemático y peligroso. Las personas con un alto grado de neuroticismo son propensas a hacer evaluaciones cognoscitivas negativas de situaciones a las que requieren hacer frente haciendo una situación estresante aún más estresante o a utilizar mecanismos de afrontamiento inefectivos (Bolger 1991). Las personas con altos niveles de neuroticismo tienen una exposición aumentada al estrés porque se sitúan en lugares o situaciones interpersonales en los que es más probable que ocurran eventos estresantes que surgen del conflicto (Pagano 2004).

## **V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Los estudios que se han llevado a cabo muestran que los residentes de las diferentes especialidades cursan con estresores en su formación y que existe psicopatología que en ocasiones sobrepasa lo reportado en la población general, sin embargo, se desconoce la situación de la salud mental en los residentes de nuestro país así como los factores que podrían asociarse al desarrollo de la misma y las posibles consecuencias para su persona y para los pacientes que atienden.

## **VI. JUSTIFICACIÓN:**

Es bien conocido que el estudio y la práctica de la medicina son demandantes tanto intelectual como emocionalmente. La suma de varios factores como la herencia, la historia familiar y personal de psicopatología, así como los rasgos de personalidad y otros factores sociodemográficos (sexo, edad, lugar de origen) aunados a las exigencias ambientales como: horas de trabajo, periodos de sueño, etc., podrían predecir el desarrollo de una psicopatología.

Existen varios autores que documentan que la salud mental en los médicos es deficiente, ya que presentan una psicopatología mayor que la población general (Poole 2002, Duffy 1964, Pilowski 1989, Waring 1974, Arnetz 1987, Firth-Cozens 1997). La importancia de la investigación en la salud mental de los médicos en formación, radica en la necesidad de implementar programas de atención integrales y específicos para evitar el desarrollo de una psicopatología. Algunos autores reportan la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en alumnos de la licenciatura (Fouilloux 2002) o de internado de pregrado, sin embargo sólo existe una investigación referente a los médicos residentes de especialidades médicas, donde la responsabilidad y en ocasiones la carga de trabajo se incrementa de manera importante.

## **VII. OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los rasgos de personalidad, los factores sociodemográficos, académicos, ambientales y de eventos de la vida que influyen en el estado de salud mental y en la ideación suicida entre los residentes de 1er y 2do año de las diferentes especialidades médicas de la UNAM.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Evaluar el estado de salud mental, el consumo de alcohol y la ideación suicida en los residentes de 1er y 2do año adscritos a las diferentes especialidades médicas de la UNAM en sedes de 2do y 3er nivel de atención en el D.F.
- Caracterizar los aspectos sociodemográficos de riesgo presentes en residentes de 1er y 2do año adscritos a las diferentes especialidades.
- Establecer los rasgos de personalidad en los residentes de las diferentes especialidades médicas de la UNAM en sedes de 2do y 3er nivel de atención en el D.F.
- Determinar los eventos de la vida de riesgo presentes en los residentes de 1er y 2do año adscritos a las diferentes especialidades.
- Describir las fuentes de atención que utilizan, caminos que siguen los alumnos al presentar algún trastorno mental o de abuso de sustancias, el tiempo que transcurre en solicitar ayuda, los motivos por lo que se retrasa la obtención de ayuda, las barreras que se encuentran para obtenerla y las formas de solucionarlo.
- Asociar los factores sociodemográficos, las condiciones académico/ambientales, eventos de la vida y los rasgos de personalidad y ver su influencia en el estado de salud mental.



## VIII. MÉTODO:

**a. Diseño del estudio:** Transversal, descriptivo y correlativo.

**b. Universo:** Residentes de 1er y 2do año inscritos en la Facultad de Medicina de la UNAM de 74 cursos de especialidades médicas.

**c. Muestra:** Se utilizó un plan de muestreo proporcional estratificado utilizando como población base los registros de la UNAM para residentes inscritos en 1er y 2do grado de la Residencia Médica. La variable de estratificación fue la especialidad médica. La muestra se calculó para obtener una confiabilidad del 95% y un error en la determinación de porcentajes de  $\pm 5\%$ . La muestra se determinó en 1585 residentes de 22 especialidades médicas en sedes del Distrito Federal. El criterio para la selección de las especialidades médicas fue las especialidades que de acuerdo con la literatura se reportaran con mayores cargas de trabajo y productoras de estrés, así como otro grupo de especialidades menos estresantes y con menores cargas de trabajo.

ESPECIALIDADES DE ALTO ESTRÉS	ESPECIALIDADES DE BAJO ESTRÉS
Pediatría	Medicina Familiar
Medicina Interna	Oftalmología
Cirugía General	Radiología
Gineco-obstetricia	Dermatología
Medicina Crítica	Otorrinolaringología
Cardiología	Rehabilitación
Psiquiatría	Ortopedia
Neonatología	Medicina Legal
Anestesiología	Urología
Cirugía Oncológica	Medicina Del Trabajo
Cirugía Plástica	Medicina Nuclear

#### **d. Variables en estudio:**

##### **Variables Clínicas**

- Sintomatología Psiquiatría SCL-90-R
  - Somatización
  - Obsesivo-compulsivo
  - Sensibilidad interpersonal
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Hostilidad
  - Ansiedad fóbica
  - Ideación paranoide
  - Psicoticismo
  - Índice de severidad global.
- Ideación suicida
- Consumo de alcohol
- Personalidad
  - Neuroticismo
  - Extraversión
  - Apertura
  - Amabilidad
  - Diligencia.
- Estrés percibido por los eventos de la vida y de la residencia.

##### **Académicas**

- Distribución del tiempo por semana
  - Trabajo
  - Tiempo libre
  - Sueño
- Especialidad.
- Grado

## **Sociodemográficas**

- Edad
- Género
- Estado civil (Con pareja o sin pareja)
- Lugar de origen (Distrito Federal, provincia o extranjero)
- Personas con quienes viven (Solos, con amigos o con familiares)

## DEFINICIÓN DE VARIABLES:

### ESTADO DE SALUD MENTAL

- Somatización.- refleja el malestar que surge de la percepción de disfunción corporal.
- Obsesivo-compulsivo.- refleja conductas que están íntimamente relacionadas con este síndrome clínico.
- Sensibilidad interpersonal.- esta subescala hace referencia a sentimientos de inadecuación e inferioridad personal, especialmente en comparación con otros individuos. También auto-desprecio, y la dificultad y el malestar que surge durante la interacción interpersonal
- Depresión .- Sintomatología depresiva
- Ansiedad.- Sintomatología ansiosa
- Hostilidad.- Existencia de pensamientos, sentimientos y conductas hostiles
- Ansiedad fóbica.- Recoge tanto síntomas de Agorafobia como de algunas fobias específicas frecuentes.
- Ideación paranoide.- Pensamientos paranoides de daño, persecución, referencia, etc.
- Psicoticismo.- Incluye desde comportamientos esquizoides hasta síntomas claramente psicóticos.
- Índice de severidad global.- Intensidad media del conjunto de los 90 ítems.

- Ideación suicida.- Pensamientos con planes de suicidio.
- Ideas de muerte.- Pensamientos acerca de la muerte sin planes de suicidio.
- Uso/abuso de alcohol: Puntuación del audit.

## PERSONALIDAD

- **Neuroticismo**-Adaptación.- Está relacionado con la vida emocional del sujeto. Las personas que obtienen puntuaciones altas en este factor tienden a la ansiedad, la preocupación, el malhumor, el temor, la emotividad, la inestabilidad o la tensión, mientras que las puntuaciones bajas revelan personas estables, calmadas, tranquilas y poco emotivas.
- **Extraversión**-introversión.- Este factor se define por la preferencia del sujeto por estar solo o acompañado, la facilidad para experimentar emociones positivas o tener entusiasmo o energía. Los adjetivos que definirían a un sujeto con puntuaciones altas serían hablador, asertivo, enérgico, sociable y entusiasta.
- **Apertura** a la experiencia.- Hace referencia a la búsqueda de experiencias y al placer por lo desconocido y su experimentación. Puntuaciones elevadas en esta dimensión indicarían que el sujeto tiene amplios intereses, es original, curioso, inventivo, ocurrente, ingenioso, perspicaz, imaginativo o sofisticado y puntuaciones bajas describirían individuos vulgares, de intereses limitados, simples o superficiales.
- **Amabilidad**/afabilidad-oposicionismo.- Hace referencia a la interacción social y las respuestas que se ofrecen a los demás. En uno de los polos de este factor se situarían aspectos como ser frío, poco amigable, cruel, rígido y malagradecido, y en el otro, la simpatía, la generosidad, la fidelidad, la gentileza y la colaboración.
- **Diligencia**/responsabilidad/escrupulosidad/consciencia-Irresponsabilidad.- Refleja el grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a objetivos, y trata esencialmente de la forma en los individuos llevan a cabo las tareas. Los sujetos responsables serían los que se caracterizan por la pulcritud, la organización, la precisión, la cautela, la eficiencia o el cuidado, y en el otro extremo estarían los individuos dejados, desordenados, irresponsables, desmemoriados o independientes.

## EVENTOS DE LA VIDA Y DE LA RESIDENCIA

- Cuestionario de Eventos de la Vida y Nivel de Estrés. (Las variables del cuestionario se encuentran descritas en el cuadernillo de preguntas, ver anexo # 1).

## ESPECIALIDAD

### ACADÉMICAS (CARGA DE TRABAJO)

- Horas de trabajo hospitalario o en consulta externa por semana
- Horas de sueño a la semana
- Horas de tiempo libre a la semana
- Horas de estudio a la semana
- Horas de clases a la semana
- Número de exámenes por mes
- Número promedio de guardias al mes

### SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad: años cumplidos
- Sexo: femenino o masculino
- Estado civil: soltero, con pareja (unión libre o con relación amorosa estable) viudo o divorciado.
- Lugar de origen: estado o país
- Personas con quienes vive: Familia nuclear, amigos, otros familiares o ninguno.

**e. INSTRUMENTOS:** (Se anexa el cuadernillo con todos los instrumentos utilizados anexo # 1).

- Cuestionario para variables sociodemográficas, académicas y características ambientales de la residencia.

- *Cuestionario de eventos de la vida y nivel de estrés.-*

Con base a la escala de *Cambios Recientes en La Vida* de Richard H. Rahe (1997) de 74 reactivos y *Tu escala de estrés* adaptada de “La escala de Reajuste Psicosocial” de Thomas Holmes y Richard Rahe (1967) se diseñó un cuestionario de eventos de la vida y nivel de estrés, se seleccionaron aquellos pertinentes a la vida cotidiana de los residentes quedando 27 reactivos, por otra parte se agregaron 13 relacionados a eventos de la vida intrahospitalaria. Las respuestas fueron de dos tipos: dicotómica con opciones *sí* y *no*, y una escala es tipo Likert con respuestas desde *En grado máximo* hasta *Nada*. El análisis factorial por el método de componentes principales con rotación varimax arrojó un primer factor robusto donde se agruparon los 23 reactivos asociados a la residencia, explicando el 27% de la varianza total. Los eventos de la vida no correlacionan entre si y generan 17 factores. Se consideraron para este estudio dos componentes una asociada a la residencia y otra a eventos vitales. Para garantizar la intensidad del estrés causado por cada uno de los eventos se solicitó al respondedor que indicara si le había ocurrido el evento y en su caso la intensidad de estrés causada por dicho evento. Para la escala de eventos relacionados a la residencia se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.89.

- *Symptom Check List 90 R (SLC-90R).*

El *Symptom Check List* fue diseñado en la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore con la finalidad de disponer de un cuestionario para la auto evaluación de un amplio rango de problemas psicopatológicos que pudiera ser utilizado tanto en pacientes médicos, psiquiátricos o en población general y tanto como método de *screening* como para valoración de cambios sintomáticos inducidos por el tratamiento. El instrumento original constaba de 51 ítems y era conocido como *Hopkins Symptom Check List (HSCL-90R)*. Derogatis et al. desarrollaron en 1973 una versión de 90 ítems (*SCL-90R*) que fue la se utilizó en éste estudio (Derogatis 1994).

El SCL-90R es un cuestionario multidimensional auto administrado. El paciente tiene que seleccionar mediante una escala tipo Likert de cinco grados, hasta que punto se ha sentido molesto, durante los últimos siete días, por una serie de 90 problemas (0 no la ha molestado en absoluto y 4 le ha molestado de manera extrema). El cuestionario explora 9 dimensiones o perfiles psicopatológicos: Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Ira-Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo.

Se trata de un cuestionario sencillo y fácil de aplicar. Puede ser de utilidad en atención primaria como medida de la gravedad sintomática o como elemento de tamizaje, Es más interesante todavía como medida multidimensional de psicopatología, sobre todo si uno está interesado en los trastornos de depresión y ansiedad, en este apartado es superior al GHQ-28.

La corrección del SCL-90R ofrece tres niveles de información: global, dimensional y de síntomas discretos.

A) GLOBAL, con 3 índices: GSI (Índice Global de Gravedad) que se refiere a la intensidad media del conjunto de los 90 ítems. PST (Total de Síntomas Positivos), hace referencia al número medio de síntomas experimentados por cada paciente. PSDI (Índice de Distrés de Síntomas Positivos), se refiere a la intensidad media de los síntomas positivos.

Se consideran como *casos con patología severa* a los individuos con una puntuación  $T > \text{ó} = 80$ , y como *casos en riesgo* a los de puntuación  $T > \text{ó} = 65$ .

B) DIMENSIONAL, proporciona 9 índices uno por cada dimensión sintomática.

C) SÍNTOMAS DISCRETOS, hace referencia a la intensidad media obtenida en una serie de ítems que hacen referencia a trastornos del sueño, del comportamiento alimentario, etc.

Fiabilidad: La consistencia interna de las 9 subescalas fue buena, oscilando el alfa de Cronbach de 0.78 a 0.90.

Validez: En cuanto a validez predictiva, para un punto de corte de 0.5 en el GSI, ofrece una sensibilidad del 0.83, especificidad del 0.80, VPP 0.91 y VPN 0.66. Para una muestra de pacientes que acuden a las consultas de atención primaria, con el mismo punto de corte, la sensibilidad es del 0.64, la especificidad del 0.74, VPP 0.58 y VPN 0.77. En el mismo trabajo, se confirma, mediante análisis ROC, la adecuada validez de los índices dimensionales de ansiedad y depresión. También se demuestra en el mismo trabajo la adecuada validez discriminativa, la validez concurrente con el IIP-C y el GHQ-12.

Las puntuaciones T normalizadas utilizadas en éste estudio se calcularon con base al baremo en población argentina (Casullo, 2004)

- Personalidad:

*Inventario NEO FFI- R (60 ítems) (NEO FFI- R Inventory, Costa Jr., P.T. y McCrae, R.R.*

Adaptación: TEA Ediciones.

Ítems: 60. Se contestan mediante una escala likert de cinco puntos

Valora de forma global los cinco rasgos contemplados en el modelo penta factorial. La versión reducida (NEO-FFI) no contempla las facetas que componen los factores, sino que valora éstos de modo global.

Evalúa 5 dimensiones: extraversión, amabilidad, diligencia, neuroticismo y apertura, cada rasgo está compuesto por 12 ítems.

La confiabilidad alpha de Cronbach es mayor a 0.89 en todas las escalas para la población española validada por Solé I Fontova (2006)

- Consumo de alcohol:

*AUDIT (Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol)*

Desarrollado por la OMS como método simple de tamizaje de consumo excesivo de alcohol, fue publicado en 1989 y actualizado en 1992.

Identifica consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia a alcohol

Autoaplicable 10 preguntas

Estandarización transnacional (6 países)



Valor de corte de 8 puntos a sensibilidad > 0.90

Especificidad > .80

Alta consistencia interna

Fiabilidad test-retest alta  $r=0.86$

De acuerdo a las recomendaciones del Manual del AUDIT los individuos con puntuaciones de 0 a 7 deberían recibir educación sobre el alcohol, entre 8 y 15 consejo simple, entre 16 a 19 puntos consejo simple más terapia breve y monitorización continuada y los puntajes mayores a 20 derivación al especialista para evaluación diagnóstica de dependencia y tratamiento.

- **Uso de Servicios de Salud Mental:**

7 preguntas adaptadas del cuestionario de utilización de servicios y características sociodemográficas del CIDI (Composite Internacional Diagnostic Interview) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para la Salud Mental, el Abuso de Drogas y Alcohol (Robins 1981).

- **Ideación suicida:**

3 preguntas sobre ideación suicida de la Escala de 4 reactivos diseñada por Roberts (1980) y probada por González-Forteza y Andrade Palos (1995) en adolescentes mexicanos ( $\alpha=0.78$ ).

**f. Análisis de datos:**

En el análisis unidimensional, las variables cuantitativas se analizaron por medio de ANOVA simple y las variables categóricas por medio de  $\chi^2$ . Para el análisis multivariado se utilizó análisis de trayectorias confirmado por medio de Análisis de Ecuaciones Estructurales. Los resultados se presentan en medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y en porcentajes para las variables categóricas. Los perfiles de personalidad se determinaron por medio de Análisis de Clusters utilizando el procedimiento de distancias Euclidianas.

**g. Procedimiento:**

Se evaluaron a los residentes de 1er y 2do año de 22 especialidades médicas, 15 de entrada directa y 7 de entrada indirecta distribuidos en 65 sedes, con un total de 1585 alumnos. Se envió a cada una de las sedes en cuestión un paquete que contenía la cantidad necesaria de cuadernillos de preguntas, hojas de lector óptico, carta explicativa del proyecto con una dirección de correo electrónico y la página en Internet del Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente, así como un folleto informativo acerca de la depresión para cada uno de los residentes de las especialidades seleccionadas. A los jefes de enseñanza se les envió una hoja de instrucciones donde se explicó el procedimiento de aplicación y devolución de los instrumentos contestados a la División de postgrado de la UNAM o al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (INPRF).

El cuadernillo de preguntas se diseñó como parte de esta tesis e incluyó preguntas sociodemográficas, características académicas y laborales de la especialidad y sede, el Inventario de Personalidad NEO FFI-R, preguntas sobre ideas de muerte e ideación suicida, el inventario SCL-90R, el cuestionario sobre uso/abuso de alcohol autoaplicable (AUDIT), preguntas sobre el uso de servicios de salud mental y un cuestionario sobre eventos estresantes de la vida y la residencia que se elaboró como parte de la tesis y se validó en el transcurso de la misma. El cuestionario se contestó de forma anónima en hojas de lector óptico que se calificaron en el INPRF y se procedió a la evaluación de los resultados.

## **IX. RESULTADOS**

A continuación se presenta la descripción de la muestra y posteriormente los resultados de cada una de las variables en estudio. Se incluye también el análisis estadístico entre las principales variables como personalidad, eventos de la vida y la residencia, carga de trabajo y distribución del tiempo así como los niveles de significancia por género, grado, especialidad, y su relación con psicopatología, consumo de alcohol e ideación suicida.

### **Descripción de la Muestra.-**

La población de residentes de 1er y 2do año inscritos en la División de postgrado de la UNAM se distribuyó por especialidades como se presenta en la tabla # 1. Se diseñó un plan de muestreo proporcional estratificado con un total de 1585 residentes, la muestra alcanzada fue de un 61.9% lo que constituye el 33.3% de la población con una n de 981.

Tabla # 1

<b>Especialidad</b>	<b>Población</b>	<b>Plan de muestreo</b>	<b>Fracción de muestreo</b>	<b>Muestra alcanzada</b>	<b>% sobre población</b>	<b>% sobre plan de muestreo</b>
Pediatría	340	130	38.2%	117	34.4%	90.0%
Medicina interna	405	135	33.3%	88	21.7%	65.2%
Medicina familiar	207	143	69.1%	84	40.6%	58.7%
Cirugía general	294	119	40.5%	67	22.8%	56.3%
Oftalmología	138	81	58.7%	64	46.4%	79.0%
Gineco obstetricia	243	113	46.5%	63	25.9%	55.8%
Radiología y Medicina Nuclear	127	94	74.0%	71	55.9%	75.5%
Medicina crítica	89	64	71.9%	58	65.2%	90.6%
Cardiología	120	75	62.5%	44	36.7%	58.7%
Psiquiatría	97	65	67.0%	41	42.3%	63.1%
Neonatología	79	59	74.7%	39	49.4%	66.1%
Dermatología	56	44	78.6%	37	66.1%	84.1%
Anestesiología	251	111	44.2%	36	14.3%	32.4%
Otorrinolaringología	59	46	78.0%	31	52.5%	67.4%
Rehabilitación	67	50	74.6%	27	40.3%	54.0%
Ortopedia	184	96	52.2%	19	10.3%	19.8%
Cirugía plástica	51	41	80.4%	18	35.3%	43.9%
Medicina legal	19	18	94.7%	18	94.7%	100.0%
Urología	55	43	78.2%	18	32.7%	41.9%
Cirugía oncológica	47	38	80.9%	17	36.2%	44.7%
Medicina del trabajo	22	20	90.9%	13	59.1%	65.0%
Otras				11		
<b>Total</b>	<b>2950</b>	<b>1585</b>	<b>53.7%</b>	<b>981</b>	<b>33.3%</b>	<b>61.9%</b>

Nota: Se obtuvieron datos parciales de 68 sujetos más que no contestaron los datos sociodemográficos.

Se obtuvieron 1049 cuestionarios contestados de las distintas sedes, no logró completarse la muestra prevista de 1585 residentes por varias razones, entre ellas,

errores en el censo, rotaciones externas de los residentes que sólo dejaban un número reducido de residentes en la sede en cuestión, negativa de los residentes para participar en el estudio, falta de cooperación y apoyo de algunos departamentos de enseñanza, extravíos y errores en el seguimiento de las instrucciones lo que llevó a tener muchos cuestionarios incompletos que tuvieron que eliminarse de la muestra.

De los 1049 obtenidos 68 residentes no contestaron la hoja con los datos sociodemográficos, por lo que no pudieron calificarse el SCL-90R y el NEO FFI- R, los cuales requieren de la información sobre el género para su calificación por subescalas. De estos sujetos sólo se cuenta con la calificación global del SCL-90R donde encontramos 7 residentes con psicopatología general positiva (puntuación T > 65), sin embargo debido a que no se pudieron calificar las subescalas, no se incluyeron en el análisis final. Del total de los 68 cuestionarios incompletos en las otras escalas, 67 sí contestaron el AUDIT. Todos lo sujetos contestaron la escala de suicidio; las sedes a las que pertenecen estos sujetos se muestran en la tabla # 2.

