



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE PEDIATRIA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE:

P E D I A T R A

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
Y SU RELACION CON DEPRESION Y ANSIEDAD EN RESIDENTES
DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CENTRO
MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

ALUMNO: ANA LAURA ROMERO GUERRA R4PM

TUTORES: DRA ANA CAROLINA SEPULVEDA VILDOSOLA: DIRECTORA DE
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD. MAESTRA EN CIENCIAS.
DR LEONEL JARAMILLO VILLANUEVA .MEDICO PISQUIATRA
ADSCRITO AL SERVICIO DE SALUD MENTAL



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



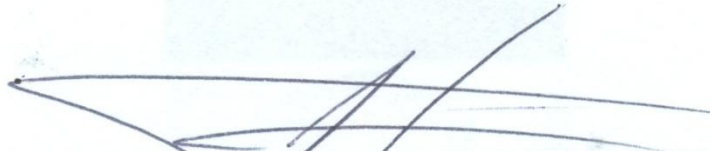
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

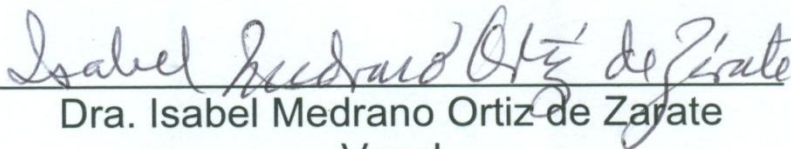
SINODALES



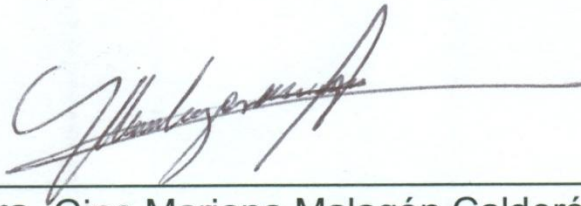
Dr. Héctor Jaime González Cabello.
Presidente



Dra. Julia Rocío Herrera Márquez.
Secretario



Dra. Isabel Medrano Ortiz de Zarate
Vocal



Dra. Gina Mariana Malagón Calderón.
Vocal



Nombre del protocolo: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACIÓN CON
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN RESIDENTES DE PEDIATRÍA

RESUMEN

ANTECEDENTES: Las estrategias de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales encaminados a manejar el estrés y las demandas específicas del individuo, el empleo de estas estrategias de tipo activo se describe asociado a menor frecuencia con depresión y ansiedad. Estas patologías tiene una alta frecuencia entre los médicos residentes, secundario a los factores estresantes a los que se enfrentan.

OBJETIVO: Identificar las principales estrategias de afrontamiento empleadas, determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes y la frecuencia de depresión y ansiedad, así como si existen diferencias entre las estrategias empleadas por los médicos residentes de acuerdo a sexo o grado académico.

MATERIAL Y MÉTODOS: encuesta trasversal, comparativa. Se realizó el estudio en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional siglo XXI. Se solicitó consentimiento por escrito de los participantes. Se aplicó el inventario de depresión y ansiedad de Beck, y en la misma entrevista se aplicó el Inventario de estrategias de afrontamiento, se excluyeron aquellos que al momento de la intervención se encontraban en tratamiento médico por depresión y/o ansiedad o en rotaciones externas y/o de vacaciones. Los datos recolectados se analizaron con el programa SPSS12, se aplico prueba de chi cuadrada para buscar relación entre las diversas variables, y considerando una p significativa con un valor menor de 0.05.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 112 sujetos, con una edad media de 29.27 años, con predominio del sexo femenino (67.9% n=76), solteros (68.8% n=77), sin hijos (81.3% n=91), 53% residentes de pediatría; resto de segunda especialidad. Se identifico una frecuencia de síntomas depresivos del 39.6% y síntomas de ansiedad del 25.6%. La coexistencia de ambas sintomatologías se identifico en 21.4%. No existió asociación entre los síntomas depresivos y el sexo, edad, hijos, estado civil, ni servicio de rotación. Se relacionó a los síntomas de ansiedad con el grado de la residencia $p=0.012$. Se encontró relación entre síntomas de ansiedad y estrategias de afrontamiento pasivas con $p=0.021$. Al relacionar las 4 áreas de evaluación de cada subescalas, encontramos relación entre síntomas depresivos y el pensamiento desiderativo ($p=0.003$) y la autocrítica ($p=0.002$). Mientras que para los síntomas de ansiedad se relaciona con evitación de problemas $p=0.016$, pensamiento desiderativo $p=0.008$, y autocrítica 0.001 .

CONCLUSIONES: El empleo de estrategias de afrontamiento pasivas, particularmente el pensamiento desiderativo y la autocrítica se asocian con el incremento en la frecuencia de síntomas depresivos en los residentes de nuestro hospital. Estas dos estrategias más la evitación de problemas se asocian con incremento en la frecuencia de síntomas de ansiedad. Las estrategias de afrontamiento empleadas por residentes son de predominio mixto. La frecuencia identificada de síntomas depresivos es de 39.6%, y síntomas ansiosos de 25.6%. No se asociaron el sexo y el y el grado de residencia con incremento en la frecuencia de síntomas depresivos, Sin embargo si se observo un predominio síntomas depresivos en residentes de menor jerarquía, con resultados similares a nivel de ansiedad, observando una disminución en la frecuencia de ansiedad conforme incrementa el grado de residencia. Se recomiendan intervenciones para disminuir la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en residentes de nuestro hospital. Así mismo entrenamiento para mejorar sus estrategias de afrontamiento.

I N D I C E

	PÀG
ANTECEDENTES.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	14
HIPÓTESIS.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	16
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	16
VARIABLES.....	17
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	20
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	31
CONCLUSIONES.....	39
ANEXOS.....	40
ANEXO 1.....	40
ANEXO 2.....	41
ANEXO 3.....	45
ANEXO 4.....	48
REFERENCIAS.....	49



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Terminado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3603

FECHA 17/01/2012

Estimado Ana Carolina Sepúlveda Vildosola

P R E S E N T E

Le notifico que el informe de seguimiento Técnico para el protocolo de investigación que usted presentó ante el CLIS y cuyo título es:

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SU RELACION CON DEPRESION Y ANSIEDAD EN RESIDENTES DE PEDIATRIA

fue sometido a evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud y de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y los revisores se determinó que el dictamen es: **Terminado.**

No. de Registro
R-2011-3603-51
No. de Informe de Seguimiento
R-2011-3603-51-22334

Atentamente

Dr(a). HERMILO DE LA CRUZ YAÑEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud Núm 3603

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANTECEDENTES

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida¹. Además de la discapacidad producida por los síntomas característicos de la enfermedad, existe una importante estigmatización que provoca un sufrimiento adicional al de la enfermedad misma. Estudios en México estiman que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, así mismo se consideran indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad². La depresión se integra en el conjunto de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia, y se estima que para el 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial³. En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en 2002 entre población urbana de 18-65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos se ubican en tercer lugar en frecuencia para la prevalencia de alguna vez en la vida (9.1%) después de los trastornos de ansiedad (14.3%) trastornos por uso de sustancias (9.2%)⁴. La prevalencia de depresión en adultos en México fue de 4.5% de acuerdo a la citada encuesta.

Las profesiones de servicio que están ligadas a la vida, entre las que se encuentran la medicina, se caracterizan por el hecho de que la profesión no es algo externo al individuo, sino que abarca la totalidad de la persona, incluyendo un compromiso personal y una interacción directa con las personas a las que atienden y, por tanto, suelen trabajar con los aspectos más intensos del cuidado del paciente (sufrimiento, ira, frustración, miedo, muerte, etc.), lo cual los expone a una serie de estresores que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual al estrés. Esto que puede originar comportamientos adaptativos, o desadaptativos, que provocan desgaste e insatisfacción personal, lo cual se ve reflejado en su desempeño profesional. Esta interacción se suma a las dosis diarias de estrés, ocasionando que estas personas tengan una predisposición a experimentar un grado de desgaste profesional, que desencadene actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio.

Considerando que los profesionales de las salud, entre los cuales se encuentran los médicos en proceso de especialización, interactúan constantemente con otros seres humanos y tienen en sus manos el cuidado de la vida y salud de los pacientes, y, donde un error en esta profesión, podría traducirse en consecuencias graves tanto para los

pacientes como los mismos médicos; no es extraño suponer que se encuentren bajo un estrés crónico y constante, aunado a jornadas laborales prolongadas, trabajo nocturno, excesiva auto exigencia, inseguridad laboral y futura; y situaciones como muerte de pacientes, sobre identificaciones o errores en la actuación clínica, así como el cansancio físico y mental⁵; los hace más susceptibles a patologías psiquiátricas, particularmente depresión y ansiedad. Se reporta en la literatura una clasificación para las causas de estrés entre residentes, describiendo tres categorías principales:

- Los factores de estrés de la situación, tales como horas de trabajo, conflictos con otro personal, y privación del sueño,
- Los factores de estrés personal como los conflictos con la familia o amigos, dificultades financieras, o mudarse a una nueva ciudad
- Los factores de estrés profesional, tales como las responsabilidades del paciente, la enseñanza o las responsabilidades de supervisión, y la sobrecarga de información.

Así mismo describen otras situaciones especiales y potencialmente perjudiciales, tales como el residente “marginado” (que sabe que no funciona bien) y el “no coincidente” (el residente cuyas habilidades son se ajustan la especialidad elegida). En dicho estudios también se describe que evitación de afrontamiento es uno de los factores predictores de estrés y la depresión en el futuro.⁶ Esta situación se observa con mayor frecuencia en aquellas personas que se encuentran menos familiarizadas con el adecuado manejo de la adversidad; actualmente se considera el afrontamiento de la adversidad como un aspecto muy relevante del funcionamiento personal⁷. Por otro lado la presencia de relaciones de pareja estables, así como la presencia de hijos que se han asociado con una mejor aplicación de las estrategias de afrontamiento⁸.

Diversos estudios han señalado que los residentes médicos tienen alta incidencia en patología relacionada con el estrés laboral, elevadas tasas de depresión conductas adictivas y somatizaciones, así como conflictos familiares⁹. Un estudio retrospectivo realizado en septiembre de 2010 realizado por la universidad de california encontró que hasta el 60% de los residentes médicos en un periodo de 2 años cumplían criterios de DSMIV para depresión mayor.¹⁰ En nuestro hospital en el año 2005 se realizó un estudio entre los residentes de pediatría buscando identificar la frecuencia de depresión y ansiedad reportándose cifras mucho mayores que en la población general (64% y 47% respectivamente)⁸ Otro estudio realizado en Canadá entre residentes de Medicina familiar

describe que la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 20 y 12% respectivamente, 3-4 veces mayor que en la población general.¹¹

El estrés es un fenómeno multivariable que resulta de la relación entre la persona y los eventos de su medio, los mismos que son evaluados como desmesurados o amenazantes para sus recursos y que ponen en riesgo su bienestar. Los modos de afrontamiento al estrés serían las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales empleadas para manejar y tolerar al mismo, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio. Algunos investigadores, encontraron que la eficacia de los modos de afrontamiento dependerá de la intensidad del estrés.¹² El afrontamiento del estrés es un concepto que posee un gran interés en el ámbito de la psicología clínica y la psicopatología, ya que el modo en que el individuo hace frente al estrés puede actuar como importante mediador entre las situaciones estresantes y la salud¹³. Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por el proceso de afrontamiento.

El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman)¹⁴. Otra definición indica que el afrontamiento es un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas, e internas que aparecen y generan estrés (Halstead, Bennett, Cunningham 1993)¹⁵. Se trata de un proceso dinámico que involucra la evaluación y reevaluación asiduas de las personas en situaciones demandantes, y su función está en consonancia con los mecanismos que los individuos llevan a cabo para la consecución de objetivos específicos. Las estrategias propuestas por Lazarus y Folkman son el afrontamiento dirigido a la acción, que son todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que implica las acciones que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar. En general las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

Centrándonos en el proceso de afrontamiento, se han elaborado dos conceptos relativos a la forma en que las personas manejan los estresores: los estilos de afrontamiento y las

estrategias de afrontamiento. Según Pelechano¹⁶, uno de los autores que más sistemáticamente ha investigado el proceso de afrontamiento en España, no son conceptos contrapuestos, sino complementarios. Los estilos de afrontamiento, son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones, son formas estables y consistentes de afrontar el estrés y son los que determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento¹⁷, así como su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias, son procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes, son acciones más específicas¹⁸. La noción de estrategia presenta ventajas con respecto a la de estilo, como su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, que la han convertido en más atractiva desde la perspectiva de la intervención.

Las estrategias de afrontamiento se clasifican en 2 tipos, las activas y pasivas, definidas de la siguiente forma¹⁹:

- Estrategias activas: Uso de comportamientos relacionados al problema, el análisis de las circunstancias para saber qué hacer, reflexión de posibles soluciones, búsqueda de información, estrategias de anticipación a un desastre, controlar las emociones y circunstancias, así como la búsqueda de apoyo social.
- Estrategias Pasivas. Utilización de estrategias, como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera y aceptación pasiva.

Para una valoración de dichas estrategias existen pocas escalas. El inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) recoge 2 tipos de información, cualitativa y cuantitativa donde se responde la frecuencia de la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento. El instrumento final original se compuso de 72 ítems 9 para cada una de las 8 escalas primarias:

- Resolución de problemas: estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce.
- Reestructuración cognitiva, estrategias cognitivas que modifican el significado de la situación estresante.
- Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional
- Expresión emocional; estrategias encaminadas a liberar emociones que acontecen en el proceso de estrés.
- Evitación de problemas: estrategia que incluyen la negación y evitación del pensamiento o actos relacionados con el acontecimiento estresante.

- Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- Retirada social estrategias de retirada de amigos, familiares, personas significativas asociadas con al reacción emocional en el proceso estresante
- Autocritica estrategias basadas en la autoinculpación y la autocritica por la ocurrencia de la situación estresante y el manejo inadecuado.

Las escalas secundarias surgen de la agrupación empírica de las primarias:

- manejo adecuado centrado en el problema: incluye las subescalas, resolución de problemas y reestructuración cognitiva, indicando un afrontamiento adaptativo centrado en el problema, bien modificando la situación, bien su significado
- Manejo adecuado centrado en la emoción: incluye las subescalas Apoyo social y expresión emocional, reflejando un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones que afloran en el proceso estresante
- Manejo inadecuado centrado en el problema, que incluye la evitación del problema y pensamiento desiderativo, indicando un afrontamiento desadaptativos centrado en el problema bien evitando situaciones estresantes, bien fantaseando sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras
- Manejo inadecuado centrado en la emoción, incluye las subescalas retirada social y autocritica, reflejando un afrontamiento desadaptativos centrado en las emociones, pero basado en el aislamiento, la autocritica y la autoinculpación.

Finalmente se describen las escalas terciarias que surgen de la agrupación empírica de las secundarias: manejo adecuado incluye: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional, indicando esfuerzos activos, y adaptativos por compensar la situación estresante, y manejo inadecuado que incluye evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social, y autocritica sugiriendo un afrontamiento pasivo y desadaptativos.

La escala validada para población mexicana se trata de una evaluación auto aplicable que consiste en 40 reactivos evaluadas en escala de Likert de 5 puntos que define la frecuencia de las acciones en una situación estresante, así como el grado de eficacia percibida en el afrontamiento (anexo3). Esta escala se validó a partir de una muestra de 219 sujetos mexicanos. Alcanza coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach entre 0.72 y 0.86¹

Así el afrontamiento es una modalidad de funcionamiento que el humano utiliza en su constante interacción con el medio con el fin de adaptarse a él²⁰.

Como ya comentamos previamente las estrategias de afrontamiento son las diferentes respuestas conductuales, cognitivas y emocionales, empleadas para manejar y tolerar el estrés, permitiendo reducir la tensión y restablecer el equilibrio²¹, sin embargo según lo citado por la literatura, los residentes médicos tienden a utilizar en mayor número de veces las estrategias inadecuadas, hasta en un 32.7%, así mismo los residentes más inadecuados en el afrontamiento eran más jóvenes o en su mayoría cursaban el primer año de la especialización¹⁶. Se ha buscado la relación existente entre depresión y ansiedad con los mecanismos de afrontamiento empleados y las situaciones estresantes de la vida. En otros sectores de los trabajadores de la salud Japón en 2010 se realizó un estudio entre 201 estudiantes de enfermería, donde se identificó que la exposición a los ciclos clínicos favorecía la presencia de las citadas patologías.²² Otros estudios han comparado las estrategias de afrontamiento del estrés entre individuos con trastornos de ansiedad e individuos normales, observando que los primeros puntuaban de forma más elevada en las dimensiones focalizadas en la emoción y en la evitación-escape (estrategias pasivas), mientras que las personas normales obtenían puntuaciones más altas en las dimensiones centradas en el problema y en la evaluación (estrategias activas)¹³.

Tomando en cuenta los datos ya citados, la depresión y la ansiedad son problemas frecuentes entre los residentes médicos, y en nuestro hospital la frecuencia de los mismos ha sido descrita muy por encima de la tasa de la población general, así mismo se ha estudiado que las estrategias de afrontamiento empleadas pueden ser factores que modifiquen la presencia de las mismas.

Para medir la depresión y la ansiedad existen diversas escalas, algunas requieren la aplicación por parte de un profesional del área (psicólogo y/o psiquiatra entrenado) algunas otras son autoaplicables, o algunas pueden ser semiestructuradas. El inventario de depresión de Beck (BDI) es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir las severidades de los síntomas de depresión en muestras tanto clínicas y no clínicas. Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975. La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre

diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. Esta prueba fue construida originalmente en Estados Unidos y posteriormente traducida al español, en la validación para población mexicana ha obtenido el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas de 0.86 y no clínicas de 0.81.²³

Por otro lado el inventario de ansiedad de Beck, evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los diferencia de los de depresión. Puede utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como normal. El índice de confiabilidad para la escala total fue 0.83.²⁴ Se trata de evaluaciones auto aplicables, incluye 21 reactivos, evaluados en una escala de Likert de 4 puntos de acuerdo a la frecuencia de la presentación de los síntomas. (Anexo 2). Ambas escalas han sido validadas para población mexicana, y a pesar de que las mismas no son de utilidad para realizar diagnóstico ni de trastornos depresivos ni de ansiedad, nos permiten evaluar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad y la severidad de los mismos, con la ventaja de servir de pruebas de cribado, por su facilidad de aplicación, y rapidez.