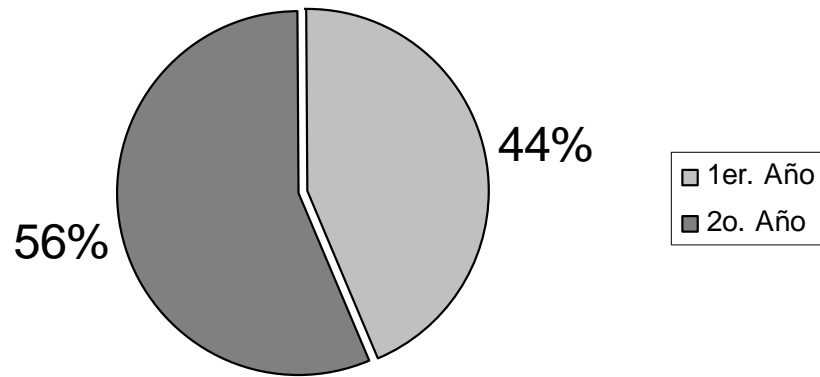
Tabla # 2

<b>SEDES</b>	<b>N</b>
Centro Médico Nacional 20 De Noviembre	24
Instituto Oftalmológico “Conde De la Valenciana”	3
Facultad de Medicina UNAM	3
Hospital General “Dr. Manuel Gea González”	6
Hospital de Gineco-obstetricia No. 4	3
Hospital de Gineco-obstetricia No. 3 Centro Médico La Raza I.M.S.S.	1
Hospital De La Mujer	7
Hospital General de México	5
Unidad de Medicina Familiar No. 28 “Gabriel Mancera”	1
Hospital General de Zona No. 32 “Villacoapa”	1
Instituto Nacional de Cancerología	1
Instituto Nacional de Cardiología	2
Centro Nacional De Rehabilitación	1
Instituto Nacional De Pediatría	2
Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”	2
Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso”	1
Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”	2
Hospital General “Xoco”	3
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>

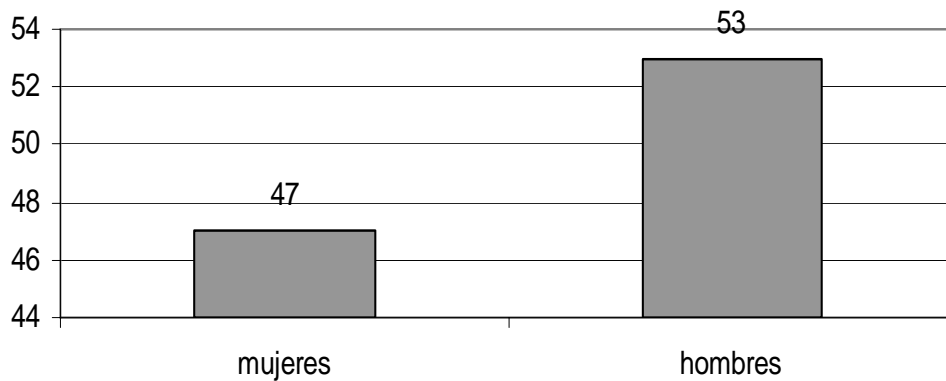
La muestra a analizar se redujo a 981 residentes con la siguiente distribución sociodemográfica:

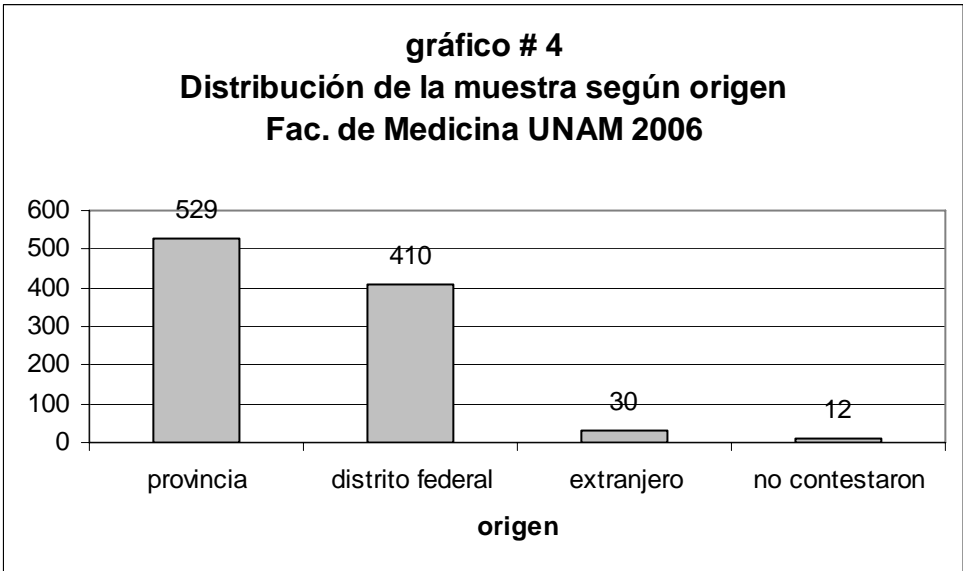
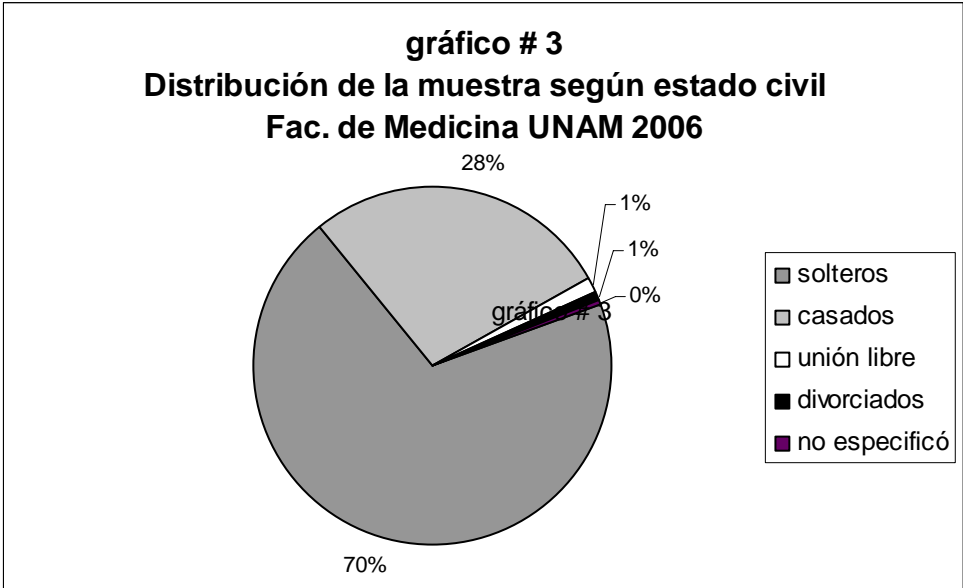
El promedio de edad fue de  $27.97 \pm 2.50$ , 44% de primer grado y 56% de segundo; el 53% hombres y el 47% mujeres, un porcentaje de 70% de solteros y de 28% casados, sólo se presentaron el 1% de divorciados. El 54% proceden del interior de la República, 42% es del distrito federal y un 3% son extranjeros (12 no contestaron). 41% viven con familiares, 16% viven solos y otro 16% con amigos u otros residentes. (gráficos 1- 5)

**gráfico # 1**  
**Distribución de la muestra según grado**  
**Fac. de Medicina UNAM 2006**

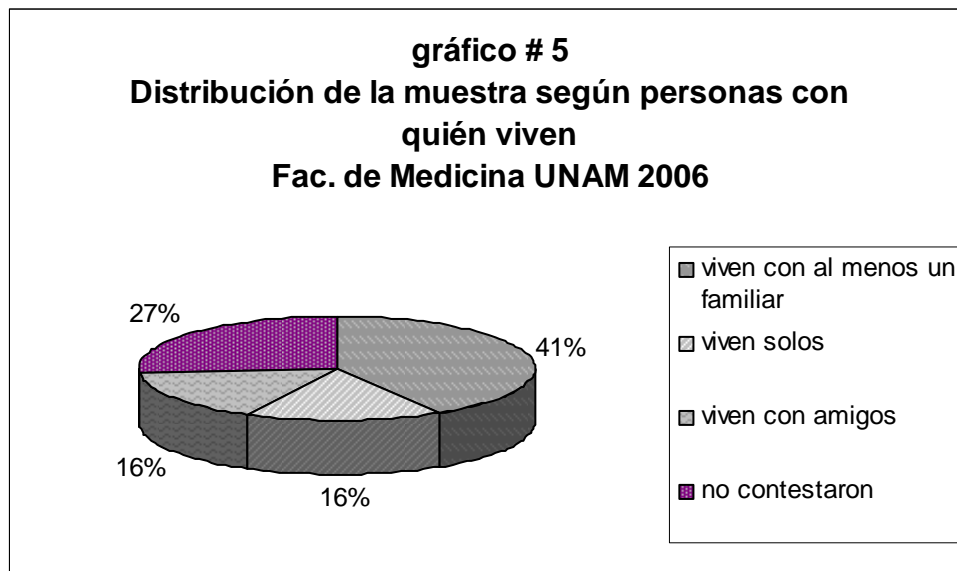


**gráfico # 2**  
**Porcentaje de la muestra según género**  
**Fac. de Medicina UNAM**  
**2006**







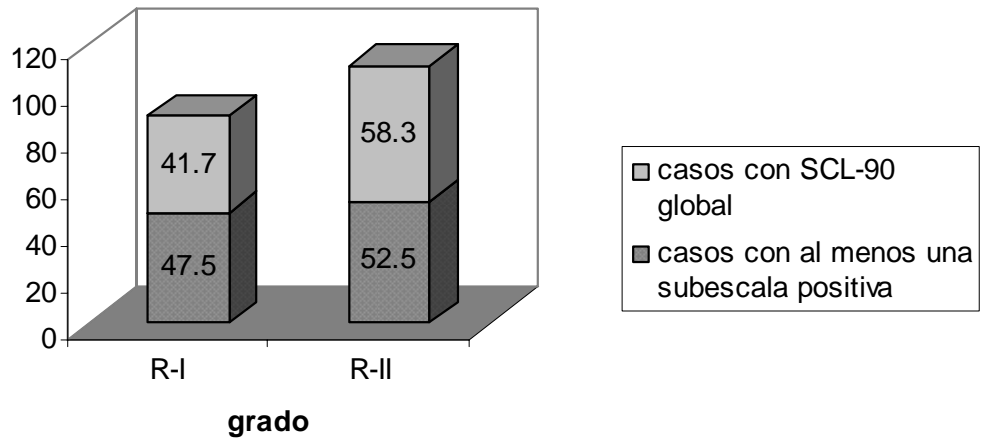


## PSICOPATOLOGÍA SCL-90R

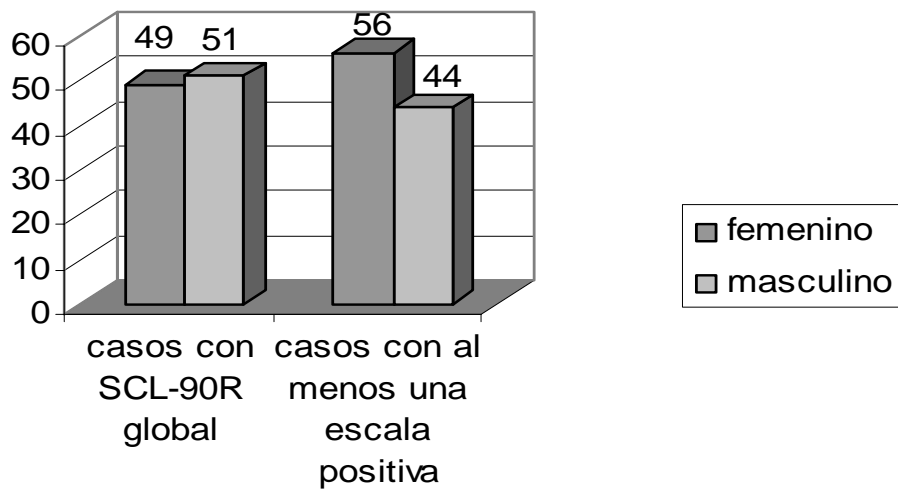
El SCL-90R puede calificarse de forma GLOBAL con 3 índices: IGS (Índice Global de Severidad) que se refiere a la intensidad media del conjunto de los 90 ítems, TSP (Total de Síntomas Positivos) hace referencia al número medio de síntomas experimentados por cada paciente y el PSDI (Índice de “Distrés” de Síntomas Positivos) que se refiere a la intensidad media de los síntomas positivos ó de forma DIMENSIONAL que proporciona 9 índices, uno por cada dimensión sintomática (subescalas). Se tomó como punto de corte para la definición de caso la puntuación T normalizada mayor o igual a 65. La Puntuación T normalizada tiene una media 50 y desviación estándar 10. Por tanto se consideraron como “casos” a los residentes que están 1.5 desviaciones estándar por arriba de la puntuación T.

En la tabla # 4 se muestra la distribución por variables sociodemográficas de los residentes con psicopatología según el SCL-90R tanto de forma dimensional es decir, que los ítems de al menos 1 subescala de síntomas puntuaron por arriba del promedio más una desviación estándar. La n de casos por ésta medición fue de 198 y la medición global, es decir total de síntomas que puntuaron por arriba del promedio más una desviación estándar fue de 78, lo que representa el 20% y 8% respectivamente.

**gráfico # 6**  
**Porcentaje de casos según grado**

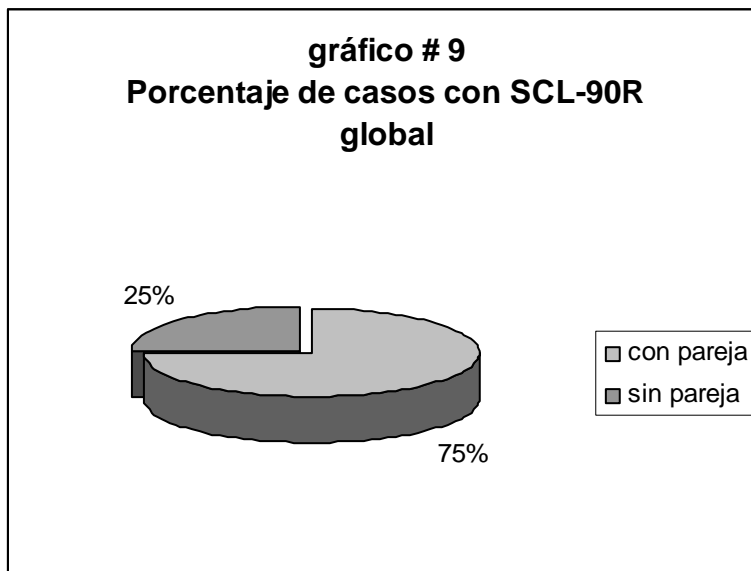
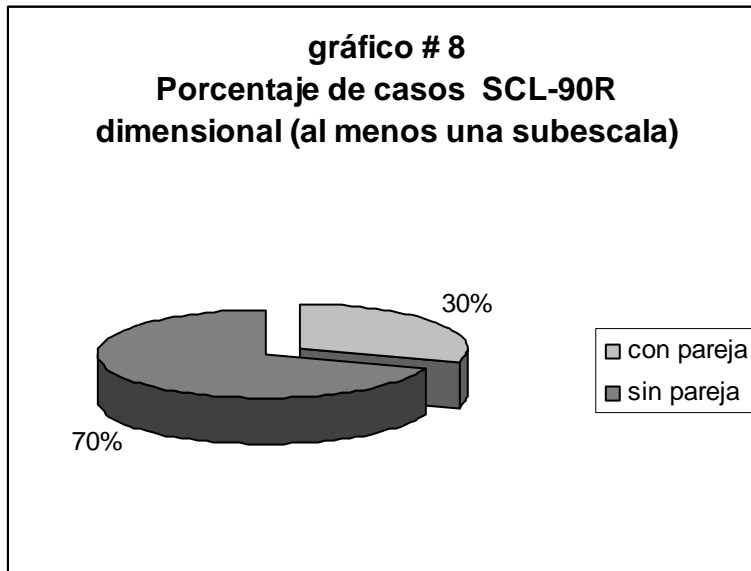


**gráfico # 7**  
**Porcentaje de casos según género**





pareja (gráficos # 8 y 9) y en los originarios del Interior de la República. Llama la atención que en la pregunta acerca de las personas con quienes viven predominó la psicopatología en los que viven con su familia. La media de edad en los casos dimensionales fue de 27.8 y en los globales de 28.1.



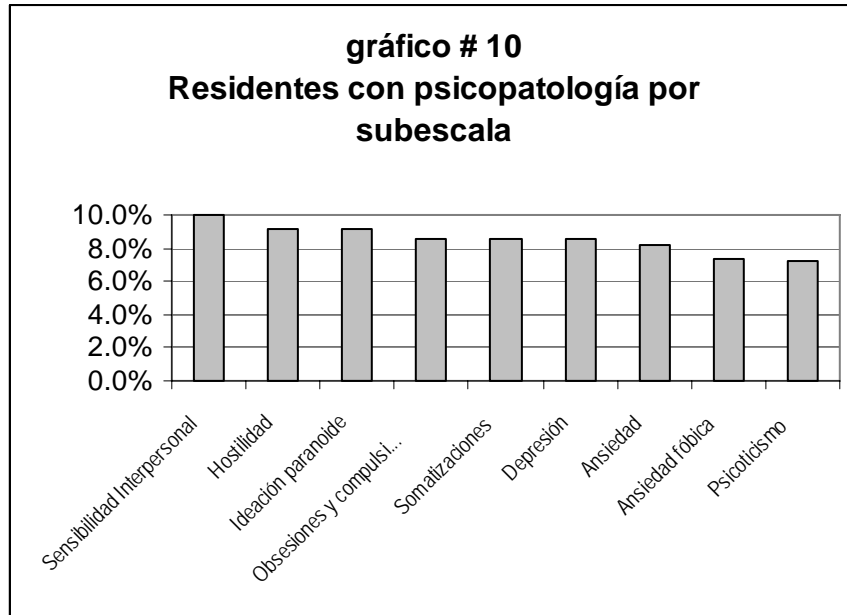
Se procesaron las respuestas en el SCL-90R de los 981 residentes, se encontraron 198 (20.3% + IC 95% de 2.1%) sujetos con al menos 1 subescala positiva y 78 sujetos con psicopatología global (8.0% IC 95% de 1.4%); dentro de éstos pueden diferenciarse a

57 (5.8%) residentes catalogados como *en riesgo* (puntuación  $T > \text{ó} = a 65$  pero  $< a T 80$ ) y 21 (2.1%) residentes con *patología severa* (puntuación  $T > \text{ó} = a 80$ ) (tabla # 5).

El gráfico # 10 y tabla # 5 se presenta el total de residentes con psicopatología dimensional divididos según las 9 subescalas, y se observa que predomina la sintomatología de Sensibilidad Interpersonal, ira u hostilidad e ideación paranoide.

Tabla # 5

Subescala	Residentes en Riesgo		Residentes con Patología Severa		Total de Residentes con Psicopatología	
	N	%	N	%	n	%
Sensibilidad Interpersonal	77	7.8%	21	2.1%	98	10.0%
Hostilidad	62	6.3%	27	2.8%	89	9.1%
Ideación paranoide	65	6.6%	24	2.4%	89	9.1%
Depresión	59	6.0%	24	2.4%	83	8.5%
Obsesiones y compulsiones	65	6.6%	18	1.8%	83	8.5%
Somatizaciones	62	6.3%	21	2.1%	83	8.5%
Ansiedad	57	5.8%	23	2.3%	80	8.2%
Ansiedad fóbica	46	4.7%	27	2.8%	73	7.4%
Psicoticismo	39	4.0%	32	3.3%	71	7.2%
Casos con al menos una subescala $> T65$					198	20.2%
Casos con SCL-90R Total $> T65$	57	5.8%	21	2.1%	78	8.0%



La distribución de las subescalas positivas del SCL-90R (1 a 9) en los 198 residentes se muestra en la tabla # 6, el 6.1% de los residentes obtuvieron puntuaciones positivas para una sola subescala, sin embargo el 2% (20 residentes) tuvieron puntuaciones positivas en las 9 subescalas.

Tabla # 6

Subescalas Positivas	Número De Residentes	%
9	20	2.0%
8	13	1.3%
7	10	1.0%
6	13	1.3%
5	12	1.2%
4	18	1.8%
3	21	2.1%
2	31	3.2%
1	60	6.1%
Total	198	20.2%

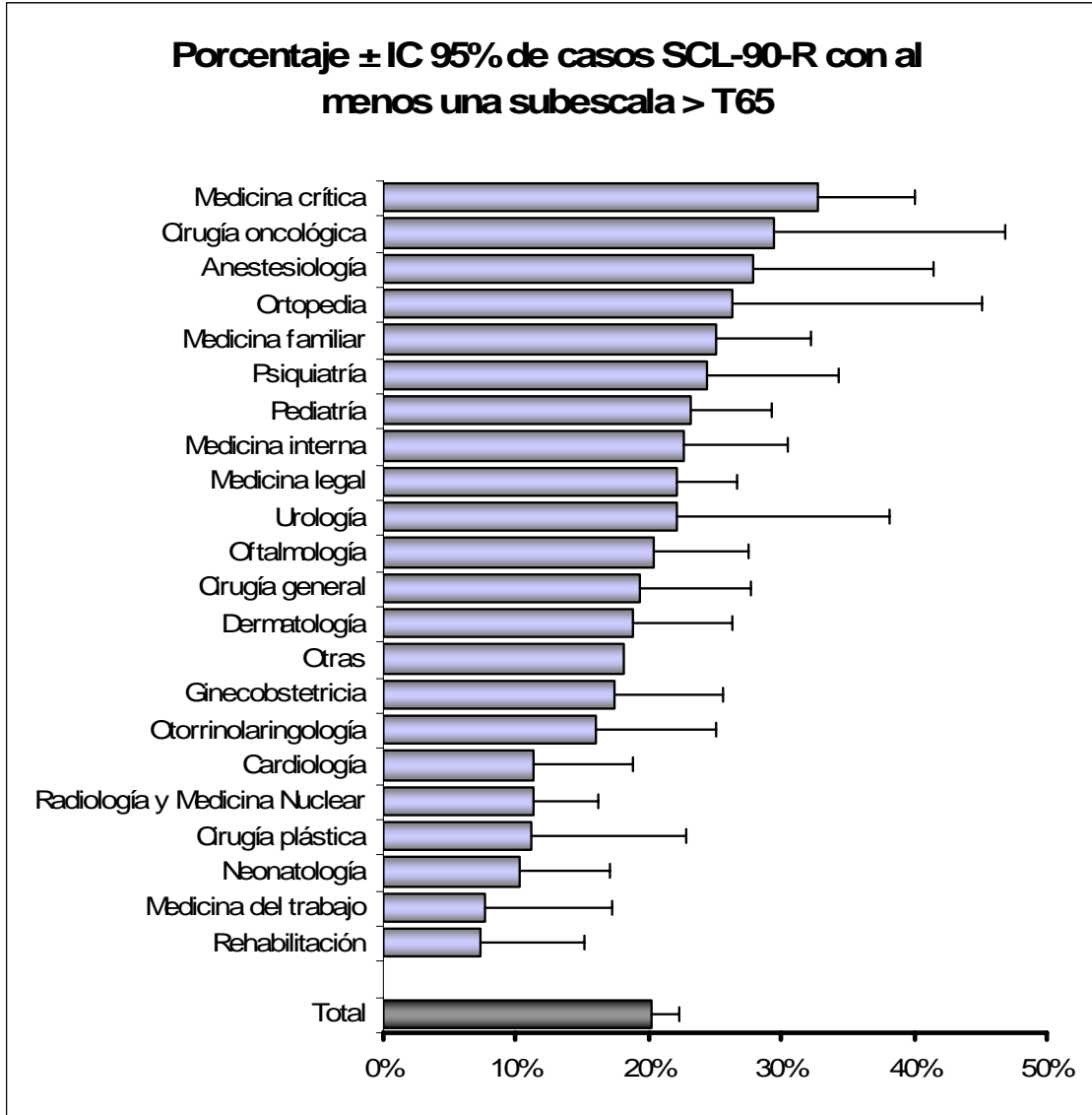
En la tabla # 7 se muestra la distribución de casos de psicopatología según la especialidad en las 2 modalidades, dimensional (casos positivos en al menos 1 subescala) y global. Como se observa en la gráfica # 11, las principales especialidades que presentan al menos 1 subescala positiva fueron medicina crítica, cirugía oncológica, anestesiología, ortopedia y medicina familiar, sin embargo existen diferencias por los intervalos de confianza en virtud de que se hizo el ajuste con la

población de cada especialidad. Lo anterior nos indica que debido a que no se obtuvo un tamaño suficiente de la muestra de algunas especialidades, el intervalo de error fue mayor, por tanto no se puede concluir que las especialidades de Urología, ortopedia, cirugía plástica, cirugía oncológica y anestesiología, arrojen resultados confiables.