JUSTIFICACIÓN

La depresión y ansiedad en la población general han incrementado en los últimos años, sin quedar exentos los estudiantes de especializaciones médicas, quienes además de tener jornadas de trabajo extensas se enfrentan a diversos factores estresores durante su jornada diaria, tanto en la atención de pacientes como en las exigencias académicas de sus programas educativos. Diversos estudios han reportado cifras elevadas (más del 50%), de las citadas patologías en este grupo de estudiantes, las cuales se convierten en una limitante para el adecuado desempeño de sus actividades e inclusive de su desarrollo personal-social. Algunas estrategias de afrontamiento se han observado como factores protectores para estas patologías.

En nuestro hospital en los últimos 3 años hemos observado un incremento de depresión y crisis de ansiedad en algunos de los residentes de pediatría y subespecialidades, por lo cual deseamos conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento empleadas por ellos, así como la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad entre este sector de la población, con miras a modificar las estrategias implementadas, entre las que destacan las reuniones con los tutores, así como el apoyo profesional por parte del servicio de salud mental de nuestro hospital, y/o aportar tratamientos en los casos necesarios, para poder mejorar el desarrollo y desempeño de los residentes de pediatría de nuestro hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La depresión y ansiedad entre residentes médicos, y más específicamente entre residentes de pediatría de nuestro hospital alcanza cifras elevadas (64%).¹³ La literatura reporta que el empleo de estrategias de afrontamiento activas se ha asociado con menor frecuencia del desarrollo de depresión y ansiedad. Suponemos que el empleo de estrategias de afrontamiento activas pueden ser factores protectores ante el desarrollo de depresión y ansiedad en residentes de pediatría.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los residentes médicos con la frecuencia de síntomas depresivos y de ansiedad?

PREGUNTAS SECUNDARIAS

- ¿Cuáles son las principales estrategias de afrontamiento empleadas por los residentes médicos?
- ¿Cuál es la frecuencia de síntomas depresivos y de ansiedad en el grupo de médicos residentes de hospital?
- ¿Existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los residentes médicos de acuerdo a sexo o grado académico?

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes de pediatría y/o especialidades de rama de la pediatría con la frecuencia de síntomas depresivos y de ansiedad..

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Identificar las principales estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes de pediatría y/o especialidades de rama de la pediatría

Identificar frecuencia de síntomas depresivos y de ansiedad en los médicos residentes de pediatría y/o especialidades de rama de la pediatría del HP CMN SXXI

Identificar si existen diferencias entre las estrategias empleadas por los residentes médicos de pediatría y/o la rama de la pediatría de acuerdo a sexo o grado académico

HIPÓTESIS

El empleo de estrategias de afrontamiento activas por parte de los residentes médicos de de pediatría y/o la rama de la pediatría se relacionara con menor frecuencia de síntomas de depresivos y de ansiedad.

HIPÓTESIS SECUNDARIAS

Las principales estrategias de afrontamiento empleadas por los médicos residentes de pediatría y/o la rama de la pediatría serán de tipo pasivo.

La frecuencia de síntomas depresivos en médicos residentes de pediatría y/o la rama de la pediatría del HP CMN SXXI será mayor del 64% reportado en estudios previos en dicha población⁸ así mismo los síntomas de ansiedad serán mayores al 46.8%.

Se identificara que la frecuencia de síntomas depresivos y de ansiedad, los cuales serán menores entre los residentes de mayor jerarquía.

Existirá una diferencia significativa entre las estrategias de afrontamiento empleadas por los residentes médicos de pediatría y/o la rama de la pediatría de acuerdo a sexo o grado académico, siendo mayor el empleo de estrategias activas entre mayor jerarquía tengan los residentes, por otro lado, de acuerdo a lo descrito en la literatura esperamos que el sexo femenino sea el más afectado por síntomas depresivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trató de una encuesta trasversal, comparativa.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Criterios de selección

- Residentes de pediatría o especialidades de rama de la pediatría de cualquier grado y sexo
- que accedan a participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Sujetos que se encuentren en tratamiento médico por depresión y/o ansiedad, así como diagnósticos de patologías psiquiátricas serán excluidos para los objetivos general y secundarios, 1 y 3 pero no para el 2
- Sujetos que se encuentren de vacaciones, incapacidad o en rotaciones externas

Criterios de Eliminación

- Que no completen de forma adecuada las escalas

Tamaño de la muestra

- Por conveniencia

El estudio se realizó en el Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional siglo XXI. Se citó a los residentes de pediatría y especialidades de rama por grados y especialidad. Se explicó el objetivo del estudio, se solicitó consentimiento por escrito de los participantes; escribiendo en él mismo un pseudónimo para localización del sujeto en caso de identificar necesidad de asistencia psiquiátrica urgente (depresión y/o ansiedad severas). Se dio una breve explicación del modo correcto de llenado de las encuestas. Posteriormente se entregaron a cada residente un paquete con la hoja de identificación y las encuestas (inventario de estrategias de afrontamiento, inventario de Depresión y ansiedad de Beck), ya que se tratan de encuestas autoaplicables, el residente tesista coordinó el ejercicio, acompañada del asesor psiquiatra, no se reportó ninguna duda por parte de los sujetos

encuestados. Al término de las mismas (no se contó con tiempo límite) se recolectaron las encuestas.

Las encuestas se calificaron de manera diferente de acuerdo a las escalas empleadas. El instrumento aplicado para identificar síntomas depresivos, el inventario de depresión de Beck, se calificó en una escala de 0-63 puntos, cada respuesta vale de 0-3 puntos, se suma el total y se utilizó un valor de corte de 9 para considerar que no hay síntomas depresivos, de 10-16 para una sintomatología leve, de 17-29 para síntomas moderados y mas de 30 puntos para sintomatología depresiva severa.

Con respecto a la ansiedad, se aplico el Inventario de Beck para la ansiedad, el cual se califica también de 0-63 puntos, cada pregunta equivale de 0-3 puntos, el valor de corte de menor de 15 revela que no hay sintomatología de ansiedad, de 16-21 sintomatología leve de 22-35 síntomas de ansiedad moderada y mayor a 35 síntomas de ansiedad severa.

Con respecto al inventario de estrategias de afrontamiento, se dividió en 2 grandes subescalas, la de mecanismos activos y/o adaptativos y la de mecanismos pasivos y/o inadaptativas, cada una de estas subescalas se evaluó por 4 áreas, (ya descritas en el instrumento) y cada área con 5 preguntas diferentes, con respuestas probables de 0-4, donde 0 equivale a en lo absoluto, 1 a un poco 2 bastante 3 mucho 4 totalmente, se considero que el mecanismo estaba presenta cuando de las 5 preguntas 3 se reportaban con respuestas de 2 a 4 (de bastante hasta totalmente) y se considera que presentando 3 de 4 áreas estaba presenta la subescalas de activos o pasivos. Se desarrollaron bases de datos con a información epidemiológica, la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad, las mismas se dividieron en leve moderada y severa, así mismo las estrategias de afrontamiento por subescalas, áreas y preguntas, posteriormente se realizó el análisis estadístico buscando relacionar las variables, con el programa SPSS12 y la prueba de chi cuadrada.

VARIABLES

Independientes: las estrategias de afrontamiento empleadas

Dependiente: presencia de síntomas de depresión y/o ansiedad.

Confusión: servicio de rotación

Universales: edad, género, estado civil, grado.