Tabla # /

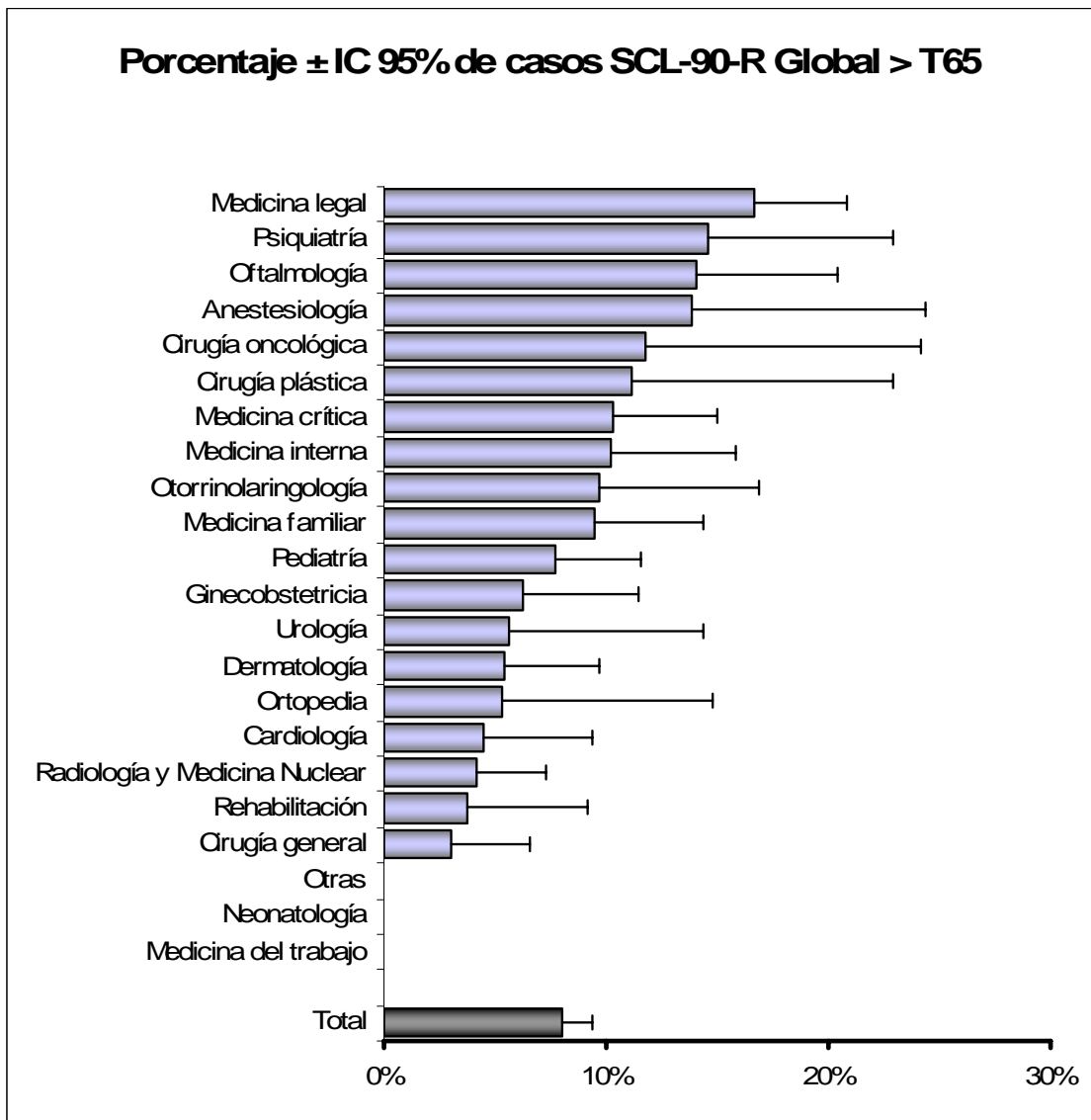
Especialidad	Población	Muestra	Casos con al menos una subescala > T65			Casos con SCL-90R global > T65		
	N	n	n	%	IC 95% ±.	n	%	IC 95% ±.
Pediatría	340	117	27	23.1%	6.2%	9	7.7%	3.9%
Medicina interna	405	88	20	22.7%	7.8%	9	10.2%	5.6%
Medicina familiar	207	84	21	25.0%	7.2%	8	9.5%	4.9%
Cirugía general	294	67	13	19.4%	8.3%	2	3.0%	3.6%
Oftalmología	138	64	13	20.3%	7.2%	9	14.1%	6.3%
Gineco-obstetricia	243	63	11	17.5%	8.1%	4	6.3%	5.2%
Radiología y Medicina Nuclear	127	71	8	11.3%	4.9%	3	4.2%	3.1%
Medicina crítica	89	58	19	32.8%	7.2%	6	10.3%	4.7%
Cardiología	120	44	5	11.4%	7.5%	2	4.5%	4.9%
Psiquiatría	97	41	10	24.4%	10.0%	6	14.6%	8.3%
Neonatología	79	39	4	10.3%	6.8%			
Dermatología	56	37	7	18.9%	7.4%	2	5.4%	4.3%
Anestesiología	251	36	10	27.8%	13.6%	5	13.9%	10.5%
Otorrinolaringología	59	31	5	16.1%	9.0%	3	9.7%	7.2%
Rehabilitación	67	27	2	7.4%	7.7%	1	3.7%	5.5%
Ortopedia	184	19	5	26.3%	18.8%	1	5.3%	9.5%
Cirugía plástica	51	18	2	11.1%	11.8%	2	11.1%	11.8%
Medicina legal	19	18	4	22.2%	4.5%	3	16.7%	4.1%
Urología	55	18	4	22.2%	15.9%	1	5.6%	8.8%
Cirugía oncológica	47	17	5	29.4%	17.5%	2	11.8%	12.4%
Medicina del trabajo	22	13	1	7.7%	9.5%			
Otras		11	2	18.2%				
Total	2950	981	198	20.2%	2.1%	78	8.0%	1.4%

Gráfica # 11





Gráfica # 12



Las especialidades que presentan mayor porcentaje de casos SCL-90-R con psicopatología global, son medicina legal, psiquiatría, oftalmología, anestesiología y cirugía oncológica (gráfica # 12).

Los casos positivos dimensionales (puntuación T > ó = a 65) por subescala y especialidad se describen en la tabla # 8

Tabla # 8

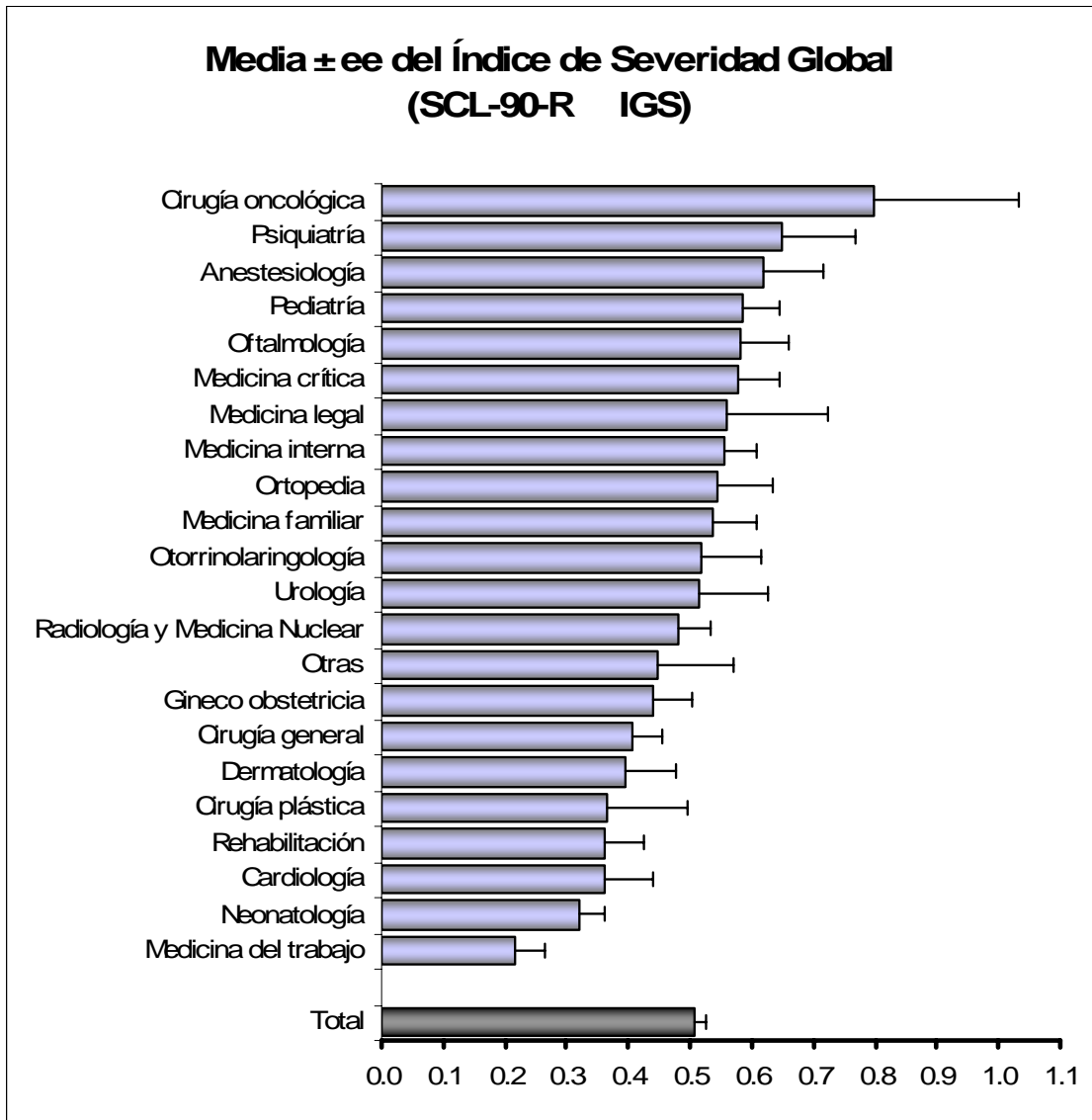
Especialidad	N	n	Ansiedad	Depresión	Ansiedad fóbica	Sensibilidad Interpersonal	Hostilidad	Obsesiones y compulsiones	Ideación paranoide	Psicoticismo	Somatizaciones
Pediatría	340	117	10	12	11	12	14	12	11	10	15
Medicina interna	405	88	10	10	6	10	11	12	7	8	10
Medicina familiar	207	84	9	9	5	8	14	8	10	9	6
Cirugía general	294	67	2	3	1	5	3	4	6	2	4
Oftalmología	138	64	8	8	9	10	9	6	6	8	7
Gineco obstetricia	243	63	4	4	2	8	7	5	6	3	5
Radiología y Medicina Nuclear	127	71	3	4	4	6	1	3	4	3	2
Medicina crítica	89	58	7	6	7	6	4	9	6	4	7
Cardiología	120	44	2	3	3	2	2	2	1	2	4
Psiquiatría	97	41	4	6	5	6	5	6	3	2	5
Neonatología	79	39					2			1	1
Dermatología	56	37	2	2	4	4		2	2	1	3
Anestesiología	251	36	6	4	3	7	5	5	7	3	5
Otorrinolaringología	59	31	4	3	1	2	1	2	3	3	1
Rehabilitación	67	27		1	2	1				1	
Ortopedia	184	19	1			1	1	1	3	1	1
Cirugía plástica	51	18	2	1	2	2	2		2	2	1
Medicina legal	19	18	3	3	2	3	4	1	4	3	2
Urología	55	18	1	1	1	1	1	1	3	1	1
Cirugía oncológica	47	17	2	2	3	4	2	4	4	4	3
Medicina del trabajo	22	13			1						
Otras		11		1	1		1		1		
Total	2950	981	80	83	73	98	89	83	89	71	83

En la tabla # 9, gráfico 13, se presenta la media del Índice Global de Severidad por especialidad, encontrando el mayor índice en las especialidades de cirugía oncológica (0.80), psiquiatría (0.65), anestesiología (0.62), pediatría (0.58), oftalmología (0.58) y medicina crítica (0.58).

Tabla # 9

	N	Media	Desviación Estándar
Pediatría	117	0.58	0.68
Medicina Interna	88	0.55	0.49
Medicina Familiar	84	0.54	0.62
Cirugía General	67	0.41	0.40
Oftalmología	64	0.58	0.62
Gineco Obstetricia	63	0.44	0.50
Radiología y medicina nuclear	71	0.48	0.41
Medicina Crítica	58	0.58	0.49
Cardiología	44	0.36	0.53
Psiquiatría	41	0.65	0.76
Neonatología	39	0.32	0.27
Dermatología	37	0.40	0.48
Anestesiología	36	0.62	0.58
Otorrinolaringología	31	0.52	0.53
Rehabilitación	27	0.36	0.34
Ortopedia	19	0.54	0.40
Cirugía Plástica	18	0.36	0.56
Medicina Legal	18	0.56	0.69
Urología	18	0.52	0.47
Cirugía Oncológica	17	0.80	0.98
Medicina Del Trabajo	13	0.21	0.19
Otras	11	0.45	0.41
Total	981	0.51	0.55

Gráfico # 13



## **CONSUMO DE ALCOHOL**

De los 1049 residentes en el estudio 1048 contestaron la escala del AUDIT aunque sólo contamos con los datos sociodemográficos de 981 de ellos. De éstos, 290 residentes fueron considerados como casos de consumo excesivo de alcohol, la distribución por datos sociodemográficos (grado, género, edad, origen, edo. civil, y personas con quienes viven), se muestra en la tabla # 10. El porcentaje mayor de casos con consumo excesivo se encontró en residentes de 2º año (57.2%), así como del género masculino (73.8%), sin pareja (77%), de provincia (63.4%) y que viven con familiares (48.8%). La media de edad en los casos fue de  $27.8 \pm 2.4$ .

Tabla # 10

Variable Sociodemográfica		Casos AUDIT	
		N	
Grado	R-I	116	42.8%
	R-II	155	57.2%
Total		271	
Género	Femenino	71	26.2%
	Masculino	200	73.8%
Total		271	
Con pareja	No	208	77.0%
	Si	62	23.0%
Total		270	
Procedencia	DF	92	34.3%
	Provincia	170	63.4%
	Extranjero	6	2.2%
Total		268	
Vive con	Solo	47	22.3%
	Amigos	61	28.9%
	Familia	103	48.8%
Total		211	
		Caso	No caso
Edad	N	270	706
	Media	27.8	28.0
	Desviación Estándar	2.4	2.5

Nota: Algunos residentes no contestaron todo el cuestionario con los datos sociodemográficos por lo que la n de casos varía entre una variable y otra.

Los residentes que presentaron consumo de alcohol *no excesivo* fueron 536 (51.1%), mientras que 222 (21.2%) negaron el consumo de alcohol. La distribución de los casos para consumo de alcohol *excesivo* (de riesgo, perjudicial o dependencia) fue de 27.7%, de éstos: 261 (24.9%) se consideran con un consumo de riesgo; 81 (7.7%) con dependencia y 39 (3.7%) con consumo perjudicial, peligroso o dañino; 23 (2.2%) sujetos puntuaron positivo para las 3 condiciones del AUDIT y 68 (6.4%) para 2. Ver tabla # 11

Tabla # 11

AUDIT	N	
Consumo de alcohol negado	222	21.2%
Consumo de alcohol <i>no excesivo</i>	536	51.1%
CONSUMIDORES EXCESIVOS	290	27.7%
Consumo de riesgo	261	24.9%
Consumo perjudicial	39	3.7%
Dependencia	81	7.7%
Positivo en 2/3 condiciones*	68	6.4%
Positivo en 3/3 condiciones*	23	2.2%
Total	1048	100.0%

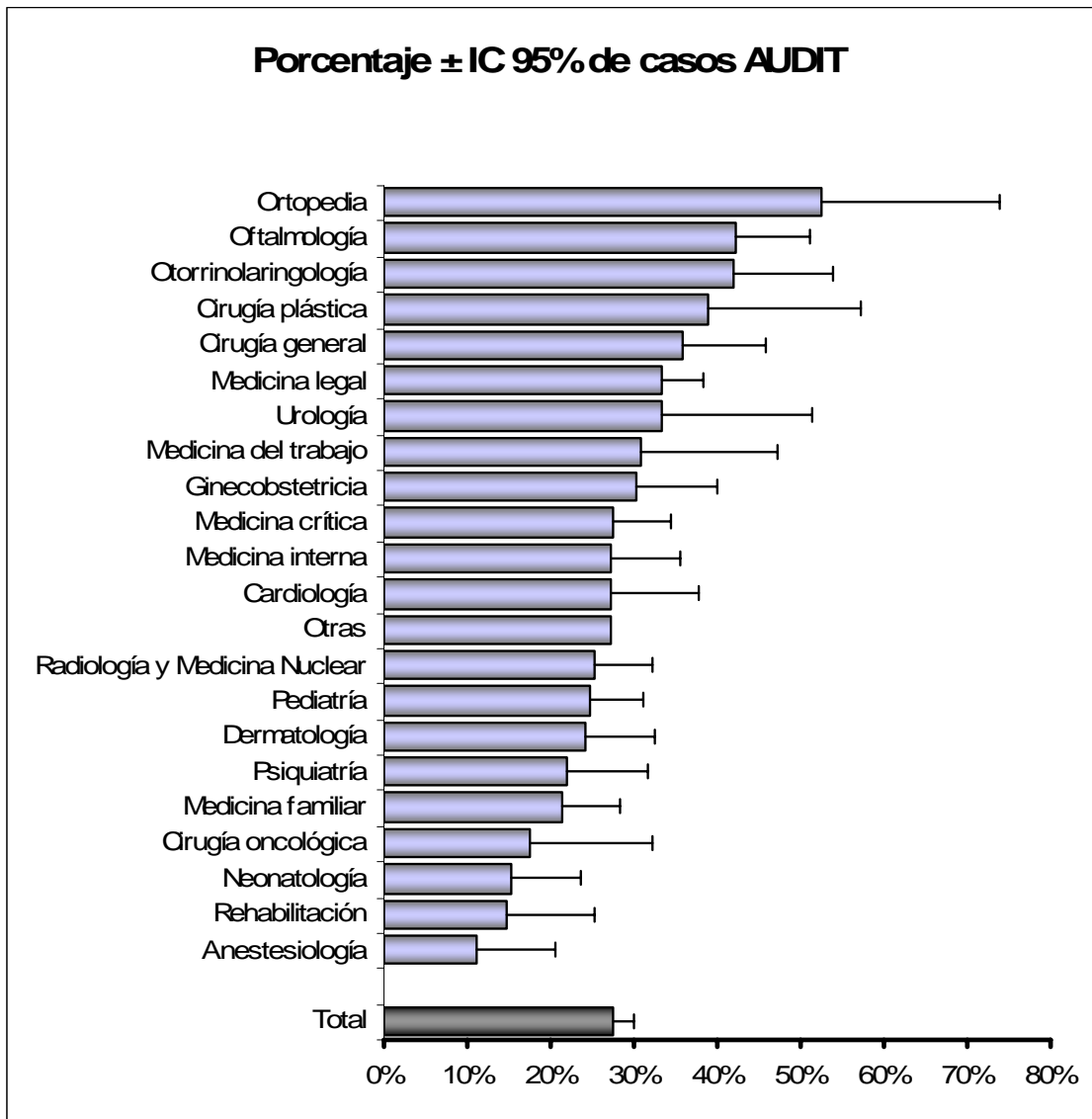
\*.Deben restarse de la cuenta total.

La distribución de los casos AUDIT por especialidad con los porcentajes de la muestra y el intervalo de confianza al 95% de confiabilidad según población general se muestran en la tabla # 12 y gráfico # 14. Se observa que las especialidades con mayor porcentaje de casos con consumo de alcohol patológico fueron: Ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica, cirugía general y medicina legal.

Tabla # 12

Especialidad	Población	Muestra	Caso AUDIT		
	N	n	n	%	IC 95% ±.
Pediatría	340	117	29	24.8%	6.3%
Medicina interna	405	88	24	27.3%	8.2%
Medicina familiar	207	84	18	21.4%	6.8%
Cirugía general	294	67	24	35.8%	10.1%
Oftalmología	138	64	27	42.2%	8.9%
Gineco-obstetricia	243	63	19	30.2%	9.8%
Radiología y Medicina Nuclear	127	71	18	25.4%	6.7%
Medicina crítica	89	58	16	27.6%	6.8%
Cardiología	120	44	12	27.3%	10.5%
Psiquiatría	97	41	9	22.0%	9.7%
Neonatología	79	39	6	15.4%	8.1%
Dermatología	56	37	9	24.3%	8.1%
Anestesiología	251	36	4	11.1%	9.5%
Otorrinolaringología	59	31	13	41.9%	12.1%
Rehabilitación	67	27	4	14.8%	10.4%
Ortopedia	184	19	10	52.6%	21.3%
Cirugía plástica	51	18	7	38.9%	18.3%
Medicina legal	19	18	6	33.3%	5.1%
Urología	55	18	6	33.3%	18.0%
Cirugía oncológica	47	17	3	17.6%	14.6%
Medicina del trabajo	22	13	4	30.8%	16.4%
Otras		11	3	27.3%	
Total	2950	981	271	27.6%	2.3%

Gráfico # 14





## **IDEACIÓN SUICIDA**

De los 1049 residentes se encontraron 84 (8.0%) casos positivos en las preguntas de ideación suicida sin embargo solo se cuentan con los datos sociodemográficos de 78 (7.4%) de ellos. La distribución se muestra en la tabla # 13, destaca el hecho de que el mayor porcentaje de casos se encontró en los residentes de 2º año (55.1%), género masculino (55.1%), sin pareja (70.1%), originarios del D.F. (55.3%), y que viven con familiares (54.4%). La media de edad de los casos fue de  $27.9 \pm 2.2$ .

Tabla # 14

Variable Sociodemográfica		Casos Suicidio	
		n	
Grado	R-I	35	44.9%
	R-II	43	55.1%
Total		78	
Género	Femenino	35	44.9%
	Masculino	43	55.1%
Total		78	
Con pareja	No	54	70.1%
	Si	23	29.9%
Total		77	
Procedencia	DF	42	55.3%
	Provincia	33	43.4%
	Extranjero	1	1.3%
Total		76	
Vive con	Solo	18	31.6%
	Amigos	8	14.0%
	Familia	31	54.4%
Total		57	
		Caso	No caso
Edad	N	77	899
	Media	27.9	28.0
	Desviación Estándar	2.2	2.5

El criterio para considerar casos con ideación suicida fue cualquier puntuación  $\geq 1$  en la 2da y 3era pregunta de ideación suicida. En cuanto a la primera pregunta “tenía pensamientos sobre la muerte” se decidió que resulta ser poco específica y podría no tener una connotación negativa debido al ámbito en el que se desenvuelven los residentes, por lo que los que contestaron positiva únicamente ésta pregunta no fueron considerados como casos, en total 198 sujetos marcaron positiva ésta pregunta y sólo 35 de los mismos marcaron positivo alguna de las otras preguntas sobre ideación suicida.

La distribución por especialidad de los casos de Ideación Suicida y el porcentaje según la n del muestreo con el intervalo de confianza al 95% de confiabilidad se muestra en la tabla y gráfico # 15. Se observa que las especialidades que presentan mayor porcentaje de casos de ideación suicida son: las especialidades que se agruparon en el rubro de “otras”\*, medicina familiar, psiquiatría, oftalmología, otorrinolaringología y pediatría (cirugía oncológica tuvo el 2do porcentaje mas alto sin embargo tiene el IC más amplio con 14.6%, por lo que no se consideró dentro de las principales).

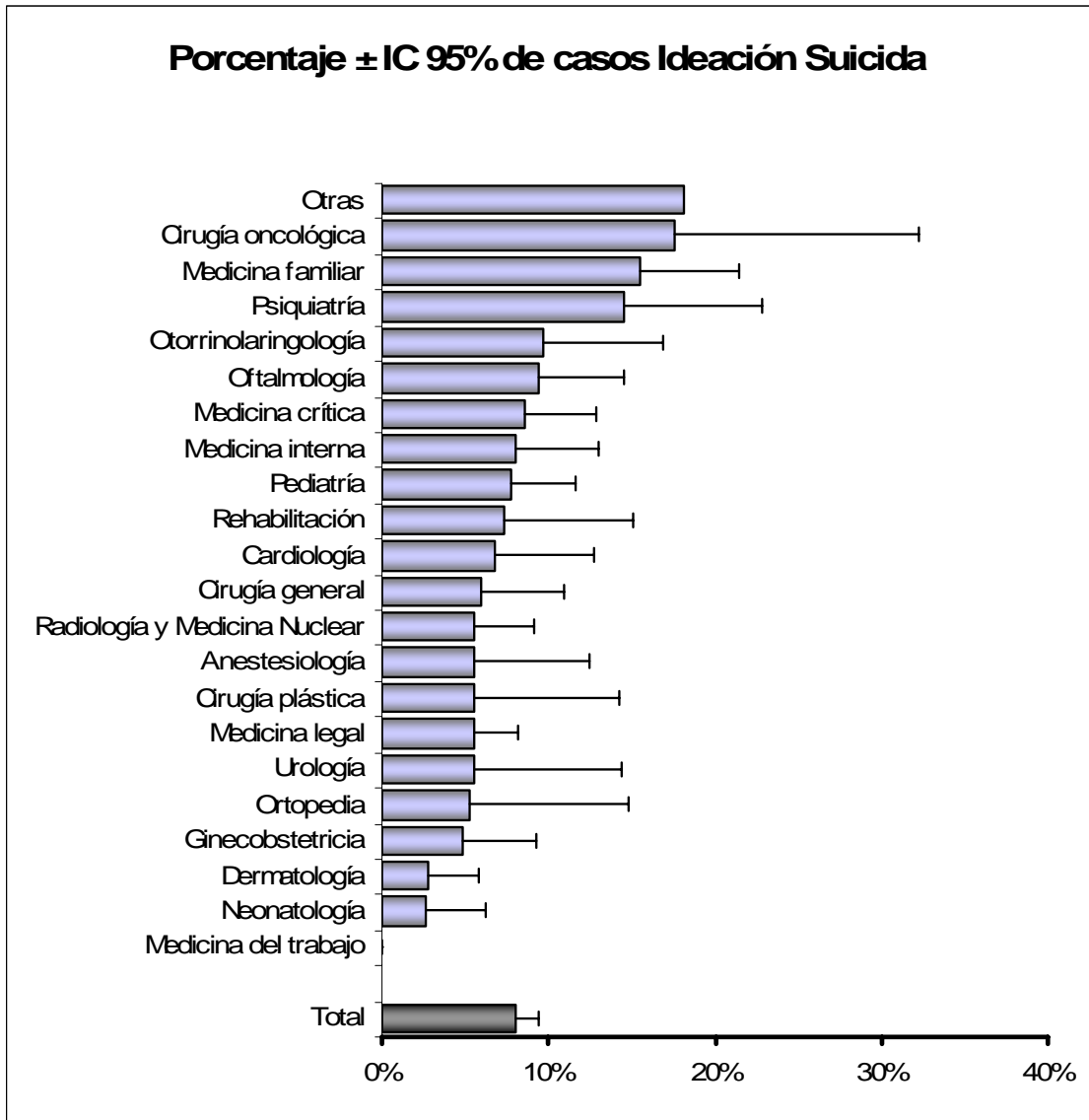
---

\* Las especialidades que se incluyeron en este rubro fueron: Anatomía patológica, hematología, neurocirugía y neurología. Estas no estaban consideradas en la muestra, sin embargo contestaron los cuestionarios y se decidió incluirlas en el estudio

Tabla # 15

Especialidad	Población	Muestra	Caso Ideación Suicida		
	N	n	n	%	IC 95% ±.
Pediatría	340	117	9	7.7%	3.9%
Medicina interna	405	88	7	8.0%	5.0%
Medicina familiar	207	84	13	15.5%	6.0%
Cirugía general	294	67	4	6.0%	5.0%
Oftalmología	138	64	6	9.4%	5.2%
Gineco-obstetricia	243	63	3	4.8%	4.5%
Radiología y Medicina Nuclear	127	71	4	5.6%	3.6%
Medicina crítica	89	58	5	8.6%	4.3%
Cardiología	120	44	3	6.8%	6.0%
Psiquiatría	97	41	6	14.6%	8.3%
Neonatología	79	39	1	2.6%	3.6%
Dermatología	56	37	1	2.7%	3.1%
Anestesiología	251	36	2	5.6%	6.9%
Otorrinolaringología	59	31	3	9.7%	7.2%
Rehabilitación	67	27	2	7.4%	7.7%
Ortopedia	184	19	1	5.3%	9.5%
Cirugía plástica	51	18	1	5.6%	8.6%
Medicina legal	19	18	1	5.6%	2.5%
Urología	55	18	1	5.6%	8.8%
Cirugía oncológica	47	17	3	17.6%	14.6%
Medicina del trabajo	22	13		0.0%	0.0%
Otras		11	2	18.2%	
Total	2950	981	78	8.0%	1.4%

Gráfico # 15



En total, 68 residentes (6.5%) “sintió que su familia estaría mejor si él/ella estuvieran muertos” y 57 residentes (5.4%) “pensaron en matarse” en la semana previa al estudio.

**PERSONALIDAD NEO FFI- R**

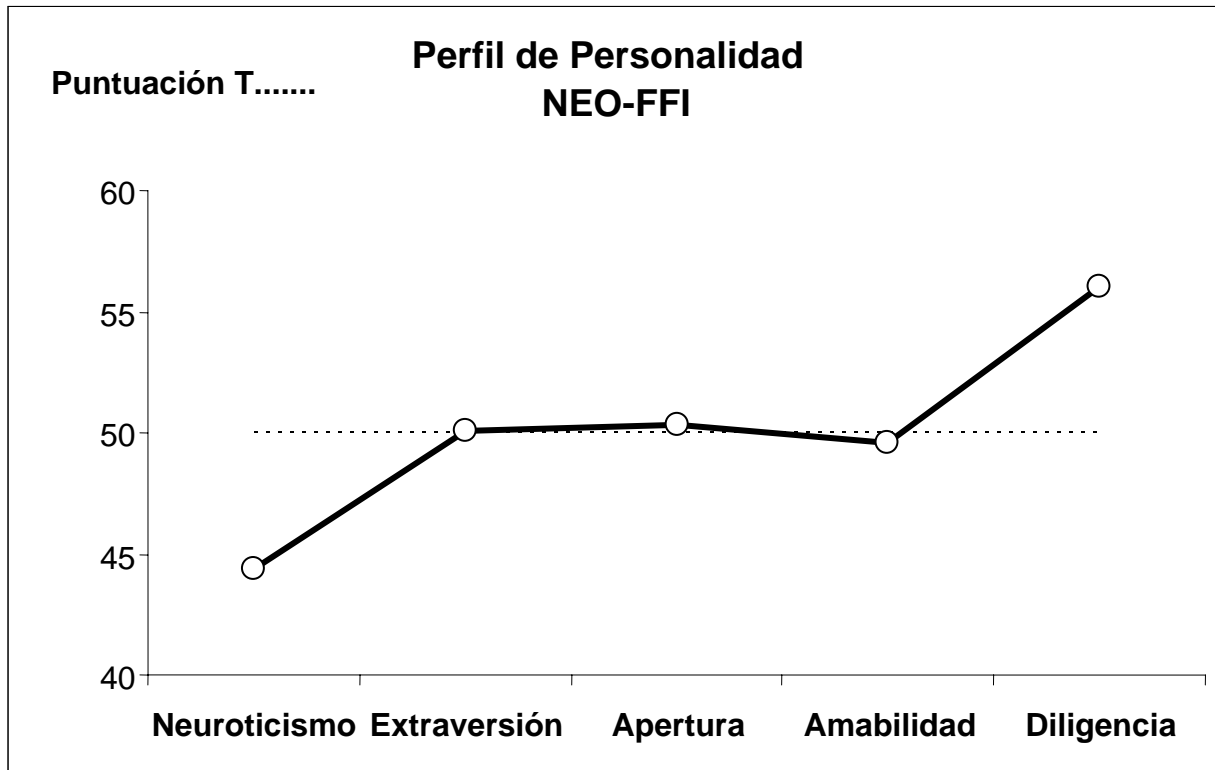
Las medias por cada factor (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y diligencia) con su desviación estándar de acuerdo a la especialidad se muestran en la tabla # 16

Tabla # 16

Especialidad	N	Neuroticismo		Extraversión		Apertura		Amabilidad		Diligencia	
		Media ± s	Media ± s	Media ± s	Media ± s	Media ± s	Media ± s	Media ± s	Media ± s		
Pediatría	117	42.8	9.9	52.6	11.7	52.5	9.8	52.7	11.7	57.0	9.1
Medicina interna	88	46.8	11.5	48.5	10.1	51.8	9.2	48.0	11.2	55.2	11.5
Medicina familiar	84	46.4	13.4	46.8	10.3	49.5	8.6	49.1	11.1	52.2	11.4
Cirugía general	67	44.2	11.9	51.9	10.7	51.2	9.1	47.2	9.9	58.1	9.3
Oftalmología	63	44.9	11.1	52.5	11.6	53.0	8.9	49.3	11.5	56.6	10.6
Gineco-obstetricia	63	42.9	11.9	52.1	10.5	45.8	8.7	49.4	11.1	55.1	11.1
Radiología y Medicina Nuclear	71	44.6	9.2	49.8	9.7	48.1	9.7	50.8	9.4	55.6	9.1
Medicina crítica	58	44.5	10.5	47.5	10.0	48.6	8.8	49.4	11.9	53.2	10.9
Cardiología	44	40.5	11.5	52.4	12.8	49.5	9.1	53.7	12.3	60.3	12.3
Psiquiatría	41	47.1	11.5	45.4	12.1	51.2	10.6	43.7	11.6	51.1	10.2
Neonatología	39	40.7	10.2	52.5	10.7	49.1	9.5	53.5	10.5	58.3	9.4
Dermatología	37	42.8	11.4	50.7	10.1	53.9	7.3	49.2	9.9	59.4	8.3
Anestesiología	36	45.1	12.4	48.7	12.3	49.3	9.5	51.1	13.9	57.9	12.1
Otorrinolaringología	31	48.7	10.2	49.6	9.4	50.0	9.8	45.9	10.2	56.6	8.2
Rehabilitación	27	43.0	11.0	49.4	13.9	47.4	7.5	54.8	12.1	55.7	9.6
Ortopedia	19	46.6	10.9	49.5	9.3	50.6	7.4	49.4	12.2	55.8	11.3
Cirugía plástica	18	43.8	15.1	47.1	13.0	52.1	9.0	48.7	15.1	55.9	15.5
Medicina legal	18	44.2	15.0	50.1	13.9	50.5	10.8	46.1	8.3	55.4	9.1
Urología	18	47.9	10.7	48.7	7.7	50.0	8.0	44.2	11.0	56.1	13.4
Cirugía oncológica	17	47.5	10.1	48.7	11.6	52.7	10.5	47.9	11.0	58.5	9.7
Medicina del trabajo	13	34.4	7.9	54.8	11.1	49.0	9.3	54.2	11.3	59.9	10.1
Otras	11	44.4	8.8	48.7	10.3	47.3	9.3	47.3	7.5	49.9	9.2
Total	980	44.4	11.4	50.1	11.1	50.3	9.3	49.6	11.4	56.0	10.6

El Perfil de personalidad general de los residentes se encontró dentro de la media poblacional en los factores de Extraversión, Apertura y Amabilidad, sin embargo se observa que presentan valores por debajo de la media en neuroticismo, y por arriba en diligencia.

Gráfico # 16



Mediante un análisis de clusters se obtuvieron tres perfiles de personalidad:

*Perfil Alto:* valores altos en extroversión y responsabilidad; valores medios de apertura y amabilidad y valores bajos de neuroticismo.

*Perfil Medio:* niveles medios en todos los factores.

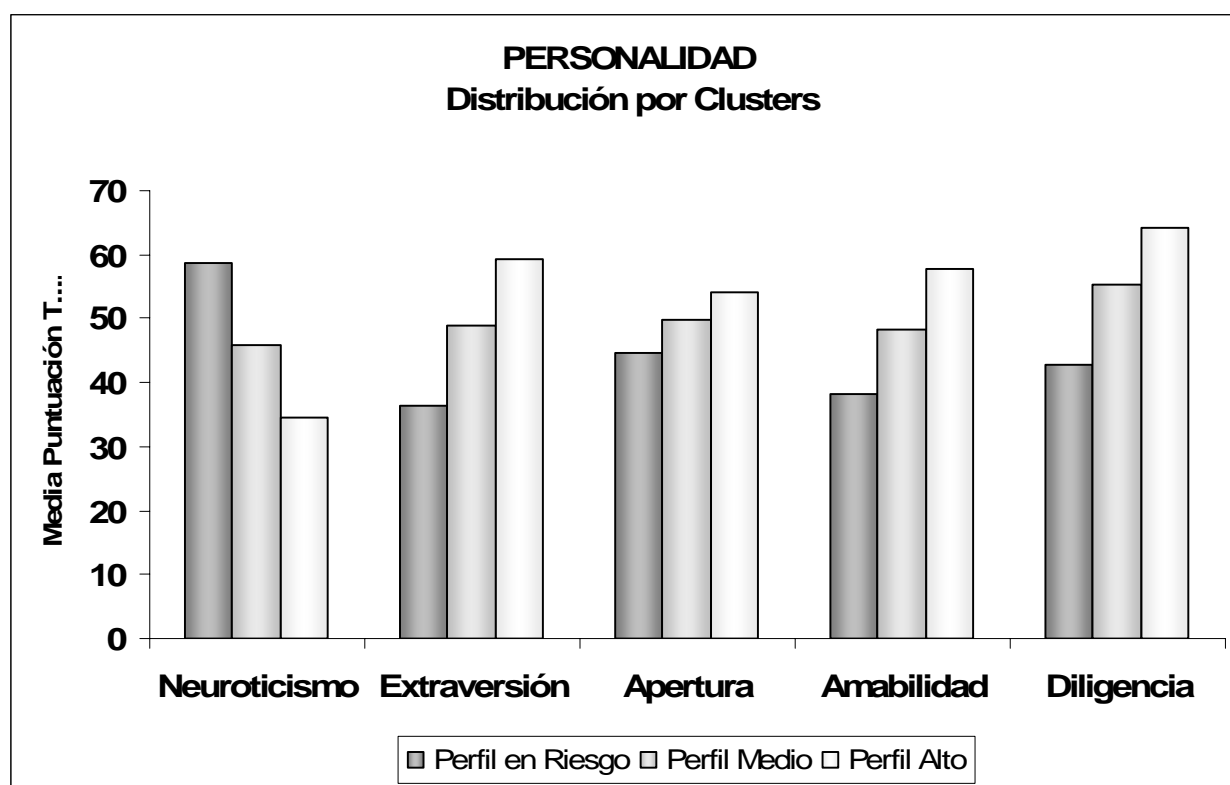
*Perfil en Riesgo:* valores altos de neuroticismo y bajos en extroversión, apertura, amabilidad y responsabilidad.

En la tabla y gráfico # 17 se presenta la distribución de las medias de cada uno de los factores de acuerdo a los tres perfiles mencionados anteriormente.

Tabla # 17

Personalidad	Neuroticismo	Extraversión	Apertura	Amabilidad	Diligencia
Medias					
Perfil Medio	45.89	48.96	49.87	48.21	55.41
Perfil en Riesgo	58.59	36.42	44.77	38.18	42.92
Perfil Alto	34.44	59.21	54.11	57.9	64.04

Gráfica # 17



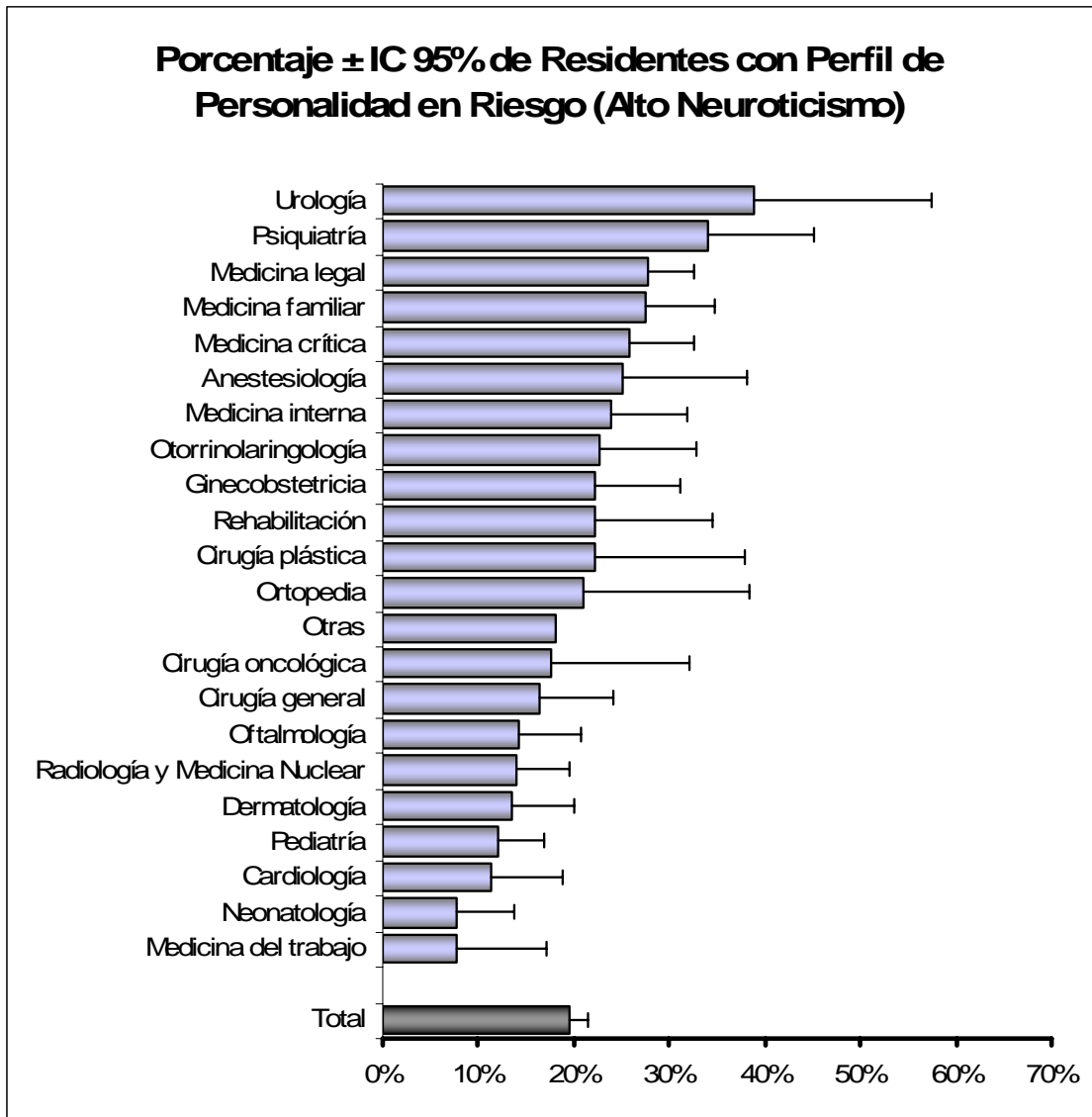
La distribución del Perfil de personalidad en Riesgo por especialidad y el intervalo de confianza al 95% de acuerdo a población general se muestra en la tabla y gráfico # 18. Las especialidades que presentan mayores porcentajes de residentes con perfil de personalidad en riesgo son: urología, psiquiatría, medicina legal, medicina familiar, medicina crítica y anestesiología.

Tabla # 18

Especialidad	Población	Muestra	Perfil en Riesgo		
	N	n	N	%	IC 95% ±.
Pediatría	340	117	14	12.0%	4.8%
Medicina interna	405	88	21	23.9%	7.9%
Medicina familiar	207	84	23	27.4%	7.4%
Cirugía general	294	67	11	16.4%	7.8%
Oftalmología	138	63	9	14.3%	6.4%
Gineco-obstetricia	243	63	14	22.2%	8.9%
Radiología y Medicina Nuclear	127	71	10	14.1%	5.4%
Medicina crítica	89	58	15	25.9%	6.7%
Cardiología	120	44	5	11.4%	7.5%
Psiquiatría	97	41	14	34.1%	11.1%
Neonatología	79	39	3	7.7%	6.0%
Dermatología	56	37	5	13.5%	6.5%
Anestesiología	251	36	9	25.0%	13.1%
Otorrinolaringología	59	31	7	22.6%	10.2%
Rehabilitación	67	27	6	22.2%	12.2%
Ortopedia	184	19	4	21.1%	17.4%
Cirugía plástica	51	18	4	22.2%	15.6%
Medicina legal	19	18	5	27.8%	4.9%
Urología	55	18	7	38.9%	18.6%
Cirugía oncológica	47	17	3	17.6%	14.6%
Medicina del trabajo	22	13	1	7.7%	9.5%
Otras		11	2	18.2%	
Total	2950	980	192	19.6%	2.0%



Gráfico # 18



Con respecto a los casos de psicopatología según el SCL-90R de los 72 casos positivos para psicopatología global (con datos sociodemográficos), 46 pertenecen al cluster de PERFIL EN RIESGO constituyendo el 24.5%, mientras que 24 (5.4%) casos pertenecen al cluster de PERFIL MEDIO y únicamente 2 (0.6%) casos al cluster de PERFIL ALTO. Con respecto a los casos dimensionales con al menos una subescala positiva en el SCL-90R el 51% pertenecen al cluster de PERFIL EN RIESGO, así como

el 32.3% y el 22.4% de los casos de AUDIT e Ideación suicida respectivamente, datos que se resumen en la tabla # 19.

Tabla # 19

PERSONALIDAD	Distribución por Cluster	Casos SCL-90R con al menos una subescala > T65	% sobre total de sujetos en el cluster	% sobre el total de casos
Perfil Medio	447	84	18.8%	42.4%
Perfil en Riesgo	192	98	51.0%	49.5%
Perfil Alto	341	16	4.7%	8.1%
TOTAL	980	198	20.2%	
		Casos SCL-90R Global > T65		
Perfil Medio	447	24	5.4%	33.3%
Perfil en Riesgo	188	46	24.5%	63.9%
Perfil Alto	339	2	0.6%	2.8%
TOTAL	974	72	7.4%	
		Casos AUDIT		
Perfil Medio	447	135	30.2%	49.8%
Perfil en Riesgo	192	62	32.3%	22.9%
Perfil Alto	341	74	21.7%	27.3%
TOTAL	980	271	27.7%	
		Casos Ideación Suicida		
Perfil Medio	447	30	6.7%	38.5%
Perfil en Riesgo	192	43	22.4%	55.1%
Perfil Alto	341	5	1.5%	6.4%
TOTAL	980	78	8.0%	

## EVENTOS DE LA VIDA Y NIVEL DE ESTRÉS

La escala de Eventos de la Vida y Estrés Causado se dividió en 13 eventos estresantes propios de la residencia y 27 eventos de la vida dividiéndose para su calificación. En la tabla # 20 se muestra la distribución de los eventos reportados por el número de residentes y el porcentaje sobre el total de residentes que señalaron eventos de la residencia y de la vida respectivamente. El 82.6% presentaron al menos un evento estresante de la residencia, el 89.3% reportaron al menos un evento estresante de la vida. La mitad de los residentes reportaron entre uno y seis y el resto más de 7 eventos estresantes de la residencia. El 66% de los residentes reportaron entre 1 y 5 eventos estresantes de la vida.