Definición de Variables

CUADRO DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Estrategias de afrontamiento	Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo	Puntuación obtenida en El inventario de estrategias de Afrontamiento, predominio activas o pasivas	Independiente Cualitativa nominal	<p>Estrategias activas y/o adaptativas (presentes o ausentes, numero de presentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas • Reestructuración cognitiva • Apoyo social • Expresión emocional <p>Estrategias pasivas y/o inadaptativas (presentes o ausentes, numero de presentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de problemas • Pensamiento desiderativo • Retirada social • Autocritica
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo de vida en años	Independiente Cuantitativa discreta	1,2,3....
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina; de los animales y las plantas	Condición masculina o femenina	Independiente Cualitativa Nominal Dicotómica	Femenino Masculino

Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Condición de cada persona en relación civil	Independiente Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
Año	Grado académico e institucional que cursa	Grado que cursa de la residencia	Independiente Cualitativa ordinal	1ro 2do 3ro 4to 5to 6to 7mo
Hijos	Procrear hijos, tener a su cargo el cuidado de los hijos .	Tiene hijos a su cargo	Independiente Cualitativa Nominal dicotómica	Si ó no
Servicio de rotación	Servicio donde el residente desempeña sus actividades mensuales	Lugar donde rota por un mes	Independiente Cualitativa	3er piso 4to piso 5to piso UTIP UCIN Otros
Depresión	Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos	Calificación en el inventario de Depresión de Beck Sin depresión 0-9 Leve 10-16 Moderada 17-29 Severa mayor a 30	Dependiente Cualitativa ordinal	Leve Moderada Severa Sin depresión
Ansiedad	Padecimiento psiquiátrico, cuya característica esencial es la angustia y preocupación excesivas relacionadas con múltiples acontecimientos y situaciones,	Calificación en el inventario de Ansiedad de Beck Sin ansiedad: 0-15 Leve 16-21 Moderada 22-35 Severa mayor a 35	Dependiente Cualitativa ordinal	Leve Moderada Severa Sin ansiedad

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS 12. Los resultados de variables cualitativas se expresaron en porcentaje y para las cuantitativas en promedio y desviación estándar. Se utilizó, la prueba Chi cuadrada para buscar relaciones entre las diversas variables cualitativas, Se consideró diferencia significativa cuando se obtenga un valor p menor de 0.05.

Aspectos éticos

El estudio de acuerdo al reglamento para realización de investigación clínica se califica con riesgo mínimo. Se incluyeron únicamente los residentes que den su consentimiento por escrito para participar en el estudio. El proyecto se apegó a las normas estipuladas por el Comité de ética e investigación del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI, así como los establecidos por el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

Aquellos sujetos que se identificaron con cuadros de depresión o ansiedad fueron derivados al servicio de salud mental del hospital, aquellos que ameritaron tratamiento médico fueron derivados a su UMF y/o al hospital de especialidades del CMN SXXI, en caso de aceptar el tratamiento.

Factibilidad

Recursos humanos.

El trabajo se realizó por el residente tesista, y los tutores, el primero realizó la captura, mientras en conjunto se realizó el análisis de la información y reclutamiento de sujetos para el estudio. Así como la orientación para la adecuada aplicación, e interpretación de las escalas.

Recursos materiales

Hojas, lápices, calculadora

Cronograma de actividades

Anexo 6

RESULTADOS

El Hospital de Pediatría cuenta con un registro de 202 residentes de pediatría y segunda rama de la especialidad, se excluyeron un total de 90 residentes por los siguientes motivos: 9 por ya contar con un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico, 12 que se encontraban en servicio social en campo, 18 por vacaciones y rotaciones externas, 16 residentes que se rehusaron a contestar la encuesta, 16 que no se presentaron a la reunión para la realización de las entrevistas. Se eliminó a 1 sujeto por el llenado incompleto de la prueba.

Se incluyeron finalmente un total de 112 participantes; equivalente a un 55.44% del total de residentes, Las características demográficas del grupo de estudio se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas del grupo de residentes de pediatría y segunda rama de la especialidad

		Excluidos por patología psiquiátrica previa		Incluidos		Valor de p
		N= 9	Porcentaje	N= 112	Porcentaje	
Sexo	Femenino	6	66.7	76	67.9	NS
	Masculino	3	33.3	36	32.1	
Grado	Primero	0	0	20	17.9	NS
	Segundo	1	11.1	15	13.4	
	Tercero	0	0	18	16.1	
	Cuarto	3	33.3	12	10.7	
	Quinto	2	22.2	25	22.3	
	Sexto	3	33.3	21	18.8	
	Séptimo o mas	0	0	1	0.9	
Estado civil	Soltero	6	66.7	77	68.8	NS
	Casado	3	33.3	22	19.6	
	Unión libre	0	0	13	11.6	
Hijos	No	6	66.7	91	81.3	NS
	Si	3	33.3	21	18.8	
Edad		Media 30.67 (ds ± 1.225)	Mínima 29, máxima 33	Media 29.27 (ds ± 2.617)	Mínima 25, máxima 37	NS

NS= No significativo

Las especialidades a las cuales pertenecen los sujetos se describen en la tabla 2

Tabla 2 Especialidades de los residentes médicos del hospital de pediatría

		Excluidos		Incluidos	
		N = 9	Porcentaje	N = 112	Porcentaje
Especialidad	Pediatría	4	44.4	60	53.6
	Cardiología pediátrica	0	0	5	4.5
	Neurología pediátrica	0	0	1	0.9
	Nefrología Pediátrica	1	11.1	3	2.7
	Neumología pediátrica	0	0	4	3.6
	Oncología pediátrica	1	11.1	4	3.6
	Endocrinología pediátrica	1	11.1	1	0.9
	Reumatología pediátrica	0	0	3	2.7
	Medicina del enfermo pediátrico en estado crítico	0	0	5	4.5
	Neonatología	0	0	7	6.3
	Infectología	0	0	1	0.9
	Cirugía pediátrica	0	0	10	8.9
	Neurocirugía pediátrica	0	0	1	0.9
	Genética medica	0	0	3	2.7
	Neurofisiología clínica	1	11.1	4	3.6
Patología pediátrica	1	11.1	0	0	
Total		9	100	112	100

Del total de 112 residentes incluidos, 77 (68.9%) se encontraban rotando en servicios diversos (consulta externa o segundas especialidades de la pediatría); siete (6.3%) se encontraban rotando en el tercer piso, siete (6.3%) se encontraban en 4to piso, seis (5.4%) en hospitalización de 5to piso, dos (1.8%) en la unidad de terapia intensiva pediátrica y 9 (8%) más en la unidad de cuidados intensivos neonatales de esta hospital, y 4 (3.5%) en la unidad de cuidados intensivos neonatales de su HGZ correspondiente.

Realizando el análisis de la muestra de acuerdo al grado que cursan, tomándose en cuenta los r1-r3 de genética y los residentes de cirugía como r3-r6, el porcentaje de residentes que participaron en el estudio fue como se muestra en la tabla 3:

Tabla 3 Sujetos incluidos, por grado, porcentaje de acuerdo al total de los mismos.

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	total
Total	36	24	27	30	44	40	1	202
Incluidos	20	17	20	15	26	23	1	122
Excluidos	16	7	7	15	17	17	0	79
Eliminados	0	0	0	0	1	0	0	1
Porcentaje incluidos	55.55	70.8	74.0	50	59.0	57.5	100	

Podemos observar que haciendo el análisis por grado de especialidad, la pérdida de la muestra va del 0 hasta 50%, siendo mayor entre los residentes de 4to años, ya que la mitad de ellos se encuentra realizando su servicio social en campo, en segundo lugar los residentes de primer años, donde casi la mitad de ellos no asistieron a la reunión en la cual se aplicó la encuesta, ya que sus cursos se realizan en otras sedes es difícil la localización de todos ellos. Por otro lado el grupo con mayor inclusión fue el de los residentes de tercer año con un 74% de inclusión, precedidos únicamente de los residentes de séptimo año, que no son valorables ya que se trata de un único sujeto.

Del total de la población incluida (n=112) se identificó una frecuencia síntomas depresivos en el 37.5% (n=42) de los sujetos estudiados, de los cuales el 27.7% padece sintomatología depresiva leve (n=31) el 9.8% (n=11) sintomatología moderada, sin identificar ningún sujeto con sintomatología depresiva severa.

Para la ansiedad se reporta una frecuencia de síntomas de 24.1% (n=27), con 7.1% (n=8) con síntomas leves, el 14.3% (n=16) con síntomas de ansiedad moderada y un 1.8% (n=2) con sintomatología de ansiedad severa.

La coexistencia de ambas sintomatologías se identificó en 22.3% (n=25) de los sujetos.

Al realizar un análisis conjunto, de los residentes incluidos más los residentes que ya contaban con diagnósticos de ansiedad o depresión y que fueron excluidos del resto del estudio, encontramos una frecuencia total de síntomas de ansiedad de 25.6%, y síntomas depresivos del 39.6% y la coexistencia de ambas del 21.4%. Al incluir a los sujetos ya diagnosticados las frecuencias de las patologías en estudio no se incrementaron de manera significativa, por lo cual consideramos que los datos encontrados en este estudio pueden representar a la población total de residentes de este hospital.

Al realizar el análisis buscando la relación entre las diversas variables con la frecuencia de síntomas de depresión, se encontró que no hay diferencias significativas entre el sexo

($p=0.65$), al edad ($p=0.46$), grado que se cursa de la residencia, ($p=0.258$), especialidad que se cursa ($p=0.412$), estado civil ($p=0.157$), la presencia de hijos ($p=0.622$), y el servicio de rotación ($p=0.66$).

Con respecto a los síntomas de ansiedad, tampoco se encontró asociación con el sexo ($p= 0.10$) edad ($p=0.515$), especialidad ($p=0.287$), estado civil ($p=0.687$), hijos ($p=0.778$) o rotación ($p=0.70$).

Sin embargo se obtuvo una diferencia significativa al asociar la frecuencia de síntomas de ansiedad y el grado que se cursa de la residencia, con una $p= 0.012$. Tabla 4

Tabla 4 Relación entre presencia de síntomas de ansiedad y el grado de la residencia que se cursa

Grado	Ansiedad		Total	Porcentaje	Valor de p
	No	Si			
1ro	12	8	20	40	0.012
2do	9	6	15	40	
3ro	13	5	18	27.7	
4to	9	3	12	25	
5to	25	0	25	0	
6to	17	4	21	19	
7mo	0	1	1	100	
Total	85	27	112		

Llama la atención que la frecuencia de síntomas de ansiedad es mayor a menor grado de residencia, encontrándose en 40% de los residentes de primer y segundo años, 27% de los residentes de tercero y 25% de los residentes de cuarto grado. Para los residentes de 5° grado no hubo ningún residente con síntomas de ansiedad mientras que para los de 6° grado hubo una frecuencia de 19%.

Al estudiar la relación entre la severidad de los síntomas de depresión con el grado de residencia encontramos que no existe relación entre dichas variables, con una p de 0.192. Sin embargo a pesar de no encontrar una diferencia estadísticamente significativa es importante señalar que entre los residentes de primer año el 55% se encuentran con síntomas depresivos ($n=11$), de estos el 35% es un estadio leve, y el restante 20% moderado, así mismo los de segundo grado presentan un porcentaje de síntomas de depresión del 53.3 ($n=8$), con la mitad en estadio leve y moderado, los porcentajes disminuyen conforme incrementa el grado, observando que en tercer año la sintomatología depresiva se presenta en un 27.7%, con predominio en el estadio leve (16%), los de cuarto año con 40%, tiene síntomas depresivos, con un predominio de estadio leve (33.3%), quinto con 24% todos en estadio leve, al igual que en sexto grado donde el 33% presenta síntomas depresivos y todos entran en el grado leve. Finalmente los residentes de séptimo presentan una frecuencia nula de síntomas de depresión.

Tabla 5 Severidad de síntomas de depresión y ansiedad en relación a el grado de residencia

		Depresión clasificada en grados			Total	Valor de p
		Sin depresión	Depresión leve	Depresión moderada		
Grado	Primero	9	7	4	20	0.192
	Segundo	7	4	4	15	
	Tercero	13	3	2	18	
	Cuarto	7	4	1	12	
	Quinto	19	6	0	25	
	Sexto	14	7	0	21	
	Séptimo	1	0	0	1	
Total		70	31	11	112	

Al realizar el análisis similar pero en relación a la severidad de síntomas de ansiedad y el grado que se cursa de la residencia, se obtuvo que si existe relación entre estas variables, como se muestra en la siguiente tabla

Tabla 6 Severidad de los síntomas de ansiedad en relación al grado de residencia

		Síntomas de ansiedad clasificada en grados				Total	Valor de p
		Sin ansiedad	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa		
Grado	Primero	13	1	5	1	20	0.027
	Segundo	9	2	4	0	15	
	Tercero	13	1	3	1	18	
	Cuarto	9	2	1	0	12	
	Quinto	25	0	0	0	25	
	Sexto	17	1	3	0	21	
	Septimo	0	1	0	0	1	
Total		86	8	16	2	112	

Como podemos ver en esta tabla, el 35% de los residentes de primer año se encuentran con algún grado de síntomas de ansiedad, un 25% en grado moderado, con 5% en leve y 5% en severa (n=1), los sujetos de segundo grado presentan sintomatología de ansiedad en un 40% con predominio del grado moderado con 26%, leve en 13.3% y nulo en grado severo. En tercer año se presenta la sintomatología ansiosa en un 22%, con grado moderado en un 16%. Mientras que en cuarto año predomino el grado leve con un 16%, y en sexto predomino el grado moderado con 14%. En quinto y séptimo año se encontró nula población con síntomas de ansiedad.

Al realizar un análisis entre los residentes de primer año de pediatría y los residentes del resto de los grados, que se diferencian en la sede donde desarrollan los cursos. Ya que

los residentes de primer año acuden a sus actividades diarias a los hospitales generales de zona, acudiendo únicamente los miércoles a la sede del hospital de pediatría a recibir clases, y una rotación de 15 días para curso de inducción y reconocimiento de la unidad, mientras que el resto de los residentes desarrollan todas sus actividades en la sede, encontramos que el 55% de los R1 presentan síntomas de depresión en relación al 33% del resto de los residentes, con una p de 0.065, no encontrando relación estadísticamente significativa. Estudiando la misma relación pero con los síntomas de ansiedad, encontramos que el 40% de los r1 presentan síntomas de ansiedad en contraste con el 20% del resto de los residentes, con una p de 0.065, sin ser estadísticamente significativa esta diferencia.

Con respecto a los residentes de pediatría en relación al resto de los residentes, se identificó que el 33% de los residentes de pediatría presentaban síntomas depresivos, en contraste con el 13.4% de los residentes de otras especialidades, encontrando una p de 0.012, encontrando una relación significativa entre ser residente de pediatría y presentar síntomas depresivos así mismo con relación a la ansiedad el 45% de los residentes de pediatría presentan sintomatología de este espectro mientras que sólo el 28.8% de los residentes de segunda especialidad los presentaban con una p de 0.058, sin encontrara una diferencia estadísticamente significativa, pero haciendo evidente que casi el doble de los residentes de pediatría presentan síntomas ansiosos.

En relación a las estrategias de afrontamiento identificadas, se crearon 4 grupos, aquellos con predominio de estrategias activas, aquellos con predominio de estrategias pasivas, aquellos que no presentaban predominio de ninguno de los grupos, que se consideraron mixtos, y un grupo más en quienes aparentemente no se identifico el empleo de ninguna estrategia. El porcentaje de estos grupos se detalla en la Tabla 7

Tabla 7 Estrategias de afrontamiento, grupos de predominio de las mismas

	Frecuencia	Porcentaje
Estrategias activas	28	25
Estrategias pasivas	5	4.5
Estrategias mixtas	72	64.3
Ninguna	7	6.3
Total	112	100

Al analizar las estrategias de afrontamiento con la frecuencia de síntomas depresivos, se obtuvieron los siguientes datos. Tabla 8

Tabla 8 Relación entre grupo de predominio de las estrategias de afrontamiento y síntomas de Depresión

	Depresión		total	Valor de p
	No	Si		
Estrategias activas	21	7	28	0.174
Estrategias pasivas	3	2	5	
Estrategias mixtas	40	32	72	
Ninguna	6	1	7	
Total	70	42	112	

La relación entre las estrategias de afrontamiento y la frecuencia de síntomas de ansiedad mostro que más del 85% de los sujetos que están ansiosos, emplean estrategias de afrontamiento mixtas Tabla 9

Tabla 9 Relación entre grupo de predominio de estrategias de afrontamiento y síntomas de Ansiedad

	Ansiedad		Total	Valor de p
	No	Si		
Estrategias activas	26	2	28	0.021
Estrategias pasivas	3	2	5	
Estrategias mixtas	49	23	72	
Ninguna	7	0	7	

Las estrategias de afrontamiento no se relacionaron con otras variables socio demográficas o relacionadas con características de su especialidad (sexo ($p= 0.72$) grado que se cursa de la residencia ($p= 0.630$), estado civil ($p=0.250$), o presencia o ausencia de hijos ($p=0.486$)).

El instrumento utilizado para medir las estrategias de afrontamiento se divide en dos secciones, con cuatro subescalas cada una. La primera sección está relacionada con estrategias activas y/o adaptativas, y la segunda sección está relacionada con estrategias pasivas y/o inadaptativas. Los resultados del análisis de cada una de las subescalas se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Estrategias de afrontamiento activas, presencia en el grupo de estudio

Subescalas	Resolución de problemas		Reestructuración cognitiva		Apoyo social		Expresión emocional	
	N	%	n	%	n	%	N	%
presente	103	92	99	88.4	101	90.2	94	83.9
ausente	9	8	13	11.6	11	9.8	18	16.1

De las cuatro estrategias de afrontamiento activas descritas, se analizo cuantas de las cuatro presentaba cada paciente, identificando que el 76.8% (n=86) presentaba las 4 estrategias activas, mientras que el 12.5% (n=14) presentaban tres de cuatro, el 4.5% (n=5) solo emplea dos estrategias y el 0.9% (n=1) emplea solo una. Se identifico un cuarto grupo donde no se identifico el empleo de ninguna de las estrategias.

De acuerdo con esto más del 80% de nuestra población emplea mecanismos de afrontamiento activos, y el 76% de los sujetos emplean 4 de 4 de dichas estrategias

Tabla 11 Estrategias de afrontamiento pasivas, presencia en el grupo de estudio

Subescalas	Evitación de problemas		Pensamiento desiderativo		Retirada Social		Autocritica	
	N	%	n	%	n	%	N	%
presente	80	71.4	96	85.7	62	55.4	77	68.8
ausente	32	28.6	16	14.3	50	44.6	35	31.3

Las estrategias pasivas se dividen también en 4 estrategias de evaluación, se identifico que al parecer solo el 36.6% (n=41) usaba las 4, estrategias, 36% el 32.1% (n=36) emplean 3 de 4, el 15.2% (n=17) solo 2 de cuatro y finalmente el 8% emplean únicamente un mecanismos.