De los eventos estresantes propios de la residencia destacan: cambios en los hábitos de sueño, cambios en los hábitos alimenticios, en el número de horas de trabajo, etc.

De los eventos estresantes de la vida destacan: muerte de algún familiar, casamiento, divorcio, nacimiento de un hijo, etc.

Tabla # 20

Número de Eventos	Residentes Eventos de la Residencia	%	Residentes Eventos de la Vida	%
13	26	2.7%		
12	15	1.5%		
11	22	2.2%		
10	36	3.7%	14	1.5%
9	42	4.3%	32	3.5%
8	65	6.6%	32	3.5%
7	84	8.6%	61	6.7%
6	65	6.6%	73	8.1%
5	101	10.3%	102	11.3%
4	73	7.4%	110	12.2%
3	87	8.9%	136	15.0%
2	104	10.6%	126	13.9%
1	90	9.2%	122	13.5%
Al Menos 1	810	82.6%	808	89.3%
Ninguno	171	17.4%	97	10.7%

En la tabla # 21 se muestra la media y la desviación estándar de la intensidad reportada para los eventos estresantes propios de la residencia por especialidad (no todos los sujetos contestaron la escala de intensidad del estrés). Encontrando que los residentes de urología, anestesiología, medicina legal, oftalmología y medicina crítica fueron los que reportaron las intensidades más altas con una media de 2.58, 2.49, 2.47, 2.26 y 2.26 respectivamente.

Tabla # 21

Especialidad	Eventos propios de la Residencia		
	N	Media	Desviación Estándar
Pediatría	99	2.12	0.84
Medicina interna	77	2.04	0.80
Medicina familiar	53	2.04	0.83
Cirugía general	53	2.04	0.86
Oftalmología	46	2.26	0.84
Gineco-obstetricia	43	1.95	0.92
Radiología y Medicina Nuclear	50	1.86	0.88
Medicina crítica	41	2.26	0.93
Cardiología	27	1.97	0.73
Psiquiatría	32	1.97	0.86
Neonatología	26	1.82	0.82
Dermatología	32	1.79	0.70
Anestesiología	26	2.49	0.78
Otorrinolaringología	25	2.15	0.87
Rehabilitación	18	2.10	0.84
Ortopedia	13	2.19	0.92
Cirugía plástica	9	1.89	0.64
Medicina legal	9	2.47	0.94
Urología	15	2.58	0.72
Cirugía oncológica	12	2.11	1.02
Medicina del trabajo	13	2.06	0.44
Otras	9	1.86	0.51
Total	728	2.07	0.84

En la tabla # 22 se muestra la media y la desviación estándar de la intensidad reportada para los eventos de la vida por especialidad (no todos los sujetos contestaron la escala de intensidad del estrés). Encontrando que los residentes de urología, medicina legal, cirugía oncológica, oftalmología, medicina del trabajo y medicina crítica fueron los que reportaron las intensidades más altas con una media de 2.58, 2.55, 2.28 2.22, 2.19 y 2.18 respectivamente.

Tabla # 22

Especialidad	Eventos Asociados a la Vida		
	N	Media	Desviación Estándar
Pediatría	107	2.09	0.82
Medicina interna	76	2.02	0.87
Medicina familiar	65	1.94	0.76
Cirugía general	54	2.05	0.84
Oftalmología	53	2.22	0.82
Gineco-obstetricia	45	1.96	0.94
Radiología y Medicina Nuclear	55	1.80	0.67
Medicina crítica	48	2.18	0.82
Cardiología	31	2.05	0.86
Psiquiatría	34	1.86	0.71
Neonatología	35	1.72	0.89
Dermatología	36	1.78	0.75
Anestesiología	32	2.06	0.85
Otorrinolaringología	24	1.81	0.89
Rehabilitación	21	2.00	0.72
Ortopedia	14	2.11	0.75
Cirugía plástica	13	2.02	0.73
Medicina legal	10	2.55	0.65
Urología	16	2.58	0.83
Cirugía oncológica	12	2.28	0.90
Medicina del trabajo	12	2.19	0.67
Otras	8	2.06	0.82
Total	801	2.02	0.82

Tabla # 23

Variable	Casos SCL-90R con al menos una subescala > T65	N	Media	Desviación Estándar	p
Eventos Asociados a la Residencia	No caso	560	1.96	0.81	<0.001
	Caso	168	2.44	0.82	
	Total	728	2.07	0.84	
Eventos Asociados a la Vida	No caso	628	1.93	0.80	<0.001
	Caso	173	2.35	0.82	
	Total	801	2.02	0.82	
Casos SCL-90R Global > T65					
Eventos Asociados a la Residencia	No caso	666	2.01	0.82	<0.001
	Caso	56	2.78	0.72	
	Total	722	2.07	0.84	
Eventos Asociados a la Vida	No caso	735	1.98	0.81	<0.001
	Caso	60	2.53	0.80	
	Total	795	2.02	0.82	
Casos AUDIT					
Eventos Asociados a la Residencia	No caso	524	2.03	0.84	0.027
	Caso	204	2.18	0.84	
	Total	728	2.07	0.84	
Eventos Asociados a la Vida	No caso	578	1.97	0.81	0.003
	Caso	223	2.16	0.83	
	Total	801	2.02	0.82	
Casos Ideación Suicida					
Eventos Asociados a la Residencia	No caso	666	2.05	0.82	0.041
	Caso	62	2.28	1.01	
	Total	728	2.07	0.84	
Eventos Asociados a la Vida	No caso	736	2.00	0.82	0.031
	Caso	65	2.23	0.85	
	Total	801	2.02	0.82	

La media de la intensidad del estrés causado por los eventos reportados de la residencia y de la vida fue mayor en todos los CASOS con psicopatología según SCL-90R, AUDIT y escala de Ideación Suicida comparados con los NO CASOS con significancia estadística ( $p < 0.05$ ) según se muestra en la tabla # 23

Con respecto al cluster de personalidad y los eventos asociados a la residencia y a la vida, se encontró que la media de la intensidad del estrés causado por los eventos reportados fue mayor para los sujetos con personalidad de Perfil en Riesgo comparados con los otros 2 clusters de personalidad encontrando una diferencia estadísticamente significativa ( $p < .01$ ) como se muestra en la tabla # 24.

Tabla # 24

Variable	Personalidad	N	Media	Desviación Estándar	p
Eventos Asociados a la Residencia	Perfil Medio	345	2.07	0.85	0.003
	Perfil en Riesgo	153	2.25	0.80	
	Perfil Alto	230	1.96	0.84	
	Total	728	2.07	0.84	
Eventos Asociados a la Vida	Perfil Medio	367	2.04	0.84	<0.001
	Perfil en Riesgo	166	2.21	0.80	
	Perfil Alto	268	1.88	0.78	
	Total	801	2.02	0.82	

## DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

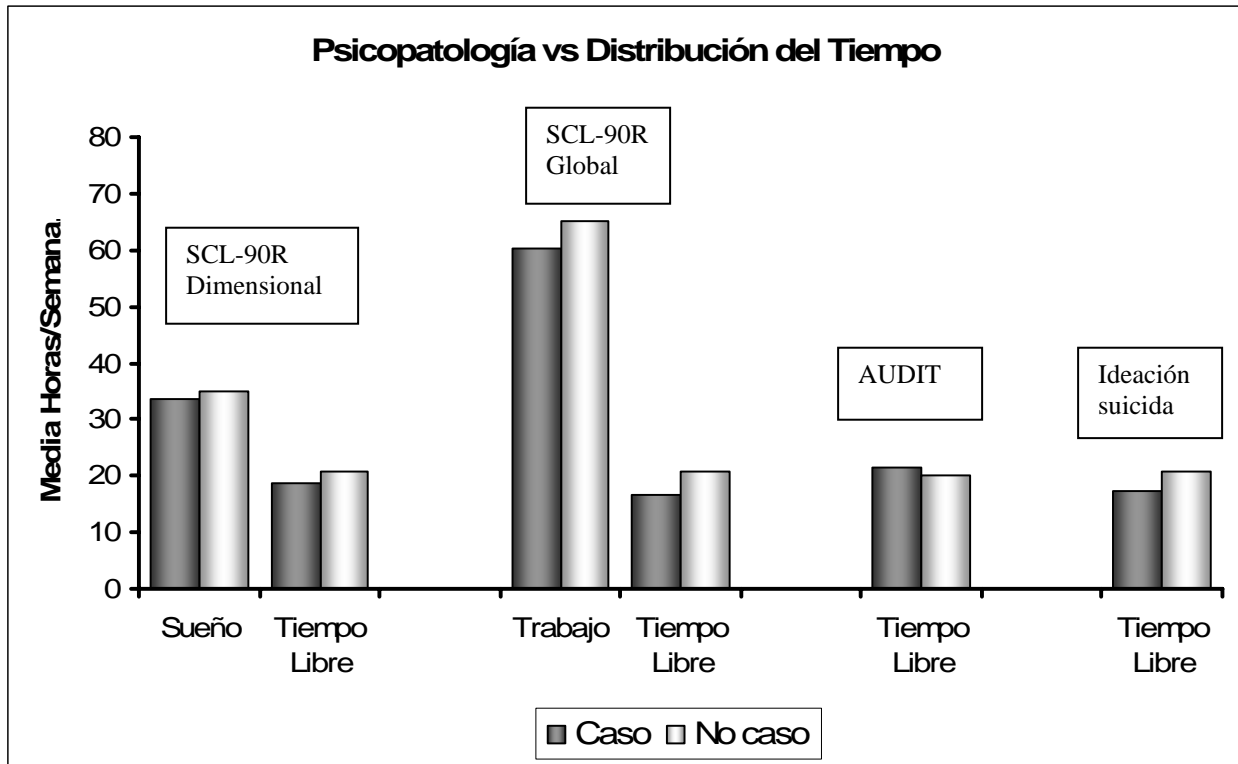
Se encontraron diferencias significativas ( $p < .05$ ) entre los casos y no casos de acuerdo a 2 instrumentos de psicopatología (SCL-90R, escala de ideación suicida) para algunas variables de distribución del tiempo, como se muestra en la tabla # 25 y gráfico # 19. No hubo diferencias significativas en escala AUDIT. Según los resultados a menores horas de sueño y menores horas de tiempo libre, mayor prevalencia de casos con por lo menos una subescala positiva en el SCL-90R; a menores horas de tiempo libre, mayor psicopatología global en el SCL-90R y a menores horas de tiempo libre mayor prevalencia de casos de ideación suicida.

Tabla # 25

Número de Horas por Semana	Casos SCL-90R con al menos una subescala > T65	N	Media	Desviación Estándar	p
Sueño	No caso	680	34.82	8.39	0.053
	Caso	170	33.42	8.73	
	Total	850	34.54	8.47	
Tiempo Libre	No caso	761	20.85	12.66	0.042
	Caso	195	18.79	12.39	
	Total	956	20.43	12.63	
	Casos SCL-90R Global > T65				
Trabajo	No caso	648	65.15	21.37	0.091
	Caso	57	60.18	20.26	
	Total	705	64.75	21.31	
Tiempo Libre	No caso	879	20.71	12.69	0.011
	Caso	71	16.75	11.32	
	Total	950	20.41	12.63	
	Casos AUDIT				
Tiempo Libre	No caso	691	19.97	12.57	0.068
	Caso	265	21.63	12.73	
	Total	956	20.43	12.63	
	Casos Ideación Suicida				
Tiempo Libre	No caso	878	20.71	12.74	0.024
	Caso	78	17.35	10.96	
	Total	956	20.43	12.63	



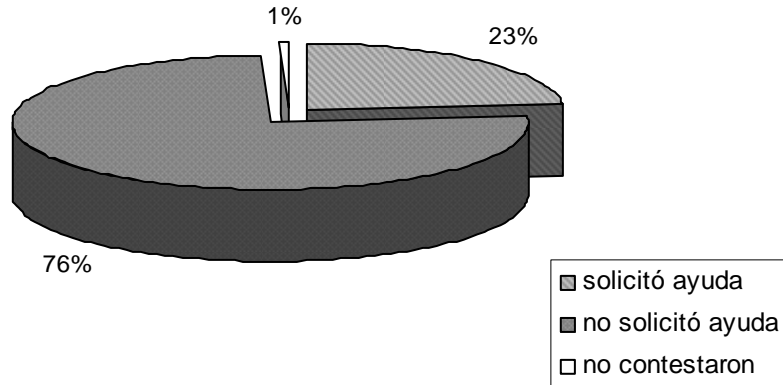
Gráfico # 19



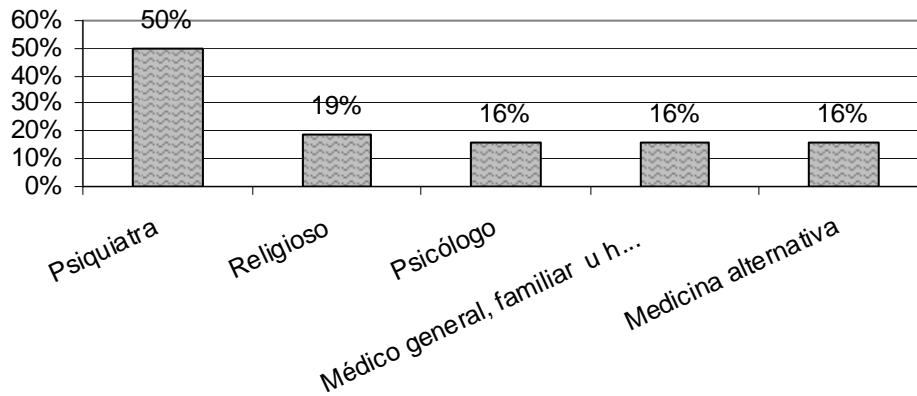
**USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

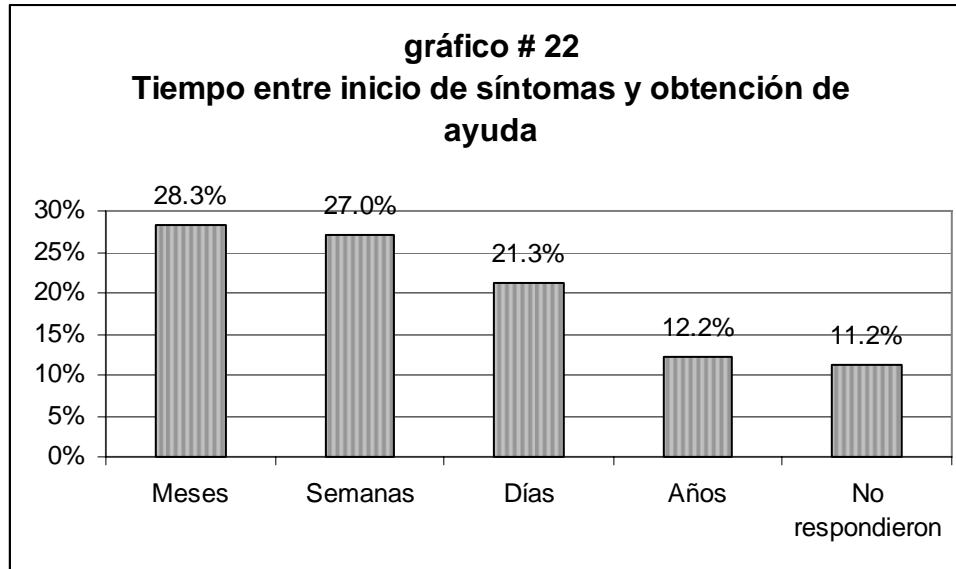
De los 981 residentes que contestaron el cuestionario, 230 (23.4%) han pedido ayuda cuando han tenido un problema emocional, 746 (76%) no han solicitado ayuda y 5 no contestaron (gráfico # 20). Con referencia a los 230 residentes que si han solicitado ayuda y algunos otros que contestaron la pregunta la mayoría, el 50.0%, han acudido con un psiquiatra seguido de los que han acudido a solicitar ayuda religiosa (18.6%) (gráfico # 21); la principal razón por la que solicitaron ayuda fue porque ellos mismos llegaron a la conclusión de que la necesitaban, 28.3% dejó que pasaran meses antes de solicitar ayuda pensando que el problema mejoraría por sí solo (gráfico # 22). De los residentes que no han solicitado ayuda la mayoría (57.8%) respondió que no era necesario hacerlo y el 21% dijo que el problema se resolvió por sí mismo.

**gráfico # 20**  
**Cuando tuvo algún problema emocional solicitó algún tipo de ayuda**



**gráfico # 21**  
**Solicitud de ayuda**





La distribución de las respuestas se muestra en las tablas # 26 – 31.

Tabla # 26

Cuando has tenido algún problema emocional, ¿has acudido ha pedir ayuda a una institución, con un profesional, religioso, etc.?	N	%
NR	5	0.5%
Si	230	23.4%
No	746	76.0%

Tabla # 27

¿A cuál de las siguientes personas has acudido para que te ayuden con tus problemas emocionales?	N	%
Psiquiatra	129	50.0%
Ministro, Sacerdote o Pastor	48	18.6%
Psicólogo	41	15.9%
Médico general, Médico Familiar u homeópata	35	13.6%
Quiropráctico, curandero, médico naturista, espiritista, o médium, santero, astrólogo, sobador.	5	1.9%

Tabla # 28

¿La última vez que tuviste problemas emocionales, cuáles de las siguientes fueron las razones que te hicieron buscar ayuda?	N	%
Porque llegué a la conclusión de que necesitaba ayuda	135	58.7%
Porque lloraba todo el tiempo	87	37.8%
Porque temía que algo pudiera pasar	78	33.9%
Porque la mayor parte del tiempo me sentía muy mal	77	33.5%
Porque sentía que ya no podía mas	67	29.1%
Porque me encontraba muy nervioso (a)	50	21.7%
Porque alguien sugirió buscar ayuda	49	21.3%
Porque pensé que podía hacerme daño yo mismo	37	16.1%
Por haber perdido el hambre y/o no poder dormir	35	15.2%
Porque tenía pensamientos extraños	15	6.5%
Porque ya no podía trabajar	14	6.1%
Porque pensé que podría hacer daño a alguien	13	5.7%
Porque había perdido a mis amigos	12	5.2%
Porque reduje mi actividad sexual	10	4.3%
Porque tenía problemas con mi manera de beber	9	3.9%
Porque tenía problemas con mi manera de consumir drogas	9	3.9%
Por amenazas de mi familia.	6	2.6%
Porque ya no podía cuidar a los niños	3	1.3%

Tabla # 29

¿Cuánto tiempo transcurrió entre el inicio de los síntomas y el que solicitaras ayuda?	N	%
Meses	65	28.3%
Semanas	62	27.0%
Días	49	21.3%
Años	28	12.2%
NR	26	11.2%

Tabla # 30

¿Cuales fueron los motivos para el retraso en la obtención de ayuda?	N	%
Pensé que el problema mejoraría solo	79	34.3%
Quería enfrentarme al problema yo sólo(a).	76	33.0%
No sabía dónde ir ni con quién hablar	65	28.3%
Pensé que me iba a tomar mucho tiempo, o que sería inconveniente	60	26.1%
El problema no me molestaba mucho al principio	54	23.5%
Me preocupaba el dinero que costaría	36	15.7%
Me preocupaba lo que pensaría la gente si se enteraba que estaba en tratamiento	22	9.6%
No podía conseguir una cita	22	9.6%
Había recibido tratamiento antes y no había funcionado	20	8.7%
Me resultaba difícil llegar al sitio donde se realizaba el tratamiento porque tenía problemas con cosas como el transporte o con los horarios	18	7.8%
No estaba satisfecho con los servicios disponibles	13	5.7%
Mi seguro médico no cubre el tratamiento	12	5.2%
Pensaba que el tratamiento no funcionaría	6	2.6%
Tenía miedo de ser internado en un hospital en contra de mi voluntad	5	2.2%

Tabla # 31

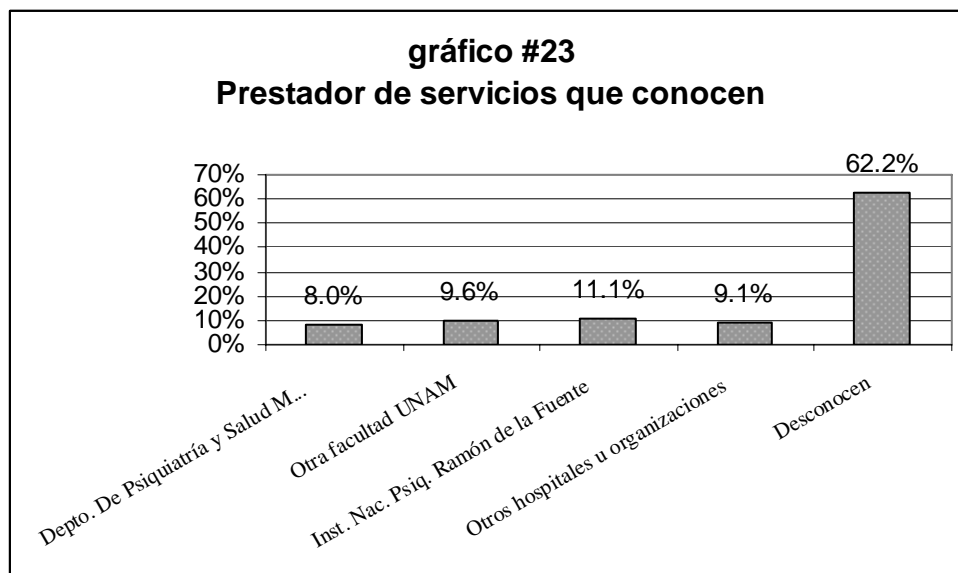
La última vez que tuvo problemas emocionales <b>NO</b> acudió a un servicio para que le dieran ayuda porque:	N	%
No era necesario	567	57.8%
El problema se resolvió por sí mismo	206	21.0%
Porque no sabía qué hacer	100	10.2%
No quise ir	96	9.8%
Porque no sabía donde acudir a buscar ayuda	46	4.7%
Porque sentía vergüenza	46	4.7%
Porque no tenía dinero	23	2.3%
No estaba satisfecho con los servicios disponibles	21	2.1%
Porque no pude conseguir una cita	16	1.6%
Estuve en tratamiento anteriormente pero no me ayudó	8	0.8%

De los 981 residentes únicamente 78 saben que pueden acudir al Departamento de Salud Mental de la UNAM a solicitar atención por problemas emocionales, 94 contestaron que pueden acudir a otro lugar dentro de la Universidad como la facultad de la psicología, 611 desconocen a donde pueden acudir y 109 contestaron que podían atenderlos en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, los 89 restantes contestaron otros hospitales o clínicas (Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez,

San Fernando y Privadas), así como otras organizaciones (Alcohólicos Anónimos y Neuróticos Anónimos, entre otras) (tabla # 32, gráfico # 23).

Tabla # 32

Prestador de servicios que conocen	N	%
Departamento de Psiquiatría y de Salud Mental UNAM	78	8.0%
Otra facultad UNAM	94	9.6%
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente	109	11.1%
Otros hospitales u organizaciones	89	9.1%
Desconocen	611	62.2%



## MODELO

Considerando las variables que resultaron significativas en los análisis univariados el modelo lineal estructural presentó las siguientes relaciones, ver tabla # 33.