Como se observa en la tabla, todas las estrategias de afrontamiento pasivo y/o inadaptables se encuentran presentes en más del 50% de la población de estudio, sin embargo la presencia de las 4 estrategias se encuentra presente únicamente en el 36.6 % de la población

Al analizar cada una de las subescalas de afrontamiento con los síntomas de depresión se encontró que para las estrategias de afrontamiento activas y/adaptativas no existe diferencia significativa entre el número de características presentes ($p= 0-750$), ni entre cada uno de las estrategias con relación a la sintomatología depresiva (resolución de problemas $p=1.0$, reestructuración cognitiva $p=0.364$, apoyo social $p=0.532$, expresión emocional $p=0.432$)

Al relacionar el número de características de estrategias activas presentes con los síntomas de depresión no existió una diferencia significativa ($p= 0.64$).

Para las subescalas de afrontamiento pasivas o inadaptativas no se encontró ninguna asociación con la evitación de problemas ($p=0.517$), y retirada social ($p=0.171$), mientras que para pensamiento desiderativo ($p=0.005$) y autocrítica ($p=0.003$) si se encontró una asociación Tabla 12

Tabla 12 Relación entre la estrategia de afrontamiento pensamiento desiderativo y la frecuencia de síntomas de depresión

Pensamiento desiderativo	Depresión		total	Valor de p
	No	si		
Ausente	15	1	16	0.005
presente	55	41	6	
total	70	42	112	

De acuerdo a la tabla el 97.6% de los sujetos con síntomas depresivos emplea el pensamiento desiderativo como estrategia de afrontamiento ante situaciones estresantes.

Tabla 13 Relación entre la estrategia de afrontamiento autocrítica y la frecuencia de síntomas de depresión

Autocrítica	Depresión		total	Valor de p
	No	si		
ausente	29	6	35	0.003
presente	41	36	77	
total	70	42	112	

Por lo tanto se observa que entre los sujetos con síntomas depresivos, la autocrítica como estrategia de afrontamiento es empleada por el 85,7% de los sujetos.

Por último, al asociar las subescalas de afrontamiento activas con la sintomatología de ansiedad, encontramos que no hay diferencia significativa entre el número de estrategias empleadas ($p= 0.489$), ni entre las cuatro áreas de evaluación con los siguientes resultados: resolución de problemas $p=0.448$, reestructuración cognitiva $p=1.0$, apoyo social $p=1.0$, expresión emocional $p= 1.0$

En relación a las subescalas de afrontamiento pasivas, se obtuvo que no hay diferencias significativas al relacionar con la retirada social ($p=0.80$); sin embargo con el resto de las estrategias pasivas existe una diferencia significativa, como se muestra en las tablas siguientes:

Tabla 14 Relación entre la estrategia de afrontamiento pasiva evitación de problemas y la frecuencia de ansiedad

Evitación de problemas	Ansiedad		total	Valor de p
	No	si		
ausente	29	3	32	0.027
Presente	56	24	80	
total	85	27	117	

De los sujetos que presentan ansiedad, el 88.88% emplea la evitación de problemas como una estrategia de afrontamiento ante el estrés.

Tabla 15 Relación entre la estrategia de afrontamiento pasiva: pensamiento desiderativo y la frecuencia de síntomas de ansiedad

Pensamiento desiderativo	Ansiedad		total	Valor de p
	no	Si		
ausente	16	0	16	0.011
presente	69	27	96	
total	85	27	112	

En esta tabla se pone de manifiesto que los sujetos con síntomas ansiosos, el 100% emplea el pensamiento desiderativo como estrategia de afrontamiento.

Tabla 16 Relación entre la estrategia de afrontamiento pasiva: autocrítica y la frecuencia de ansiedad

Autocrítica	Ansiedad		total	Valor de p
	no	Si		
ausente	33	2	35	0.002
presente	52	25	77	
total	85	27	112	

Como es evidente la autocrítica es empleada por el 92% de los sujetos ansiosos como parte de sus estrategias de afrontamiento.

Tabla 17 Relación entre el numero de estrategias de afrontamiento pasivas y la frecuencia de ansiedad

Numero de características estrategias pasivas	Ansiedad		total	Valor de p
	no	Si		
0	9	0	9	0.016
1	9	0	9	
2	15	2	17	
3	27	9	36	
4	25	16	41	
total	85	27	112	

Lo que observamos en esta tabla, es que entre los sujetos con sintomatología ansiosa, en el 92% emplean 3 o más estrategias de afrontamiento pasivas, lo cual habla de predominio de las mismas entre los sujetos con síntomas de ansiedad.

Finalmente al realizar la búsqueda de relación entre el servicio de rotación y la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad obtuvimos que no hay diferencia significativa y por tanto asociación entre estas dos variables con una p de 0.66 y 0.70 respectivamente.

DISCUSIÓN

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto, sin dejar de lado la influencia sobre el desarrollo profesional de los individuos. De los trastornos mentales que día a día cobran mayor importancia se encuentran la depresión y la ansiedad, siendo el primero uno de los más estudiados a nivel mundial y nacional. Desafortunadamente el medio en el que nos desarrollamos los médicos residentes, en la actualidad presenta constantes retos que ponen a prueba nuestra capacidad de adaptarnos, empleando para nuestra protección y adaptación diversas estrategias de afrontamiento, mediante las cuales buscamos facilitar el proceso de enfrentar los estresores ambientales. Agregando como factor de riesgo la residencia médica, que en general es una etapa de formación con exigencias elevadas, y que pone a prueba estos mecanismos de defensa, y favorece el desarrollo de depresión y ansiedad. Debido a esto el presente estudio buscaba la relación que existe entre las estrategias de afrontamiento ya descritas en la literatura con la depresión y ansiedad en residentes del hospital de pediatría, incluyendo aquellos residentes de especialidad de rama.

La muestra que se obtuvo fue de más del 55% del total de residentes, una parte de los cuales decidió no participar en este estudio argumentando falta de tiempo para contestar la encuesta, actividades prioritarias al momento del mismo, y en algunos casos la privacidad de los datos solicitados, así mismo los residentes de primer año no se presentaron a la reunión para la aplicación de las encuestas; se respetó la decisión de los sujetos, y se trabajó con aquellos que voluntariamente decidieron participar. De los 122 sujetos 9 comunicaron voluntariamente la presencia de enfermedad psiquiátrica diagnosticada y en tratamiento, mientras que uno de los sujetos fue excluido por llenado incompleto de la encuesta. Si bien los resultados deben ser tomados con reserva ya que hay una pérdida de más del 20% de la población, se observó que no hay un incremento sustancial en el porcentaje de depresión y ansiedad al analizar también a los sujetos con diagnóstico previo, por lo cual creemos que este estudio es representativo de la población estudiada.

De la población de estudio se obtuvo un predominio del sexo femenino del 67.9%, lo cual deriva de la feminización de la medicina, a pesar de que las últimas 2 generaciones la misma no ha sido tan evidente, y la presencia de hombres y mujeres tiende a ser más equilibrada, a pesar de lo cual seguimos contando con una matrícula de residentes con predominio del sexo femenino. A pesar de esto, nuestra hipótesis de que las mujeres

presentarían mayor grado de ansiedad o depresión no ocurrió, contrario a lo reportado en la literatura mundial.

A nivel del grado de residencias, el grupo que participo con mayor frecuencia fueron los residentes de segunda especialidad (5to año) quienes equivalen al 22.3% de la población, seguidos de los residentes de 6to año y los de primer año. Probablemente los residentes de segunda especialidad cuenten con una carga de trabajo discretamente menor a los residentes de pediatría, haciendo mas fácil su participación en este tipo de encuestas, así mismo los residentes de primer año de residencia realizan sus actividades en un HGZ, acudiendo a este hospital únicamente con fines académicos (clases, evaluaciones, etc) por lo cual su carga de trabajo es mínima; otro factor que considerar es el hospital de origen, si bien una parte de los residentes de segunda especialidad de la rama de la pediatría proviene de nuestro hospital, otra parte de ellos son egresados de pediatría de otras sedes, donde probablemente la carga de trabajo, el estrés que ocasionan la interacción con otros residentes y personal, así como la exigencia académica sea diferente, pudiendo impactar de manera diferente en la generación de estrés, síntomas de depresión y ansiedad.

Con el resto de las variables demográficas se observo que en estado civil predomina la soltería (68.8%), no se reporto ningún residente como viudo o divorciado. El 11% se encuentra conviviendo en unión libre. El 81.3% de nuestra población no ha tenido hijos. Entre nuestra población se identifico una edad mínima de 25 años y máxima de 37 años.

En nuestro hospital contamos con 20 subespecialidades, incluyendo pediatría, en el estudio no contamos con sujetos del área de hematología pediátrica, ni otorrinolaringología pediátrica, ya que solo contamos con un residente de cada una de estas subespecialidades, y se encontraban en rotaciones externas, así mismo los anesthesiólogos pediatras, que por sus actividades dentro de quirófano consideraron difícil la participación en el estudio.

Se pensó que el servicio de rotación al momento del estudio, podría favorecer el desarrollo depresión y/o ansiedad, se clasifico en los 3 pisos de hospitalización, la terapia intensiva pediátrica la terapia intensiva neonatal y el resto como otras categorías, incluyendo las consultas externas y subespecialidades, donde la carga de trabajo es menor, y la responsabilidad recae mas sobre el residente de segunda especialidad, pensando que esto podría disminuir la depresión y/o ansiedad en los residentes, sin embargo no encontramos diferencias significativas con respecto a este rubro.

De los datos obtenidos la frecuencia de síntomas depresivos se reportó de 39.6%. En 2005 Bello y colaboradores publicaron un artículo sobre la prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta de México, encontrando que la prevalencia de depresión en adultos en México entre 2001-2002 fue del 4.5% con importantes diferencias entre sexos. En nuestra población de estudio encontramos que la presencia de síntomas depresivos en casi el 40%, si bien no podemos hablar de prevalencia de esta patología, la presencia de síntomas depresivos podría orientarnos a una frecuencia elevada de esta patología, muy por encima de lo que presenta la población en general. Por otro lado, a diferencia de lo reportado en la literatura mundial, no encontramos diferencias significativas entre la presencia de síntomas depresivos y el sexo. Cabe recalcar que un estudio realizado en este mismo Hospital en 2005, describió una frecuencia de depresión del 64%, dato que nuestro estudio no corrobora, probablemente asociado a las estrategias implementadas en el Hospital, de apoyo psicológico. Sin embargo la frecuencia de esta sintomatología encontrada continúa siendo mucho más elevada en nuestra población que lo descrito para la población en general.

Las causas de esta situación pueden estar asociadas a que la residencia médica, expone al sujeto a situaciones límites para su adaptación, tanto a nivel físico (jornadas de trabajo largas y extenuantes, falta de sueño) así como psicológicas (contacto con pacientes graves, terminales, muerte, familiares en duelo, el duelo propio, frustración, etc.) que influye de manera directa para el desarrollo de estas patologías. De los sujetos identificados con síntomas de depresión, ninguno de ellos presento depresión severa, y la gran mayoría se encontraba en depresión leve, siendo factible la intervención para evitar el deterioro de sus condiciones.

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, y sus efectos traen consigo un desgaste físico y emocional. El comportamiento ansioso afecta muchos aspectos de la vida cotidiana de una persona, como por ejemplo la eficiencia para resolver problemas, las interacciones con otras personas, la manera como se describen a sí mismos, su capacidad de relajación, su calidad de vida y, por ende, su salud. En nuestra población de estudio estas alteraciones pueden favorecer la presencia de errores en el manejo y evaluación de los pacientes, impactando negativamente al mismo tiempo en la relación médico paciente por lo tanto es un rubro muy importante por el cual debemos preocuparnos. Hay pocos estudios que describan prevalencia o frecuencia de este tipo de

enfermedades, en 2005 Montelongo y Zaragoza²⁵, citan que el 14.8% de la población en México padece algún trastorno de ansiedad, si bien al igual que en el caso de la depresión nuestro estudio esta midiendo presencia de síntomas y no establece como tal un diagnóstico, es importante reconocer que la presencia de dichos síntomas debe alertarnos sobre los potenciales sujetos sin diagnóstico. Nuestra población se identifico con una frecuencia de síntomas de ansiedad en el 25.6%, En su estudio de 2005, Malangón y González-Cabello, reportan una frecuencia del 47%, más alto que el de nuestra población, si bien las medidas de impacto tomadas desde el estudio previo pueden favorecer la disminución de esta sintomatología, también es importante recalcar que en este rubro, los instrumentos de evaluación fueron diferentes, lo cual podría dar variaciones en la frecuencia. El 1.8% de nuestra población de estudio presento síntomas de ansiedad severa, que debemos referir para evaluación y en caso necesario manejo por el profesional de la salud indicado.

Analizando las diferencias entre los residentes de primer año y el resto de los grados observamos que no hay diferencias significativas entre los grupos, a pesar de que creíamos que los residentes de primer año presentarían menos frecuencia de depresión al encontrarse en sedes donde la exigencia y responsabilidad es aparentemente menor que en el hospital de pediatría, así mismo la carga asistencial, es menor.

Buscando la relación entre los síntomas de depresión y ansiedad entre los residentes de pediatría y los de segunda especialidad encontramos que hay una relación con ser residente de pediatría y tener síntomas de depresión, probablemente esto se deba a la carga asistencial del residente de pediatría, que en la mayor parte de su tiempo se encuentra en rotaciones por pisos y terapias intensivas, así mismo al menor los primeros 2 Años, realiza guardias mas frecuentemente que los residentes de segunda especialidad, y a la exigencia de contar con mayor supervisión por mas residentes de mayor jerarquía. Con respecto a la ansiedad no encontramos diferencia estadísticamente significativas, pero los mismos factores ya comentados pueden favorecer el desarrollo de sintomatología de ansiedad en los residentes de pediatría en relación a los de segunda especialidad.

Al evaluar las estrategias de afrontamiento, estas se dividieron en 2 subescalas del instrumento aplicado, la primera que describe estrategias de afrontamiento activos y/o adaptativos y la segunda con estrategias pasivas y/o inadaptativas, en un inicio se buscó que alguno de estos grupos prevaleciera en los sujetos, sin embargo, de nuestra población el 85% de los sujetos con síntomas depresivos y ansiosos utilizaban las

estrategias de afrontamiento mixtas, es decir no prevalecían ni las activas ni las pasivas situación que es lógica, ya que los seres humanos tenemos la capacidad de afrontar los problemas con diversas estrategias, modificando las mismas en función de la situación, sin ser necesariamente excluyentes unas de la otras. Las estrategias activas y/o adaptativas tiene un asiento neurobiológico en las áreas del pensamiento lógico-formal correspondientes a las áreas frontales, mientras que las pasivas dependen de mecanismos mucho mas instintivos, procedentes del sistema límbico, podemos sugerir que al emplearse ambos mecanismos, los sujetos está integrando diversos procesos cerebrales. Denotando que si bien su adaptación no es completamente adecuada, se encuentran en un esfuerzo cognitivo-conductual y emocional por enfrentar a sus estresores. La forma en que podemos integrar estas respuestas conductuales, es que todos los sujetos emplearon también las estrategias activas evidenciando que la respuesta mental no es exclusivamente racional, ni emocional, aunque la misma tiende a ser mas de predominio activa que pasiva.

Castaño y León del Barco en su estudio de 2010 buscaban relacionar el estilo de conducta interpersonal y las estrategias de afrontamiento, al igual que en su estudio, en nuestra investigación, las escalas terciarias utilizadas para realizar la evaluación cualitativa, (estrategias activas vs pasivas) no aportaron resultados significativos debido a que la población no presentó un perfil predominante.

Por lo cual pensamos que este instrumento no es útil para realizar la valoración simplificada en estas dos subescalas, pero si permite detectar cuales de las estrategias son empleadas, y cuantificar las mismas, para posteriormente valorar un análisis detallado.

Sin embargo al realizar un análisis estrategia por estrategia, siguiendo las subescalas, encontramos que en los sujetos con ansiedad, las cuatro evaluaciones de las estrategias pasivas (evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica) están presentes dependiendo cual de ellas se evalúe, en hasta el 100% de los sujetos, denotando que aquellos sujetos que presentan ansiedad emplean frecuentemente este tipo de estrategias, descritas como inadaptativas, y que podrían favorecer la presencia de esta entidad. En el mismo estudio Castañon y Leon del Barco, describen que la autocrítica se emplea mas frecuentemente para manejo del estrés general, mientras que los pensamientos desiderativos se emplean con mayor frecuencia para manejo de las situaciones de estrés interpersonal.

Las estrategias de afrontamiento se dividen en activas y pasivas de acuerdo a la capacidad de análisis del problema, ya sea en la respuesta emocional o racional, las pasivas, están centradas en respuestas emocionales e incluyen los pensamientos desiderativos, evitación del problema, autocrítica y retirada social. En nuestra población se observó que el 36% de la muestra empleaba el 100% de las estrategias pasivas. Lo cual implica que las respuestas racionales predominaron. De estas el pensamiento desiderativo, (*wishful thinking* en inglés), definido como la formación de opiniones y toma de decisiones basadas en lo que sería más placentero de imaginar en vez de fundamentadas en la evidencia o racionalidad, reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante. Esta estrategia que es empleada por el 85.7% de los sujetos, se asoció con síntomas elevados de ansiedad y depresión; lo cual denota la dificultad para enfrentar las situaciones y al mismo tiempo representa un mecanismo compensatorio para disminuir el malestar generado por las condiciones estresantes.