Tabla # 33

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b><math>\beta</math> std</b>	<b>Z</b>	<b>p Unidireccional</b>
AUDIT	Con Pareja	-0.098	-1.96	0.025
AUDIT	Género	0.181	3.618	0.000
AUDIT	Ideación Suicida	0.373	7.431	0.000
AUDIT	Tiempo Libre H/S	0.116	2.33	0.010
Personalidad	SCL-90-R	-0.416	-8.148	0.000
Con Quien Vive	Con Pareja	0.314	5.88	0.000
Edad	Con Pareja	0.294	5.298	0.000
Edad	Con Quien Vive	-0.149	-2.676	0.004
Edad	Grado	0.195	3.69	0.000
Ideación Suicida	Con Quien Vive	-0.118	-2.156	0.016
Ideación Suicida	Género	0.115	2.094	0.018
Ideación Suicida	Intensidad Estrés Residencia	0.143	2.605	0.005
Intensidad Estrés Residencia	Grado	-0.091	-1.623	0.052
Intensidad Estrés Vida	AUDIT	0.106	2.527	0.006
Intensidad Estrés Vida	Intensidad Estrés Residencia	0.655	15.682	0.000
Origen	Con Quien Vive	-0.350	-6.657	0.000
SCL-90-R	Género	-0.134	-3.379	0.000
SCL-90-R	Ideación Suicida	0.622	15.541	0.000
SCL-90-R	Intensidad Estrés Residencia	0.263	6.629	0.000
SCL-90-R	Origen	0.068	1.721	0.043
Tiempo Sueño H/S	Edad	0.175	3.188	0.001
Tiempo Sueño H/S	Origen	0.130	2.37	0.009
Tiempo Trabajo H/S	Género	0.179	3.426	0.000
Tiempo Trabajo H/S	Grado	-0.120	-2.296	0.011
Tiempo Trabajo H/S	Ideación Suicida	-0.118	-2.255	0.012
Tiempo Trabajo H/S	Origen	0.108	2.062	0.020
Tiempo Trabajo H/S	Tiempo Sueño H/S	-0.286	-5.437	0.000

### Asociaciones entre Psicopatología y personalidad.

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b>Conclusiones</b>
Personalidad	SCL-90-R	Los residentes con psicopatología es mas probable que pertenezcan al cluster con alto neuroticismo
SCL-90-R	Ideación Suicida	Los residentes con ideación suicida es más probable que presenten psicopatología
AUDIT	Ideación Suicida	Los residentes con ideación suicida presentan mayor probabilidad de tener un consumo de alcohol patológico

### Asociaciones entre psicopatología y eventos vitales.

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b>Conclusiones</b>
Ideación Suicida	Intensidad Estrés Residencia	Los residentes que reportaron mayor intensidad en los eventos de la residencia es más probable que presenten ideación suicida
Intensidad Estrés Vida	AUDIT	Los residentes con consumo de alcohol patológico es más probable que perciban los eventos de la vida como más estresantes
SCL-90-R	Intensidad Estrés Residencia	Los residentes que perciben mayor intensidad en los eventos de la residencia es más probable que presenten psicopatología
Intensidad Estrés Vida	Intensidad Estrés Residencia	Los residentes que perciben con mayor intensidad los eventos de la residencia es más probable que perciban los eventos de la vida como más estresantes



### Asociaciones entre psicopatología y distribución del tiempo.

Variable Dependiente	Variable Independiente	Conclusiones
AUDIT	Tiempo Libre H/S	Los residentes con mayor tiempo libre presentan mayor probabilidad de tener consumo de alcohol patológico
Tiempo Trabajo H/S	Ideación Suicida	Los residentes que presentan menor ideación suicida es más probable que tengan mayor número de horas de trabajo a la semana
Tiempo Trabajo H/S	Tiempo Sueño H/S	Los residentes que presentan menos horas de sueño a la semana es más probable que tengan mas horas de trabajo a la semana

### Asociaciones entre psicopatología y variables sociodemográficas.

Variable Dependiente	Variable Independiente	Conclusiones
AUDIT	Con Pareja	Los residentes que no tienen pareja presentan mayor probabilidad de un consumo de alcohol patológico
AUDIT	Género	Los residentes del género masculino presentan mayor probabilidad de tener un consumo de alcohol patológico
Ideación Suicida	Con Quien Vive	Los residentes que viven solos es mas probable que presenten ideación suicida
Ideación Suicida	Género	Los residentes del género masculino es más probable que presenten ideación suicida
SCL-90-R	Género	Los residentes de género femenino tienen mayor probabilidad de presentar psicopatología
SCL-90-R	Origen	Los residentes de provincia es más probable que presenten psicopatología

**Asociaciones entre variables sociodemográficas y eventos vitales.**

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b>Conclusiones</b>
Intensidad Estrés Residencia	Grado	Los residentes de 1er año es más probable que perciban mayor estrés en la residencia.

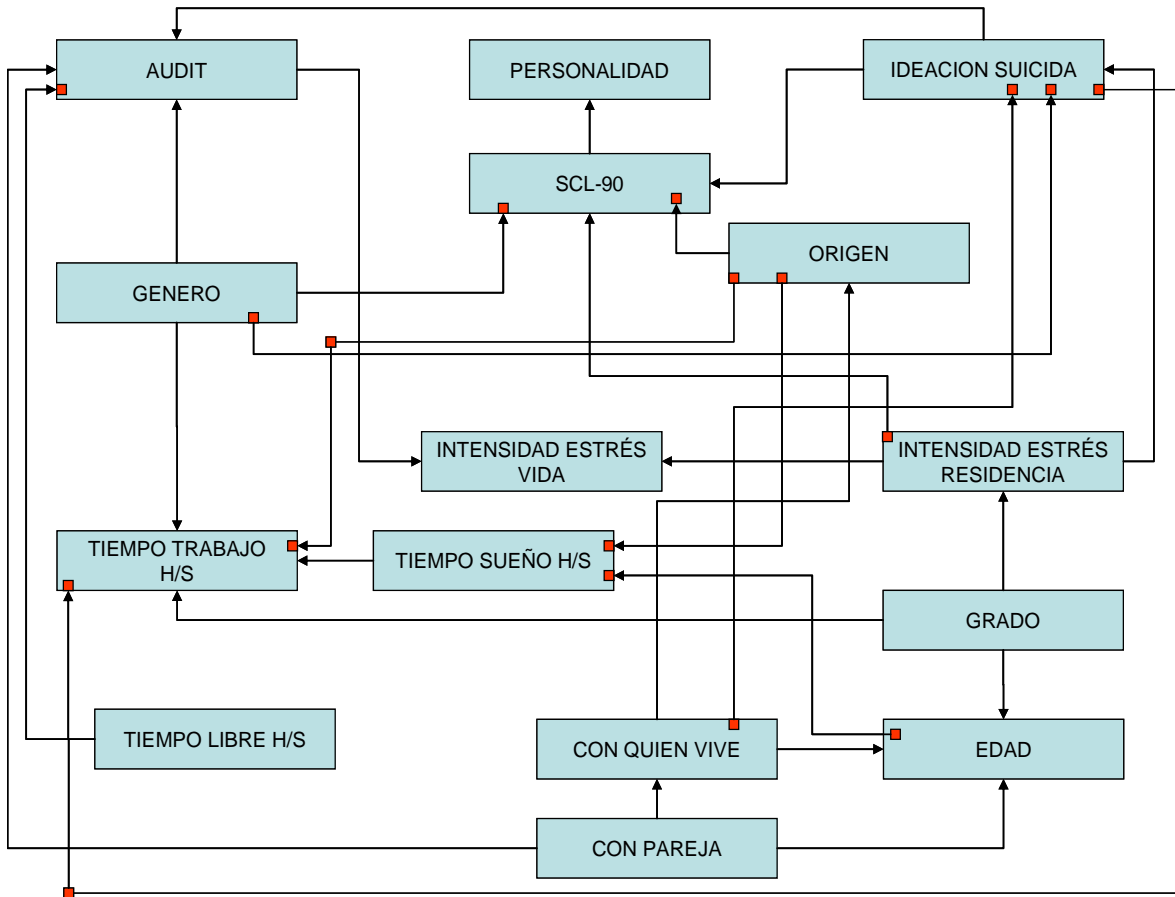
**Asociaciones entre variables sociodemográficas y distribución de tiempo.**

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b>Conclusiones</b>
Tiempo Sueño H/S	Edad	Los residentes de mayor edad es más probable que dispongan de más horas de sueño a la semana
Tiempo Sueño H/S	Origen	Los residentes de provincia es probable que dispongan de más horas de sueño a la semana
Tiempo Trabajo H/S	Género	Los residentes del género masculino es más probable que tengan más horas de trabajo por semana
Tiempo Trabajo H/S	Grado	Los residentes de 1er año es más probable que tengan mas horas de trabajo a la semana
Tiempo Trabajo H/S	Origen	Los residentes de provincia es más probable que tengan mas horas de trabajo a la semana

**Asociaciones entre variables sociodemográficas.**

<b>Variable Dependiente</b>	<b>Variable Independiente</b>	<b>Conclusiones</b>
Con Quien Vive	Con Pareja	Los residentes con pareja es más probable que vivan en familia
Edad	Con Pareja	Los residentes con pareja es probable que sean de mayor edad
Edad	Con Quien Vive	Los residentes que viven solos es probable que tengan menor edad
Edad	Grado	Los residentes de mayor grado es probable que tengan mayor edad
Origen	Con Quien Vive	Los residentes que viven solos es más probable que sean de provincia

Algunas de las asociaciones resultan obvias, al estar incrustadas en el modelo éstas le dan validez. El diagrama a continuación presenta las relaciones antes descritas.



El modelo ajustó con  $\chi^2/gf = 0.805$ , Error por mínimos cuadrados ajustado RMSEA < 0.001 y Porcentaje de Ajuste AGFI del 96%. Se considera un ajuste excelente.

## **X. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN**

El objetivo de este trabajo fue realizar un diagnóstico acerca del estado de salud mental y la ideación suicida en los residentes de 1er y 2do año de las diferentes especialidades médicas de la UNAM. Asimismo se establecieron las relaciones entre los rasgos de personalidad, los factores sociodemográficos, los estresores propios de la residencia médica y las situaciones estresantes de la vida que parecen influir en la presentación de sintomatología mental.

A continuación se describen los aspectos más relevantes que se encontraron, así como algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

La prevalencia de síntomas de la esfera mental obtenida en el estudio utilizando el SCL-90R mostró un 8% global (78 sujetos) y un 20.2% con síntomas positivos en al menos una subescala (198 sujetos) de un total de 981 residentes. Estos datos muestran, si los comparamos con la Encuesta Nacional de Salud Mental (Medina-Mora 2003), un incremento considerable de posible patología mental en un mayor porcentaje de individuos que estudian alguna especialidad en diferentes instituciones hospitalarias. Nosotros encontramos una mayor prevalencia de síntomas mentales en los residentes comparados con la población general, lo que concuerda con las investigaciones en otros centros (Schneider 1993, Adler 1980, Damestoy 1993), sin embargo, existen otros autores que reportan datos diferentes, como Reuben (1985) quien afirma que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en residentes es similar a la población general.

En nuestro estudio encontramos mayores prevalencias globales de síntomas mentales en la mujer igual que lo reportado por Poirier (1986), Weisman (1987) y Naldelson (1983). Con respecto al grado académico, a diferencia de lo encontrado por Schneider (1993), la mayor prevalencia de síntomas globales se encontró en los residentes de 2do año de las especialidades estudiadas. En los sujetos sin pareja se encontró mayor sintomatología mental, lo que coincide con lo reportado por Mazie (1985), Landau (1996) y Kelner (1986) con respecto a que el matrimonio tiene un efecto protector para el desarrollo de patología mental. Los residentes que proceden de los

estados de la República Mexicana presentaron mayor prevalencia de sintomatología mental (51.3%) así como un alto índice consumo de alcohol (63.4%).

La variable de sensibilidad interpersonal (sentimientos de inferioridad y dificultad durante la interacción interpersonal) es el rubro sintomatológico más frecuente en la muestra estudiada. También la sintomatología de hostilidad e ideación paranoide tuvieron un alto porcentaje de prevalencia. Estos resultados difieren con otros autores quienes reportan alta prevalencia de depresión y ansiedad en los residentes médicos (Hsu 1987, Schwartz 1987, Firth-Cozens 1988), pero es importante mencionar que los instrumentos utilizados en nuestro estudio difieren de los de los autores referidos, lo cual dificulta una comparación.

En la forma de consumir bebidas alcohólicas obtuvimos una frecuencia total de 78.8% con la aplicación del AUDIT, superior en casi 14% a lo reportado por Martínez-Lanz (2005). Predomina el género masculino con un 73.8%, muy similar a lo reportado por Martínez-Lanz (74.5%). De acuerdo con nuestros resultados casi el 28% (290 sujetos) presentaron un consumo excesivo y de éstos el 24.9% se consideró con consumo de riesgo, el 7.7% con dependencia y el 3.7% con consumo perjudicial o dañino, 68 (6.4%) sujetos presentaron 2 condiciones y 23 (2.2%) las 3. Se observó que un factor de riesgo para el consumo de alcohol es ser soltero, con una prevalencia de 78.7% de los consumidores excesivos. Estos resultados coinciden con lo publicado por el Consejo de Asuntos Científicos (Council on Scientific Affairs, 1987) que señala los problemas sociales relacionados con el alcohol.

La ideación suicida mostró una incidencia baja (8%) a diferencia de lo reportado por Blachley (1956), Craig (1969) y Desole (1969) quienes señalan que existe una tasa elevada de incidencia de suicidio por especialidad. Las más altas tasas de prevalencia de ideación suicida en nuestro estudio fueron de los residentes de medicina familiar, psiquiatría, oftalmología, otorrinolaringología y pediatría. Los resultados obtenidos por nosotros no son equiparables con otros estudios, debido al tipo de instrumento utilizado y al fenómeno a medir, ya que otros autores miden suicidio consumado, mientras que nosotros medimos ideación suicida. También destaca que la mayor frecuencia de

ideación suicida se presentó en los residentes que no tenían pareja (70.1%) y en los originarios del D.F. (55.3%). Resulta interesante que se haya encontrado una mayor frecuencia de ideación suicida en los residentes que viven con familiares (54.4%) ya que es bien conocido que los fuertes lazos sociales protegen a los individuos contra la disfunción mental.

Otras de las variables medidas fueron los rasgos de personalidad y su influencia en el funcionamiento individual. De acuerdo con Kendler (1986) los rasgos de personalidad determinan las conductas de afrontamiento ante situaciones estresantes. En nuestro estudio se observa que la personalidad que predomina en los sujetos estudiados es la de individuos diligentes (organizados, persistentes, responsables, motivados, etc.) pero al cruzar la sintomatología mental global con los rasgos de personalidad encontramos que el mayor porcentaje de sujetos (63.9%) pertenecen a un grupo de perfil de riesgo, es decir, sujetos con rasgos de personalidad de tipo neurótico. Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Eysenck (1975), Watson (1993) Bolger (1991) y Pagano (2004) que señalan la vulnerabilidad de los individuos con rasgos neuróticos. Las especialidades con mayor porcentaje de individuos con personalidad neurótica fueron: Psiquiatría, medicina legal, medicina familiar, medicina crítica y anestesiología (urología ocupó el primer lugar sin embargo el intervalo de confianza fue muy amplio por lo que no se consideró). \*

En relación a los estresores situacionales propios de la residencia se encontró, en orden de intensidad, que las especialidades de anestesiología, medicina legal, medicina crítica, oftalmología y otorrinolaringología fueron las que tuvieron una mayor puntuación en la escala de intensidad del estrés. Se hace notar que las especialidades de urología y ortopedia reportaron alta puntuación en la intensidad de estrés pero al tener intervalos de confianza muy amplios, tampoco fueron considerados.

---

\* Como se señaló en los resultados, las especialidades con intervalos de confianza amplios que se repitieron en todas las escalas: SCL-90-R, AUDIT, ideación suicida y personalidad, fueron Urología, ortopedia, cirugía plástica, cirugía oncológica y anestesiología, por los que los resultados de estas especialidades deben tomarse con reservas.

Los datos relacionados con la intensidad del estrés percibida por los residentes, ante situaciones propias de una especialización médica y estresantes de la vida, fue mayor en todos los sujetos con sintomatología mental comparados con los que no tuvieron síntomas tal como lo menciona Firth-Cozens (1997), Levey (2001) y Kahn (1992) quienes afirman que el estrés se desencadena por la rigidez del entrenamiento y que en circunstancias extremas puede desencadenar efectos negativos en el desempeño del residente para cuidar de sí mismo y/o de otros, particularmente de los pacientes. En nuestro estudio, la disminución en las horas de sueño y de tiempo libre se correlacionó con una mayor prevalencia de sujetos con sintomatología mental, lo que coincide con el síndrome de estrés descrito por Small (1981). Así mismo se presentó mayor intensidad del estrés percibido por situaciones propias de la residencia en los individuos con personalidad de perfil en riesgo.

De acuerdo con Ford (1986) el menor tiempo para actividades recreativas y personales es una variable que influye en la generación de estrés. Nosotros observamos en el presente estudio que los residentes con menores horas de tiempo libre y que viven solos fueron los que presentaron mayor prevalencia de ideación suicida. Por otro lado, se observó que los residentes que no tienen pareja y los que tienen mayor tiempo libre, tuvieron mayor probabilidad de tener un alto índice de consumo de alcohol, lo que coincide con otros estudios que apuntan que el matrimonio y los fuertes lazos sociales pueden tener un efecto positivo en la patología mental (Mazie 1985, Landau 1986, Kelner 1986).

Resulta relevante que los residentes que presentan ideación suicida tienen mayor probabilidad de tener un consumo de alcohol excesivo, de percibir las situaciones propias de la residencia como más estresantes y de ser del género masculino. Estos datos coinciden con lo reportado por el Consejo de la Asociación Médica Americana y la Asociación Psiquiátrica Americana con respecto al perfil del médico propenso al suicidio (Council of Scientific Affairs, 1987).

Hsu (1987) y Schneider (1993) enfatizan que existe una mayor prevalencia de sintomatología psiquiátrica así como de cansancio físico y hostilidad durante el primer año de la residencia lo que coincide con nuestros resultados, ya que encontramos mayor intensidad del estrés percibido en las situaciones propias de la residencia, más horas de trabajo y mayor probabilidad de ideación suicida en los residentes de 1er año.

De acuerdo con Chew-Graham (2003) los estudiantes de medicina creen que solicitar ayuda para atenderse se considera una debilidad y que esto puede tener implicaciones para el desarrollo de su profesión. Los datos obtenidos por nosotros señalan que únicamente el 23.4% de los residentes solicitaron ayuda cuando tuvieron un problema emocional. Sin embargo destaca el hecho de que más de la mitad de éstos acudieron con un especialista en Psiquiatría, lo que contrasta con lo obtenido por Medina-Mora (2003) quien reporta que el uso de servicios más frecuente en población general es con el médico general. Esto se explica por el nivel académico y el grado de conocimiento de los médicos residentes aunque cabe mencionar que un 20% acudió a solicitar ayuda religiosa y más del 40% solicitó ayuda después de meses o años de percibir la sintomatología mental lo que coincide con lo reportado por Medina-Mora (2003) con respecto al retraso en la obtención de ayuda. Todos estos datos, aunados a que cerca del 60% de los residentes que no solicitaron ayuda cuando tuvieron un problema emocional contestaron que esta “no era necesaria” nos hablan de que existe un desconocimiento, una postergación y/o una negación del problema.

Es importante señalar que a pesar de estar en un entrenamiento de postgrado y de ser alumnos de la Facultad de Medicina de la UNAM, únicamente el 8% de los residentes saben que existe un servicio de atención para alumnos en la misma Facultad y lo más inquietante es que el 62.3% desconoce donde puede acudir para solicitar ayuda.



En conclusión éste trabajo encontró que los residentes de 1er año perciben con mayor intensidad el estrés provocado por las situaciones propias de la residencia y de su vida, mientras que los de 2do año presentan mayor sintomatología mental. Cabe resaltar que las mujeres presentan prevalencias globales más altas de sintomatología mental así como los residentes sin pareja.

De acuerdo con los instrumentos aplicados los médicos/residentes en el estudio, presentaron síntomas que refieren problemas de relación interpersonal y llama la atención la presencia de sintomatología de hostilidad e ideación paranoide más que de depresión y ansiedad. En el futuro se podrían utilizar instrumentos específicos para la detección de éstas patologías ya que observamos que la ideación suicida asociada al consumo de alcohol se presentó en un porcentaje considerable (3.9%) que representa a 38 sujetos de la muestra. Seguramente la percepción del estrés por éstos sujetos será mayor.

Por otro lado predominan los rasgos de personalidad de tipo neurótico en los residentes que presentaron sintomatología mental global e ideación suicida. Destaca también el hecho de que algunas especialidades consideradas de alto estrés coinciden con un mayor porcentaje de individuos con personalidad neurótica, tal es el caso de psiquiatría, medicina legal, medicina crítica y anestesiología.

Los resultados de esta investigación nos permiten tener una idea más clara de la sintomatología mental que presentan los médicos residentes y de los factores predisponentes y de riesgo que se asocian, lo que sin duda podrá ayudar a establecer algunas medidas para la solución de los problemas que enfrentan. Un punto de partida sería el informar y difundir los resultados obtenidos, hablar acerca de la vulnerabilidad en la que se encuentran los médicos y establecer las opciones que tienen para solicitar atención en caso de requerirla.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **a. Recomendaciones para la Investigación.-**

Con los hallazgos encontrados en el presente estudio se requiere profundizar en los siguientes aspectos:

- Comparar la psicopatología entre los alumnos que se encuentran cursando especialidades de alto estrés contra las de bajo estrés.
- Comparación de sedes y condiciones ambientales y de trabajo con la presencia o no de psicopatología.
- Relación de psicopatología con rendimiento académico y asistencial.
- Relación médico-paciente con el perfil de personalidad.
- Estudios longitudinales para observar la incidencia de psicopatología a lo largo de su entrenamiento.
- Índice de suicidio general y por especialidades.
- Enfermedades psicosomáticas en residentes.
- Profundizar en los efectos de la privación de sueño y la inversión de los patrones debido a las guardias.
- Estudios multicéntricos en las especialidades de mayor riesgo.
- Aspectos culturales entre las diferentes formas de afrontamiento al estrés, por país y por género.
- Prevalencia de consumo de otras sustancias y medicamentos.
- Prever la feminización de la medicina y las posibles consecuencias en la formación de pareja y la familia ante las condiciones de trabajo.
- Intervenciones breves y grupos de apoyo como medidas de prevención en el desarrollo de psicopatología grave.
- Impacto del uso de tecnologías de la información para apoyo psicoterapéutico a los residentes.

b. Recomendaciones para las Instituciones Educativas y de Salud.-

- Difusión e información a los residentes sobre la sintomatología psiquiátrica más frecuente en éste grupo.
- Sensibilización al gremio médico sobre la posibilidad de desarrollar sintomatología mental y las opciones para su manejo.
- Sensibilización a las autoridades universitarias y de salud para entender y derivar a los médicos a las Instituciones especializadas para su manejo integral. Evitar el estigma y las sanciones por bajo rendimiento cuando se deban a un problema emocional.
- Educar a las autoridades de las Instituciones de Salud y hospitalarias en la detección de los factores de riesgo asociados a depresión mayor y suicidio.
- Proponer un programa preventivo a nivel institucional en el que se incluyan actividades recreativas, deportivas y talleres de auto cuidado.
- Proponer un servicio de salud mental especial para la atención de residentes a nivel institucional, confidencial y con personal capacitado para la atención de personal médico.
- Diseñar un programa de intervención breve con el uso de las nuevas tecnologías de información (internet).
- Establecer grupos de terapia para apoyo de médicos residentes a nivel institucional.
- Solicitar apoyo a la industria químico-farmacéutica para la dotación de medicamentos destinados al tratamiento del personal médico.
- Revisar las cargas de trabajo y horas de sueño para evitar el cansancio físico y reponer los períodos de sueño necesarios para un buen funcionamiento.
- Que las instituciones de salud cumplan con su papel formador, se soliciten nuevas plazas para contratación de médicos adscritos, dejen de utilizar al residente como fuerza de trabajo y den más importancia a su formación académica.

## **XII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Se considera que las principales limitaciones de esta investigación son las siguientes:

- Baja fracción de respuesta sobre el plan de muestreo.
- La selección de la muestra fue representativa, sin embargo la tasa de no respuesta fue mayor a lo esperado en virtud de no contar con personal de apoyo para la aplicación de los instrumentos por lo que se recomienda que en el futuro este tipo de investigaciones cuente con suficiente personal para supervisar el llenado de los cuestionarios.
- Se piensa que la tasa de no respuesta pudo haber sido menor si se hubiera aplicado en un contexto diferente al de la sede clínica.
- Falta de apoyo de los jefes de enseñanza en algunas sedes clínicas.
- No supervisión directa al contestar los cuestionarios lo que llevó a una baja calidad de respuestas y a la eliminación de muchos sujetos de la muestra.
- Esta limitación repercutió en que el rango de error en algunas especialidades fue mayor a lo contemplado (>5%) lo que no permitió conocer la distribución real de las variables en dichas especialidades.
- La falta de respuesta debido al problema que se aborda y la negación de los residentes ante éstos problemas.

No quiero convencer a nadie de nada.  
Tratar de convencer a otra persona es indecoroso,  
es atentar contra su libertad de pensar o de creer  
o de hacer lo que le dé la gana.  
Si a alguien he de convencer algún día,  
ese alguien ha de ser yo mismo.  
Convencerme de que no vale la pena llorar,  
ni afligirse, ni pensar en la muerte.  
No tengo ningún deseo de que me digan que la luna es diferente a mis sueños.

Jaime Sabines.

### XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Adler, R, Werner E, Korsch, B. (1980). Systematic study of four years of internship. *Pediatrics*; 66: 1000-1008.
2. Alexander D, Monk JS, Jonas AP. (1985). Occupational stress, personal strain and coping among residents and faculty members *J Med Educ* 1985;60:830-839
3. Arechavaleta B. Foilloux C. (2004). Psicopatología en internos de pregrado de la carrera de medicina. *Jornadas Salud Mental* 2004
4. Aréchiga H, Ruiz L, Durand S, Sánchez R, Gracia A. (2000). El Plan único de especializaciones médicas de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Revista de la Facultad de Medicina*; 43 (1): 19-23
5. Asken MJ Raham DC. (1983). Resident performance and sleep deprivation: a Review *J Med Educ* 1983;58:382-388
6. Association of American Medical Colleges. (1999). Rising medical student indebtedness. *Contemporary Issues in Medical Education*; 2 (5).
7. Blachley P, Disher W, Roduner G. (1968). Suicide by physicians. *Bull Suicide*: 1
8. Blackwell B, Gutmann M, Jewell K. (1984). Role adoption in residency training. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 6 (4): 280-288
9. Bittker TE. (1976). Reaching out to the depressed physician. *JAMA* 1976; 236: 1713-1716
10. Bolger N, Schilling E. (1991). Personality and the problems of everyday life: the role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors; 59: 355-386
11. Bolger N, Zuckerman A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *J Pers Soc Psychol*; 69: 890-902
12. Borges G, Wilcox H, Medina-Mora M, Zambrano J, Blanco J, Walters E. (2005). Suicidal Behavior in the Mexican Nacional Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*; 28 (2): 40-47
13. Breslau N, Davis G, Andreski P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *Am J Psychiatry*; 152: 529-535
14. Brostedt EM, Pedersen NL. (2003). Stressful life events and affective illness *Acta Psychiatr Scand* 2003;107:208-215

15. Butterfield P. (1988). The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med*; 148: 1428-1435
16. Casullo, M. (2004). Documento de trabajo 2004. UBA. CONICET.
17. Chew-Graham C. (2003). "I wouldn't want it on my CV or their records": medical student's experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical education*; 37: 873-880.
18. Cooke M. (1985). Stress and coping in internal medicine residency *West J Med*; 142:547-548
19. Costa PT, Mc Crae RR. (1992). NEO PI-R The Revised NEO Personality Inventory. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
20. Costa PT, Widiger TA. (1994). Personality disorders and the five-factor model of personality. Washington, D.C. American Psychological Association.
21. Council on Scientific Affairs. (1987). Results and implications of the AMA-APA physician mortality project. Stage II. *JAMA* 257;21: 2949-2953
22. Craig A, Pitts F. (1968). Suicide by physicians. *Dis Nerv Syst*; 29: 763
23. Damestoy, N, Brouillette L, Poulin, L. (1993). Stress and resident's lifestyle. *Can Fam Physician*; 39: 1576-1580
24. Davis RM. (1981). Sleep deprivation in graduate medical education *IMJ*; 160:146-149
25. Derogatis, L. (1994). SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration, scoring, and procedures Manual. Minneapolis. National Computer System.
26. Desole D, Singer P, Aronson S. (1969). Suicide and role strain among physicians. *Int J Soc Psychiatry*; 15: 294
27. Díaz A, Romero M, Gómez C. (1996). Mental Health in a sample of first-year university students. A descriptive study of Mexican population. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*; 12: 231-241
28. Elliot DL, Girard DE. (1986). Gender and the emotional impact of internship *J Am Med Wom Assoc*; 41:54-56
29. Eysenck H, Eysenck S. (1975). Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. San Diego, CA.: Educational and Industrial Testing Service.
30. Firth-Cozens, J. (1988). La fatiga psíquica entre los médicos residentes jóvenes. *Br Med J*; 3: 87-91

31. Firth-Cozens, J. (1990). Sources of stress in women junior house officers. *Br Med J*; 301: 89-91
32. Firth-Cozens, J. (1997). Predicting stress in general practitioners: 10 year follow up postal survey. *Br Med J*; 315: 34-35
33. Friedman RC, Bigger TJ, Kornfeld DS. (1971). The intern and sleep loss. *N Engl J Med*; 285: 201-203
34. Friedman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. (1973). Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *J Med Educ*; 48: 436-441
35. Frenk, J. (2001). Comunicado de Prensa No.064. Mayo 15, Ginebra, Suiza.
36. Fouilloux C. (2002). La salud mental del estudiante de medicina de la UNAM. Tesis de Maestría en Psiquiatría. Facultad de Medicina, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental UNAM.
37. Ford CV, Wentz DK. (1984). The internship year: A study of sleep, mood status and psychophysiologic parameters. *South Med J*;77:1435-1442
38. Ford CV. (1983). Emotional distress in internship and residency. *Psychiatr Med* 1983; 1:143-150.
39. Ford CV, Wentz DK. (1986). Internship: What is stressful? *South Med J*;79:595-599
40. Gabbard G, Menninger R. (1988). *Medical Marriages*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
41. Girard DE, Sack RL, Reuler JB. (1980). Survival of the medical internship *Forum Med*; 3:460-463
42. Goldhamer P, Farine M. (1985). Resident night call: Time for a reappraisal *Ann R Coll Phys Surg Can*;18:19-21
43. González-Forteza C, Andrade Palos P. (1985). La relación de los hijos con sus progenitores y sus recursos de apoyo: Correlación con la sintomatología depresiva y la ideación suicida en los adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18 (4): 41-48
44. Gordon GH, Hubbell FA, Wyle FA. (1986). Stress during internship: A prospective study of mood state. *J Gen Intern Med*, 1:228-231
45. Grilo CM, McGlashan TH. (1999). Stability and course of personality disorders *Curr Opin Psychiatry*;12:157-162



46. Halleck S, Woods S. (1962). Emotional problems of psychiatric residents. *Psychiatry*; 25: 339-346
47. Herzog DB, Wyshak G, Stern TA. (1984). Patient-generated dysphoria in house officers *J Med Educ*;59:869-874
48. Holmes T, Rahe R. (1967). The Social Readjustment Ratings Scale. *Journal of Psychosomatic Research*; 11:213-218
49. Holt R, Luborsky L. (1958). *Personality Patterns of Psychiatrists*. New York, Basic Books.
50. Hsu, K. (1987). Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and fellows *Am J of Psych*; 144 (12): 1561-1566
51. Hunter R, Lohrenz J, Schwartzman A. (1964). Nosophobia and hypochondriasis in medical students. *J Nerv Ment Dis*; 139: 147-152
52. Kahn N, Addison R. (1992). Comparison of support services offered by residencies in six specialties, 1979-80 and 1988. *Acad Med*; 67: 197
53. Kelner M, Rosenthal C. (1986). Postgraduate medical training, stress and marriage *Can J Psychiatry*; 31:22-24
54. Kendler KS, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. (1993). A twin study of recent events and difficulties *Arch Gen Psychiatry*; 50:789-796
55. Kendler KS, Eaves LJ. (1986). Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness *Am J Psychiatry*;143:279-289
56. Kutcher SP. (1984). Doping with the stresses of medical education *Can Med Assoc J*;130:373-381
57. Landau C, Hall S, Wartman SA. (1986). Stress in social and family relationship during the medical residency *J Med Educ*; 61:654-660
58. Levey, R. (2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, 76: 142-150.
59. Loes MW, Scheiber SC. (1981). The impaired resident. *Ariz Med*; 10:777-779
60. Magnus K, Diener E, Fujita F. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *J Pers Soc Psychol*; 65: 1046-1053
61. Martin AR. (1986). Stress in residency: A Challenge to personal growth *J Gen Intern Med*;1:252-257

62. Martínez-Lanz P, Medina-Mora, M. (2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev Fac Med UNAM*; 48: 191-197.
63. May HJ, Revicki DA. (1985). Professional stress among family physicians *J Fam Pract*;20:165-171
64. Mazie B. (1985). Job stress, psychological health, and social support of family practice residents *J Med Educ*; 60:935-941
65. McCue JD. (1985). The distress of internship. Causes and prevention. *N Engl J Med*; 312:449-452
66. Medina-Mora M, Borghes G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleis C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar-Gaxiola S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*; 26 (4)
67. Myers MF. (1986). Marital distress among resident physicians *Can Med Assoc J*; 134:1117-1118
68. Nadelson C, Notman M. (1983). What is the difference for women physicians?. *The Impaired Physician*. New York: Plenum Medical Books: 11-25
69. Organización Mundial de la Salud (2002) *World Report on Violence and Health*, Resumen, Ginebra.
70. Pagano M. (2004). Stressful life events as predictors of functioning: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Acta Psychiatr Scand*; 110:421-429
71. Pino, S. (1996). Estrés durante la formación médica postgraduada *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 24;2: 75-80
72. Pitts FN, Schuller AB, Rich CL. (1979). Suicide among US women physicians, 1967-1972. *Am J Psychiatry*; 136:674-676
73. Poirier S. (1986). Role stress in medical education: a literary perspectiva. *J Am Med Wom Assoc*; 41(3): 82-86
74. Rahe, R.H. (1972). Subject's recent life changes and their near future illness susceptibility. *Adv Psychosom Med* 8: 2-19
75. Reuben D. (1983). Psychologic effects of residency. *South Med J*; 76:380-383
76. Reuben D. (1985). Depressive symptoms in medical house officers. *Arch Intern Med*, 145: 286-288

77. Reina G, Gutiérrez J y Herrera M. (2004). Síndrome de desgaste profesional en residentes del primer año de psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Psiquis*; 13: 77-88
78. Resident Service Committee of the Association of Program Directors in Internal Medicine. (1988). Stress and impairment during residency: strategies for reduction, identification and management. *Ann Intern Med*; 109:154-161
79. Roberts E. (1965). Reliability of the CES-D scale in different ethnical contexts. *Psychiatry Research*; 2: 125-134
80. Robins L, Helzer J, Croughan J, Ratcliff K. (1981). Nacional Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: It's History, Characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38: 281-389.
81. Russell A, Pasnau R, Taintor Z. (1975). Emotional problems of residents in psychiatry. *Am J Psychiatry*; 132: 236-267
82. Sadock B, Kaplan H. (1970). Long-term intensive group psychotherapy with psychiatric residents as part of residency training. *Am J Psychiatry*; 126: 1138-1143
83. Schneider S, Phillips, W. (1993). Depression and anxiety in medical, surgery, and pediatric interns. *Psicol Rep*; 72: 1145-1146
84. Schwartz, A y cols. (1987) Levels and causes of stress among residents. *J Med Educ*; 62: 744-753.
85. Small GW. (1981). House officer stress syndrome. *Psychosomatics*; 22:860-869
86. Smith JW, Denny WJ, Witzke DB. (1986). Emocional impairment in internal medicine housestaff *JAMA*; 255:1155-1158
87. Steppacher RC, Mausner JS. (1974). Suicide in male and female physicians. *JAMA*; 228: 323-328
88. Solé M. (2006). Validació i Estandardització Espanyola del NEO-PI-R, NEO-FFI, NEO-FFI-R i escales de Schinka, en postres universitàries i població general. Tesis doctoral. Facultat de Ciències de la educació, UdL.
89. Taylor AD, Sinclair A, Wall EM. (1987). Sources of stress in postgraduate medical training *J Med Educ*; 62: 425-428
90. Tyssen R. (2002). Mental Health problems among young: An updated review of prospective studies. *Hav Rev Psychiatry*; May/June: 154-165

91. Uliana RL, Hubbell FA, Wyle FA. (1984). Mood changes during the internship J Med educ; 59: 119-123
92. Vaillant E, Sobowale N, McArthur C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. N Engl J Med; 287: 372-375
93. Valko RJ, Clayton PJ. (1975). Depression in the internship, Dis Nerv Syst; 36: 26-29
94. Volkow N, De La Fuente JR, Gómez-Mont F, Cuevas L. (1982). Rasgos de personalidad de estudiantes de medicina. Nuevas posibilidades del MMPI. Rev Invest Clin (Méx); 34: 31-38
95. Waring E. (1974). Emotional illness in psychiatric trainees. Br J Psychiatry; 125: 10-11.
96. Watson D, Clark L. (1993). Behavioral disinhibition versus constraint: a dispositional perspectiva. Handbook of mental control. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
97. Weisman C, Teitelbaum M. (1987). The work-family role system and physician productivity. J Health Soc Behav; 28: 247-257
98. Winer JA, Ferrono C. (1984). Residency training and emocional problems of physicians. IMJ; 166-23-26
99. Wolfe ES, Jones HW. (1985). Problems experienced by residents in internal medicine training. West J Med; 142: 570-572
100. Young EH. (1987). Relationship of resident's emotional problemas, coping, behavior and gender. J Med Educ; 62: 642-650

## **XIV. ANEXOS**



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Medicina División de Estudios de Postgrado  
Instituto Nacional de Psiquiatría



Especialidad: \_\_\_\_\_ Nombre de sede: \_\_\_\_\_

Año de residencia: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Lugar de origen: \_\_\_\_\_

Personas con quienes vive: \_\_\_\_\_

Horas de trabajo hospitalario o en consulta externa por semana: \_\_\_\_\_

Horas de sueño a la semana: \_\_\_\_\_ Horas de tiempo libre a la semana: \_\_\_\_\_

Horas de estudio a la semana: \_\_\_\_\_ Horas de clases a la semana: \_\_\_\_\_

Número de exámenes académicos por mes: \_\_\_\_\_

Número promedio de guardias al mes: \_\_\_\_\_

---

## INVENTARIO NEO BFI

En la siguiente lista encontrarás expresiones que con frecuencia se emplean para describir a una persona.

Estamos realizando una investigación sobre el estado de salud mental de los residentes y los factores que se pueden asociar a que aparezcan problemas psicopatológicos como la depresión y los trastornos de ansiedad, con la intención de que, después de tener una estimación global del problema, se puedan implementar estrategias de atención temprana para evitar el desarrollo de trastornos más severos.

Por favor, lee cuidadosamente cada una de ellas y rellena el círculo correspondiente al punto en el que la expresión te describe a ti.

Rellena solamente un círculo para cada expresión, no dejes vacío ningún ítem y responde a todas las expresiones o enunciados de acuerdo a las siguientes opciones:

A=En total desacuerdo; B=En desacuerdo;  
C=Neutral; D=De acuerdo; E=Totalmente de acuerdo.

---

		A	B	C	D	E
1	A menudo me siento inferior a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Soy una persona alegre y animosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Disfruto mucho hablando con la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	A veces intimidado o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	A veces me vienen a la mente pensamientos alarmantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	A veces consigo con astucia que la gente haga lo que yo quiero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	No me considero especialmente alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Tengo mucha autodisciplina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		A	B	C	D	E
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	Me gusta tener mucha gente alrededor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	Cuando estoy bajo una fuerte de estrés, a veces siento que me voy a desmoronar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	Tengo mucha fantasía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	Mi primera reacciones confiar en la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	A menudo me siento tenso e inquieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	Soy una persona muy activa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía, y dejándola crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	A veces me he sentido amargado y resentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o la condición humana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	A	B	C	D	E
41 Soy bastante estable emocionalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 Huyo de las multitudes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas o teóricas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 Tanto de ser humilde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45 Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46 Rara vez estoy triste o deprimido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47 A veces muestro felicidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48 Experimento una gran cantidad de emociones o sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49 Creo que le mayoría de la gente con la que trato es honesta y fiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50 En ocasiones primero actúo y luego pienso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51 A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52 Me gusta estar donde está la acción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53 Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54 Puedo ser amigable y mostrar de ser necesario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55 Hay tantas pequeñas cosas que hace que a veces lo que hago es no atender a ninguna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56 Es difícil que yo pierda los estribos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57 No me gusta mucho charlar con la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58 Rara vez experimento emociones fuertes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59 Los mendigos no me inspiran simpatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60 Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Note: Copyright 1996 de Oliver P. John y Verónica Benes-Martínez.

Ahora nos interesa saber acerca de algunas experiencias que te pudieron haber ocurrido únicamente durante la semana pasada.

Por favor lee cada afirmación e indica el número de días (de 0 a 7) que te sentiste así la semana pasada.

Marca solamente una letra para cada expresión y no dejes vacío ningún ítem, de acuerdo a las siguientes respuestas:

A = 0 días; B = 1 a 2 días; C = 3 a 4 días; D = 5 a 7 días

	A	B	C	D
61 Tenía pensamientos sobre la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto (a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63 Pensé en matarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Validado por Dra. Catalina González Portera

## SYMPTOM CHECKLIST 90 (SCL-90)

Instrucciones:

A continuación encontraras una lista de problemas y quejas que a veces tiene la gente. Por favor lee cada una cuidadosamente. Después de haberlas leído, rellena uno de los espacios marcados con letras de la derecha, el cual describa mejor cuánto te ha molestado o estresado ese problema durante las dos semanas pasadas, incluyendo el día de hoy.

Marca solamente una letra para cada problema y no dejes vacío ningún ítem.

A = Para nada; B = Un poquito; C = Algunas veces; D = Bastante; E = Demasiado

Cuanto te molestó ( o te ha molestado ) el tener:

	A	B	C	D	E
64 Dolores de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65 Nerviosismo o inestabilidad interior	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66 Pensamientos, ideas o palabras indeseables, que no se quitan de tu mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67 Sensación de mareo, aturdimiento o que te vas a desmayar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68 Pérdida de interés o placer sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69 Sentirse criticado por otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70 La idea de que alguien más puede controlar tus pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71 Sentir que a otros se les debería culpar por la mayoría de tus problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72 Problemas para recordar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73 Preocupación por falta de atención o ser descuidado contigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74 Sentirse fácilmente enojado o irritado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75 Dolores en el corazón o en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A	B	C	D	E
76 Sentir miedo en los espacios abiertos o en las calles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77 Sentirse bajo de energía o con lentitud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78 Pensamientos suicidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79 Escuchar voces que los demás no oyen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80 Temblores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81 Sentimientos de que la mayoría de la gente no es confiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82 Poco apetito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83 Llorar fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84 Te da pena o se te hace difícil el trato con el sexo opuesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85 Sentimiento de estar atrapado o acorralado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86 Asustante de repente sin razón alguna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87 Ataques de cólera o ira que no puedes controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88 Sentir miedo de salir de casa solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89 Culparte a ti mismo por cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90 Dolores en la parte inferior de la espalda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91 Sentimiento de incapacidad/impotencia de hacer cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92 Sentirse solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93 Sentimientos de tristeza o melancolía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94 Demasiada preocupación por las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A	B	C	D	E
95 No tener interés por las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96 Sentirse temeroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97 Sentirse herido en tus sentimientos fácilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98 Que otras personas estén entezadas de tus pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99 Sentir que los demás no te entienden o que no les caes bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100 Sentir que la gente no es amigable o que tu no les caes bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101 Hacer las cosas muy despacio, para asegurarte que estén bien hechas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102 Sentir que tu corazón te late muy fuerte o está acelerado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103 Sentirse inferior a los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104 Náuseas o malestar en el estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105 Dolor muscular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106 Sentimientos de estar siendo observado o que los demás hablan de ti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107 Problemas para quedarte dormido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108 Tener que "chequear" o "re-chequear" lo que haces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109 Dificultad para tomar decisiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110 Sentir miedo de viajar en autobús, metro o trenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111 Sensación de ahogo o que te falta la respiración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112 Baxhorns o escalofríos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113 Evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te dan miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114 No poder recordar algo o alguna cosa en particular (sensación que la mente se queda en blanco)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115 Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A	B	C	D	E
116 Sentir un nudo en la garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117 Sentirse sin esperanza frente al futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118 Dificultad para concentrarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119 Sentir debilidad en algunas partes del cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120 Sentirse temoso o nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121 Preocuparse en exceso o pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122 Pensamientos de muerte o agonía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123 Comer en exceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124 Sentirse incómodo cuando la gente te mira o habla de ti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125 Tener pensamientos que no son tuyos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126 Tener ganas repentinas de golpeo, derribo herir a alguien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127 Despertarse de madrugada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128 Tener que repetir las mismas acciones como tocar, contar, lavar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
129 Sueño inquieto o perturbado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
130 Tener ganas de romper o destruir cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
131 Tener ideas o creencias que otros no comparten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
132 Sentirse incómodo con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
133 Sentirse incómodo con mucha gente, como al ir de compras o al cine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
134 Sentir que todo cuesta trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
135 Ataques de terror o pánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	A	B	C	D	E
136 Sentirse incómodo al comer, beber en público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137 Involucrarse frecuentemente en discusiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138 Sentirse nervioso cuando te quedas solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
139 Que otros no te den el crédito apropiado por tus logros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
140 Sentirse solo aún cuando estás con otras personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
141 Sentirse tan intranquilo que no puedes quedarte quieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
142 Sentirse poco o nada valioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
143 Sentir que cosas conocidas o extrañas son extrañas o inusuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
144 Gritar o aventar cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
145 Sentir miedo de demorarte en público	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
146 Sentir que los demás se aprovecharán de ti si se los permites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
147 Tener pensamientos sobre sexo que te incomodan mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
148 La idea que debes ser castigado por tus pecados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
149 Sentirse forzado a tener que terminar las cosas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
150 Tener ideas de que algo grave le pasa a tu cuerpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
151 Nunca sentirte apegada con otra persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
152 Sentimientos de culpabilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
153 La sensación de que algo anda mal en tu mente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# CUESTIONARIO DE CAMBIOS EN LA VIDA Y NIVEL DE ESTRÉS

A continuación se te presentarán diversos eventos que pueden generar estrés, si alguno de éstos te ha sucedido en los últimos 12 meses marca el recuadro con la palabra "SI" y a continuación marca alguna de las cinco opciones sobre el nivel de estrés que este evento te causó. Si este evento no te sucedió en los últimos 12 meses, simplemente marca el recuadro "NO" y pasa a la siguiente pregunta.

## Evento

## Estrés causado

	NO	SI	En grado máximo	Bastante	Moderado	Poco	Nada
	A	B	C	D	E	F	G
154 Muerte de algún familiar cercano (no incluye cónyuge o pareja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
155 Muerte del cónyuge/pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156 Enfermedad crítica de algún familiar que requiera de tu cuidados y tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157 Enfermedad crítica de algún familiar que no requiera de tus cuidados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
158 Cambio en la salud o comportamiento de un miembro de la familia (accidentes, drogas o problemas de conducta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
159 Haber padecido una enfermedad que requirió incapacidad por más de una semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160 Divorcio o separación tuya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161 Divorcio o separación de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
162 Nueva pareja ó matrimonio de alguno de los padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
163 Iniciar una relación personal cercana (de pareja o amistad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
164 Terminar una relación personal cercana (de pareja o amistad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
165 Que algún familiar se haya mudado a vivir contigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
166 Embarazo de la pareja en caso de ser hombre o tuyo en caso de ser mujer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
167 Aborto de la pareja en caso de ser hombre o tuyo en caso de ser mujer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
168 Compromiso matrimonial o matrimonio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
169 Cambio de sede hospitalaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170 Problemas de identidad sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
171 Nacimiento de un hijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
172 Cambio en las responsabilidades del trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
173 Cambios en tu estado económico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Estrés causado

	NO	SI	En grado máximo	Bastante	Moderado	Poco	Nada
	A	B	C	D	E	F	G
174 Muerte de un amigo cercano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
175 Cambio en el número de horas de trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
176 Cambio de domicilio habitual (ciudad, estado o país)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
177 Cese del apoyo económico por parte de los padres o familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
178 64. Cambio en la frecuencia con la que puedes asistir a reuniones o eventos familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
179 Violación a la ley sin restricción de la libertad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
180 Violación a la ley con restricción de la libertad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
181 Cambio importante en tus hábitos alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182 Cambio importante en tus hábitos de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
183 Cambio en el tipo o cantidad de actividades recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
184 64. Conflictos con alguno de tus superiores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
185 Conflictos con alguno de tus compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
186 Conflictos con alguna persona bajo tu supervisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
187 Que tu pareja comience o termine un trabajo remunerado (empleo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
188 Vacaciones fuera de la ciudad por al menos 15 días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
189 Alguna decisión importante respecto a tu futuro inmediato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190 Deudas o dificultades económicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191 Pérdida o daño en alguna de tus propiedades personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
192 Haber comprado un bien moderado (computadora)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
193 Haber comprado un bien mayor (automóvil, casa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POR FAVOR VERIFICA QUE NO HAYAS DEJADO PREGUNTAS SIN CONTESTAR, TE AGRADECEMOS MUCHO TU COLABORACIÓN



# AUDIT

Debido a que el uso del alcohol puede afectar tu salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que te hagamos algunas preguntas sobre tu uso de alcohol. Tus respuestas serán confidenciales, así que se honesto por favor.

Rellena el óvalo que mejor describa tu respuesta a cada pregunta.

	A	B	C	D	E
194 ¿Con que frecuencia consumes alguna bebida alcohólica? A= Nunca B= Una o menos veces al mes C= De 2 a 4 veces al mes D= De 2 a 3 veces a la semana E= 4 o más veces a la semana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
195 ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas puedes realizar en un día de consumo normal? A=1 ó 2 B=3 ó 4 C=5 ó 6 D=7 a 9 E=10 ó más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
196 ¿Con que frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
197 ¿Con que frecuencia en el curso del último año has sido incapaz de parar de beber una vez que habías empezado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
198 ¿Con que frecuencia en el curso del último año no pudiste hacer lo que se esperaba de ti porque habías bebido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
199 ¿Con que frecuencia en el curso del último año has necesitado beber en ayunas para recuperarte después de haber bebido mucho el día anterior?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
200 ¿Con que frecuencia en el curso del último año has tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
201 ¿Con que frecuencia en el curso del último año no has podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque habías estado bebiendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
202 ¿Tu o alguna otra persona ha resultado o herida porque tu habías bebido? A= No C= Si, pero no en el curso del último año E= Si, el último año.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
203 ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por tu consumo de bebidas alcohólicas o te ha sugerido que dejes de beber? A= No C= Si, pero no en el curso del último año E= Si, el último año.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

204. ¿Me podrías decir el nombre de 3 lugares que conozcas en dónde se atiende a estudiantes por problemas de salud mental? (NO CONTESTAR ÉSTA PREGUNTA SOBRE EL LECTOR ÓPTICO)

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

205. Cuando has tenido algún problema emocional has acudido ha pedir ayuda a una institución, con un profesional, religioso, etc.?

- A) Sí  B) No (pasa a la pregunta 216)  C) No recuerdas (pasa a la pregunta 216)

206. ¿A cuál de las siguientes personas haz acudido para que te ayuden con tus problemas emocionales? (PUEDES CONTESTAR MAS DE UNA OPCIÓN)

- A. Ministro, Sacerdote, Pastor
- B. Médico general, Médico Familiar u homeópata
- C. Psiquiatra
- D. Psicólogo
- E. Quiropráctico, curandero, médico naturista, espiritista, o médium, santero, astrólogo, sobador.

207. ¿La última vez que tuviste problemas emocionales, cuáles de las siguientes fueron las razones que te hicieron buscar ayuda?  
(puedes mencionar más de una opción o dejar preguntas sin contestar)

ESTA PREGUNTA SE CONTESTA CON LA SIGUIENTE SECUENCIA:

- A. Porque sentía que ya no podía mas
- B. Porque alguien sugirió buscar ayuda
- C. Porque llegué a la conclusión de que necesitaba ayuda
- D. Porque ya no podía trabajar
- E. Porque ya no podía cuidar a los niños

PREGUNTA 208

- A. Porque temía que algo pudiera pasar
- B. Porque había perdido a mis amigos
- C. Porque pensé que podría hacer daño a alguien
- D. Porque pensé que podía hacerme daño yo mismo
- E. Por amenazas de mi familia.

PREGUNTA 209.-

- A. Por haber perdido el hambre y/o no poder dormir
- B. Porque me encontraba muy nervioso (a)
- C. Porque reduje mi actividad sexual
- D. Porque tenía pensamientos extraños
- E. Porque la mayor parte del tiempo me sentía muy mal

PREGUNTA 210.-

- A. Porque lloraba todo el tiempo
- B. Porque tenía problemas con mi manera de beber
- C. Porque tenía problemas con mi manera de consumir drogas

211. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el inicio de los síntomas y el que solicitaras ayuda?

- a) Días       b) semanas       c) meses       d) años

212. ¿Cuales fueron los motivos para el retraso en la obtención de ayuda?

- A. Mi seguro médico no cubre el tratamiento
- B. Pensé que el problema mejoraría solo
- C. El problema no me molestaba mucho al principio
- D. Quería enfrentarme al problema yo sólo(a).
- E. Pensaba que el tratamiento no funcionaría

213

- A. Había recibido tratamiento antes y no había funcionado
- B. Me preocupaba el dinero que costaría
- C. Me preocupaba lo que pensaría la gente si se enteraba que estaba en tratamiento
- D. Me resultaba difícil llegar al sitio donde se realizaba el tratamiento porque tenía problemas con cosas como el transporte o con los horarios
- E. No sabía dónde ir ni con quién hablar

215

- A. Pensé que me iba a tomar mucho tiempo, o que sería inconveniente
- B. No podía conseguir una cita
- C. Tenía miedo de ser internado en un hospital en contra de mi voluntad
- D. No estaba satisfecho con los servicios disponibles

216.- La última vez que tuvo problemas emocionales NO acudió a un servicio para que le dieran ayuda porque:

- A. No era necesario
- B. El problema se resolvió por sí mismo
- C. No quiso ir
- D. Porque no tenía dinero
- E. Porque no sabía donde acudir a buscar ayuda

217.

- A. Porque sentía vergüenza
- B. Porque no sabía qué hacer
- C. Porque no pude conseguir una cita
- D. No estaba satisfecho con los servicios disponibles
- E. Estuve en tratamiento anteriormente pero no me ayudó

## ANEXO 2

### SEDES

1. 1 Hospital Especialidades C.M.N. Siglo XXI 203

FOLIOS 0001-0203

- Medicina interna 69
  - Cirugía general 42
  - Anestesiología 47
  - Oftalmología 8
  - Radiología 18
  - Otorrinolaringología 9
  - Medicina Nuclear 5
  - Medicina del enfermo en estado crítico 5
- 

2. 2 Hospital General del Centro Médico La Raza 26

FOLIOS 0204-0229

- Radiología 18
  - Otorrinolaringología 8
- 

3. 12 Hospital de Especialidades C.M. La Raza 71

FOLIOS 0230-0300

- Anestesiología 37
  - Medicina Nuclear 6
  - Cardiología 7
  - Medicina del enfermo en estado crítico 2
  - Dermatología 4
  - Urología 8
  - Cirugía Plástica 7
-

4. 14 Unidad de Medicina Familiar No. 20 47  
FOLIOS 0301-0347

- Medicina familiar 47
- 

5. 18 Hospital de Gineco-obstetricia C.M. La Raza  
26  
FOLIOS 0348-0373

- Gineco-obstetricia 26
- 

6. 19 Hospital de Gineco-obstetricia No. 4 30  
FOLIOS 0374-0403

- Gineco-obstetricia 30
- 

7. 24 U.M.F No. 33 El Rosario 27  
FOLIOS 0404-0430

- Medicina familiar 27
- 

8. 26 U.M.F. 21 Fco. Del Paso yTroncoso 30  
FOLIOS 0431-0460

- Medicina familiar 30
- 

9. 47 Hospital de Oncología, C.M.N. Siglo XXI 13  
FOLIOS 0461-0473

- Cirugía Oncológica 13
-



10.55 Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte	22
FOLIOS 0474-0495	
• Rehabilitación	22
<hr/>	
11.57 H.G.Z y U.M.F. No.28 Gabriel Mancera	28
FOLIOS 0496-0523	
• Medicina familiar	28
<hr/>	
12.58 Hospital Gral. de Zona No. 32 Villa Coapa	18
FOLIOS 0524-0541	
• Medicina del trabajo	18
<hr/>	
13.59 Hospital de Ortopedia “Victorio de la Fuente”	50
FOLIOS 0542-0591	
• Ortopedia	46
• Cirugía Plástica	4
<hr/>	
14.201 Hospital General Regional 1ro de Octubre	20
FOLIOS 0592-0611	
• Radiología	5
• Rehabilitación	7
• Medicina del enfermo en estado crítico	8
<hr/>	

15.202 Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

72

FOLIOS 0612-0683

- Radiología 7
  - Otorrinolaringología 8
  - Medicina Nuclear 2
  - Cardiología 8
  - Medicina del enfermo en estado crítico 8
  - Neonatología 8
  - Dermatología 5
  - Urología 8
  - Cirugía Plástica 10
  - Cirugía Oncológica 8
- 

16.203 Hospital Regional "Lic. A. López Mateos"

33

FOLIOS 0684-0716

- Radiología 8
  - Medicina del enfermo en estado crítico 10
  - Neonatología 7
  - Urología 8
- 

17.208 Clínica "Ignacio Chávez"

11

FOLIOS 0717-0727

- medicina familiar 11
-

18.301 Hospital General de México

152

FOLIOS 0728-0879

- medicina interna 40
  - cirugía general 29
  - anestesiología 18
  - ortopedia 4
  - oftalmología 10
  - radiología 8
  - otorrinolaringología 7
  - cardiología 3
  - Medicina del enfermo en estado crítico 3
  - Neonatología 5
  - Urología 10
  - Cirugía plástica 7
  - Cirugía oncológica 8
- 

19.302 Hospital Juárez de México

66

FOLIOS 0880-0945

- medicina interna 13
  - cirugía general 12
  - anestesiología 10
  - ortopedia 6
  - oftalmología 6
  - radiología 5
  - otorrinolaringología 6
  - medicina del enfermo en estado crítico 3
  - urología 5
-

20.303 Hospital "Dr. Manuel Gea González" 66

FOLIOS 0946-1011

- medicina interna 9
  - Cirugía 11
  - Ginecología y Obstetricia 7
  - Ortopedia 6
  - Radiología 4
  - Otorrinolaringología 4
  - Dermatología 11
  - Urología 4
  - Cirugía Plástica 10
- 

21.304 Hospital Infantil de México 74

FOLIOS 1012-1085

- pediatría 65
  - neonatología 9
- 

22.310 Centro Dermatológico "Dr. L. de la Pascua" 24

FOLIOS 1086-1109

- Dermatología 24
- 

23.311 Hospital de la Mujer 23

FOLIOS 1110-1132

- Ginecología y obstetricia 23
-

24.314 Instituto Nacional de Cardiología 57  
FOLIOS 1133-1189

- Cardiología 57
- 

25.316 Instituto Nacional de Cancerología 11  
FOLIOS 1190-1200

- Cirugía Oncológica 11
- 

26.318 Instituto Nacional de Pediatría 70  
FOLIOS 1201-1270

- Pediatría 65
  - Neonatología 5
- 

27.321 Instituto Nacional de Perinatología 61  
FOLIOS 1271-1331

- Ginecología y Obstetricia 30
  - Neonatología 31
- 

28.331 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición 60  
"Salvador Subirán"  
FOLIOS 1332-1391

- Medicina Interna 37
  - Cirugía General 12
  - Radiología 5
  - Medicina del enfermo en estado crítico 6
-

29.332 Centro Nacional de Rehabilitación	43
FOLIOS 1392-1434	
• Ortopedia	22
• Rehabilitación	21
<hr/>	
30.404 Hospital de Concentración PEMEX Sur (Picacho)	
35	
FOLIOS 1435-1469	
• Cirugía general	13
• Radiología	4
• Otorrinolaringología	4
• Medicina del trabajo	4
• Medicina del enfermo en estado crítico	5
• Cirugía Plástica	5
<hr/>	
31.406 Facultad de Medicina	97
FOLIOS 1470-1566	
• Psiquiatría	97
<hr/>	
32.407 Hospital General Xoco	40
FOLIOS 1567-1606	
• Ortopedia	21
• Medicina legal	19
<hr/>	
33.410 Hospital General La Villa	18
FOLIOS 1607-1624	
▪ Medicina del enfermo en estado crítico	18
<hr/>	

34.503 Hospital Inglés A.B.C.	3
FOLIOS 1625-1627	
▪ Medicina Nuclear	3
<hr/>	
35.505 Hospital Oftalmológico “Ntra. Sra. De la Luz	26
FOLIOS 1628-1653	
▪ Oftalmología	26
<hr/>	
36.509 I. Oftalmológico “Conde de Valenciana”	31
FOLIOS 1654-1684	
▪ Oftalmología	31
<hr/>	

## ANEXO 3

México D.F. a 27 de Octubre del 2005

Estimado compañero residente:

En diferentes partes del mundo se han llevado a cabo estudios sobre el desgaste profesional y el síndrome de "burnout" (deterioro profesional en los profesionistas del área de la salud) de los médicos residentes que llevan a cabo su entrenamiento en las instituciones médicas, en virtud de que es bien conocido que la formación y la práctica médica son demandantes tanto intelectual como emocionalmente.

La mayoría de los autores que han estudiado estos aspectos coinciden en que la suma de varios factores como la herencia, la historia familiar y personal de psicopatología, los rasgos de personalidad y otros como la edad y el sexo, aunados a factores ambientales propios de la carrera (falta de sueño, responsabilidad, carga de trabajo, etc.), podrían predecir el desarrollo de una psicopatología. Por tal razón, éste proyecto de investigación pretende conocer aspectos relevantes de la esfera mental, académica y social de residentes de las diferentes especialidades médicas avaladas por la UNAM.

En vista de lo anterior y dado que en nuestro país son pocos los estudios que se han llevado a cabo, tu participación nos permitirá evaluar la dimensión del problema y proponer estrategias para realizar mejoras en los sistemas de salud para la atención de los profesionistas del área médica que se encuentran en formación. Así mismo hacemos de tu conocimiento que para cualquier comentario o interés por conocer más acerca de ésta investigación puedes dirigirte al siguiente correo electrónico: [orientar@imp.edu.mx](mailto:orientar@imp.edu.mx) donde siempre encontrarás respuesta a tus dudas y la orientación médica que requieras o bien ingresar a la siguiente dirección [www.inprf.org.mx/depresion/index.html](http://www.inprf.org.mx/depresion/index.html).

Te agradecemos tu sincera colaboración y la veracidad en las respuestas otorgadas, y te reitero que este cuestionario es con fines *exclusivamente de investigación y de carácter absolutamente anónimo*. Así mismo te informo que el compromiso de la Universidad Nacional Autónoma de México, del Instituto Nacional de Psiquiatría y el mío propio, es mantener completa discreción y confidencialidad en los datos, por lo que no habrá estigmatización ó repercusiones de ningún tipo por participar en el.

Gracias.

Dra. Vanessa Moheno Klée  
Residente de 3er año de Psiquiatría  
Instituto Nacional de Psiquiatría



## ANEXO 4

27 de Octubre del 2005

Dr. \_\_\_\_\_

Jefe de Enseñanza de \_\_\_\_\_

Por medio de la presente le informamos que se está llevando a cabo un proyecto de investigación que pretende conocer aspectos relevantes de la esfera mental, académica y social de residentes de las diferentes especialidades médicas avaladas por la UNAM. Le solicitamos su apoyo y a continuación le presentamos algunas recomendaciones generales para su conocimiento.

### INSTRUCCIONES GENERALES:

Se envían junto con este documento: 1 cuadernillo de preguntas, 1 hoja de respuestas de lector óptico por residente y 1 listado de las especialidades que deben participar.

- Informar a los médicos que los cuestionarios se contestarán de forma anónima y no habrá forma de identificar a los residentes con sus respuestas,
- Deberán entregarse a cada uno de los residentes de las especialidades seleccionadas ambos documentos,
- Una vez terminado el cuestionario se deberá revisar que la hoja de lector óptico y la ficha de identificación del cuadernillo estén completamente llenos,
- Se le entregará a cada residente el folleto informativo sobre la enfermedad depresiva. Se adjunta con los cuestionarios.
- Deberá enviarse, tanto la hoja de respuestas de lector óptico como el cuadernillo de preguntas en el mismo sobre en el que se les entregó a la Facultad de Medicina de la UNAM en la División de Estudios de Postgrado dirigido al secretario académico el Dr. Antonio José Caso Marasco en un plazo no mayor a 5 días hábiles.

Se adjunta una lista de las especialidades seleccionadas con la relación de alumnos por especialidad y por SEDE, vale la pena aclarar que el estudio se está realizando únicamente en residentes de **1er y 2do año** de todas las especialidades de entrada directa y algunas de entrada indirecta (en caso de no coincidir el número de alumnos por especialidad en su sede favor de notificarlo al correo electrónico: [orientar@imp.edu.mx](mailto:orientar@imp.edu.mx) y aplicar el cuestionario a los residentes existentes de dicha especialidad (1er y 2do año únicamente).

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano la atención prestada a la presente y el empeño en que los cuestionarios sean contestados y regresados total y prontamente, se despide de usted respetuosamente.

Dra. Vanessa Moheno Klée  
Residente de 3er año de la especialidad de Psiquiatría  
Instituto Nacional de Psiquiatría.

## ANEXO 5



**¿Nada tiene sentido?**

**Programa para la Atención de la DEPRESIÓN**

**DEPRESIÓN**

La depresión es una enfermedad caracterizada por tristeza, angustia, llanto, pérdida del apetito, dificultad para dormir, indiferencia, pesimismo, irritabilidad, baja autoestima y lentitud para pensar, además ocasiona disfunciones en diversos ámbitos: familiar, social y laboral.

**¿ES UNA ENFERMEDAD?**

Si, en la medida en que los síntomas sean severos, la persona no pueda enfrentar sus responsabilidades diarias y no tenga voluntad para superarlas. Es común que en estos casos se pierda la alegría, e incluso el deseo de seguir viviendo.

**¿CÓMO RECONOCER LA DEPRESIÓN?**

Además de los síntomas mencionados, se encuentran:

- Sentimientos de culpa, autodevaluación, desamparo e impotencia.
- Fatiga o agotamiento físico.
- Inseguridad para tomar decisiones.
- Interés y capacidad sexual disminuidos.
- En ocasiones hay otros síntomas físicos (dolor de cabeza y músculos, disfunciones menstruales e intestinales).

**¿ES FRECUENTE LA DEPRESIÓN?**

Se presenta en cerca del 15 al 20% de la población, aunque es común que no se le reconozca. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, en una proporción de 2: 1.

**¿HAY DIFERENTES CLASES DE DEPRESIÓN?**

Si. Un tipo de depresión se puede caracterizar por estados depresivos continuos e incapacitantes, episodios de irritabilidad, enaja fácil, agitación y dolores físicos.

Otros tipos de depresión se caracterizan por un estado depresivo continuo que puede o no causar problemas en el funcionamiento individual.

Hay una forma especial de depresión, la cual se alterna con estados de excitación y aceleración mental, conocidos como forma Bipolar.

**¿PUEDE LA DEPRESIÓN SER CONSECUENCIA DE OTRA ENFERMEDAD?**

El uso de algunos medicamentos, así como algunas enfermedades físicas (como la aterosclerosis cerebral, el hipotiroidismo, el cáncer, el SIDA, los cambios hormonales en la mujer) pueden acompañarse de depresión.

**¿SON ALGUNAS PERSONAS MÁS PROPENSAS A SUFRIR DEPRESIÓN QUE OTRAS?**

Se ha identificado que en algunas familias varios de sus miembros sufren depresión, por lo que se concluye que la herencia juega un papel importante en la tendencia a padecer esta enfermedad.

Así mismo, ciertas personas son más susceptibles que otras a la tensión que ocasionan los conflictos cotidianos o las circunstancias adversas de la vida, y por ello son más propensas a deprimirse.

**¿QUE SE PUEDE HACER POR EL ENFERMO DEPRIMIDO?**

Para curar a la persona deprimida, el primer paso consiste en que el médico establezca el diagnóstico. Muchas personas que padecen depresión se tranquilizan cuando el médico les informa que hay tratamientos para esta enfermedad.

Entre los tratamientos existentes se encuentran los antidepresivos y la ayuda psicológica, benéfica para algunos pacientes.

**¿PROVOCA MOLESTIAS EL USO DE MEDICAMENTOS?**

Si, aunque son mínimos y autolimitados.

**¿CUANTO TIEMPO DURA EL TRATAMIENTO?**

El tratamiento, en la mayoría de los casos, dura de 3 a 6 meses. Sin embargo, en algunos pacientes se puede prolongar por más tiempo, según la evaluación del médico.

Es necesario no desesperarse y seguir el tratamiento al pie de la letra.

**¿ES CURABLE LA DEPRESIÓN?**

Si, la mayoría de los pacientes que la padecen se recuperan si son tratados en forma adecuada.

**¿ES POSIBLE VOLVER A SUFRIRLA?**

Muchas personas experimentan un periodo de depresión en su vida. Otras pueden presentarla en más de una ocasión, pero si se le identifica en sus inicios, es posible determinar rápidamente el tratamiento, con lo que se logra reducir su intensidad y duración.