La evitación del problema que se refiere como las estrategias que incluyen negación y evitación de actos o pensamientos relacionados con el acontecimiento estresante, también presentó una frecuencia del 71.4% y una asociación significativa con los síntomas de ansiedad, lo cual es indicativo de respuesta emocionales desadaptativas, por la incapacidad para adaptarse a los factores estresores. De los cuales observamos que las variables demográficas implicadas en el incremento de los síntomas de ansiedad se encontraron en los residentes de menor jerarquía, con lo cual podemos inferir que los factores estresores de mayor relevancia fueron la falta de experiencia en la atención al paciente pediátrico, y en enfrentamiento a un lugar del cual se desconoce la dinámica del trabajo. Así mismo, consideramos que este punto es importante debido a que una estrategia de evitación motivada por situaciones de ansiedad, pudiera ser malinterpretada, en un momento dado, por una falta de compromiso o colaboración con las actividades asistenciales, lo cual pudiera dar pie a hostilidad, en el trato de dichos sujetos.

Por otro lado la autocrítica, definida como autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante y su manejo inadecuado¹, fue otra de las estrategias pasivas frecuentemente utilizadas (68%) que se asoció con la sintomatología de ansiedad y depresión, a diferencia de las dos estrategias ya reportadas, esta se centra en la emoción, denotando un afrontamiento basado en la autoinculpación, y conductas menos frontalizadas, es decir poco racionales, para el abordaje de los problemas.

Finalmente la retirada social definida como estrategias de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas asociada con la reacción emocional al proceso

estresante, se presentó en el 55.4% de la población, esta estrategia no se asoció con los síntomas de depresión y ansiedad, sin embargo es importante mencionar que esta estrategia refleja la falta de redes de apoyo con el riesgo que conlleva al incremento en el malestar emocional y a la posibilidad de abandono de la residencia médica.

Dentro de las diversas intervenciones estudiadas para el adecuado manejo del estrés en residentes médicos, en 2010 Satterfield y Becerra emplearon un “grupo de intervención”. Los cuales se reunían 1 hrs al mes, con opción de incrementarse de acuerdo a las necesidades del grupo, coordinados por un psicólogo y un terapeuta calificados, logrando un impacto positivo en el bienestar y disminuyendo los síntomas de burnout en los residentes e internos que participaron en dichos grupos. En este estudio se dividieron los grupos de acuerdo al grado que cursaban, ya que describen que las situaciones estresantes varían de acuerdo al grado que se curse. En nuestro estudio apostábamos a dichas diferencias, corroborándolo, ya que encontramos mayor frecuencia de depresión y ansiedad en los grados menores de la residencia, pensamos que esto es secundario a que conforme se incrementa el grado de residencia también incrementa el nivel de conocimientos académicos, el conocimiento de la dinámica hospitalaria, ya que los residentes de primer año realizan sus actividades en un HGZ y deben adaptarse a un ambiente nuevo al ingresar a esta sede. Por otro lado la experiencia en el manejo del paciente, el familiar y el estrés, aumentan con el grado de residencia, al mismo tiempo que la responsabilidad y disminuye la carga asistencial, siendo estos factores que ayudarían a que los residentes de mayor jerarquía presentaran menor frecuencia de depresión y ansiedad.

Finalmente realizamos algunas consideraciones acerca de los cuestionarios empleados, particularmente los inventarios de Beck, donde se hace referencia a síntomas somáticos, (alteraciones del sueño, cansancio, interés sexual, etc), los cuales están más asociados a las condiciones laborales, que a las respuestas emocionales (ansiedad y depresión), por ejemplo, las alteraciones del sueño y el cansancio son secundarias a la carga de trabajo, y no a las alteraciones del sistema nervioso, por lo cual estas pueden considerarse un sesgo en la prueba para este tipo de población. A pesar de esto consideramos que los instrumentos empleados en este estudio podrían ser de utilidad para realizar escrutinio de síntomas de ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento pasivas en los residentes

de nuevo ingreso a este hospital, ya que no hay cuestionarios validados para esta población en específico.

Ante los resultados obtenidos en este estudio, donde la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad son mucho mas altos que en la población general, y donde al parecer las estrategias de afrontamiento pasivas se asocian con estas patologías; nos gustaría realizar diversa propuestas

1. Explorar en residentes de nuevo ingreso sus estrategias de afrontamiento. En caso de detectarse estrategias pasivas, valorar el empleo de entrenamiento.
2. Explorar residentes de nuevo ingreso su estado de ansiedad y depresión. En caso de encontrar patología, derivar a servicio de salud mental en forma inmediata y oportuna.
3. Manejo del estrés en los residentes, creando grupos de apoyo coordinados por personal capacitado (psicólogos, psiquiatras, etc) que ayuden al cuerpo de residentes a expresar sus emociones y crear estrategias de afrontamiento activas que los ayuden con su vida diaria.
4. Asi mismo aquellos sujetos que cuenten con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico reciban el apoyo de la institución facilitando las condiciones para recibir su tratamiento.
5. Debido a la frecuencia elevada de síntomas de ansiedad y depresión, así como empleo de estrategias pasivas, (pensamiento desiderativo, autocrítica, evitación de problemas).Consideramos necesario el apoyo en el diagnóstico y tratamiento oportuno. Se recomiendan mecanismos de intervención (como grupos de apoyo) para disminuir la presencia de depresión y ansiedad en residentes de nuestro hospital. Así mismo entrenamiento para mejorar sus estrategias de afrontamiento.
6. De acuerdo a la frecuencia elevada de síntomas de ansiedad que encontramos en los residentes de menor jerarquía e infiriendo que la misma deriva de la inadecuada adaptación al estrés que genera enfrentarse a un lugar desconocido, y el funcionamiento del mismo, sugerimos que durante el desarrollo del curso de inducción a este Hospital, se apliquen las encuestas y se identifiquen las estrategias empleadas por los residentes de menor jerarquía y en caso de encontrar empleo de estrategias pasivas, se tomen medidas de entrenamiento.

CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio se observó una asociación entre las estrategias de afrontamiento pasivas y la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión. Particularmente el pensamiento desiderativo y la autocrítica con la depresión y estas dos estrategias más la evitación de problemas con la ansiedad.
2. Las principales estrategias de afrontamiento empleadas por los residentes en este estudio resultaron de tipo mixto.(tanto activas como pasivas)
3. La frecuencia identificada de síntomas depresivos es de 39.6%. La frecuencia de síntomas de ansiedad es de 25.6%; la coexistencia de ambos del 21.4%.
4. No se encontró asociación entre las variables demográficas y la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión. Se encontró una disminución en la frecuencia de síntomas de depresión y ansiedad conforme incrementa el grado de residencia. Los residentes de pediatría presentan síntomas de depresión y ansiedad con mayor frecuencia que el resto de los residentes.

ANEXO 2 INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION

Pseudónimo _____

FOLIO _____

Describe como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una

A

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste.
- 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer.
- 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar.

B

- 0 No estoy particularmente desilusionado (a) del futuro.
- 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2 Siento que no tengo que esperar nada.
- 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

C

- 0 No me siento fracasado.
- 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

D

- 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

E

- 0 No me siento especialmente culpable.
- 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3 Me siento culpable constantemente.

F

- 0 No creo que esté siendo castigado.
- 1 Me siento como si fuese a ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

G

- 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
- 1 Estoy decepcionado de mí mismo.

2 Me da vergüenza de mí mismo.

3 Me detesto.

H

- 0 No me considero peor que cualquier otro.
- 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

I

- 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- 2 Desearía suicidarme.
- 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad

J

- 0 No lloro más de lo que solía llorar.
- 1 Ahora lloro más que antes.
- 2 Lloro continuamente.
- 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

K

- 7. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
- 8. 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 9. 2 Me siento irritado continuamente.
- 10. 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

L

- 0 No he perdido el interés por los demás.
- 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- 3 He perdido todo el interés por los demás.

M

- 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- 1 Evito tomar decisiones más que antes.
- 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3 Ya me es imposible tomar decisiones.

N

- 0 No creo tener peor aspecto que antes.
- 1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

O

- 0 Trabajo igual que antes.
- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- 3 No puedo hacer nada en absoluto.

P

- 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta Difícil volver a dormir.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

Q

- 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

R

- 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

S

- 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 kilos y medio.
- 2 He perdido más de 4 kilos.
- 3 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI NO.

T

- 5. 0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- 6. 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 7. 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- 8. 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

U

- 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.

ANEXO 2.1 INVENTARIO DE BECK PARA ANSIEDAD

- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

Pseudónimo _____

FOLIO _____

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija entre las opciones la que mejor le corresponda

0= en absoluto

1= levemente, no me molesta mucho

2= Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3= Severamente, casi no podía soportarlo

1 Torpe o entumecido.	0 1 2 3
2 Acalorado.	0 1 2 3
3 Con temblor en las piernas.	0 1 2 3
4 Incapaz de relajarse	0 1 2 3
5 Con temor a que ocurra lo peor.	0 1 2 3
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	0 1 2 3
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	0 1 2 3
8 Inestable.	0 1 2 3
9 Atemorizado o asustado.	0 1 2 3
10 Nervioso.	0 1 2 3
11 Con sensación de bloqueo.	0 1 2 3
12 Con temblores en las manos.	0 1 2 3
13 Inquieto, inseguro.	0 1 2 3
14 Con miedo a perder el control.	0 1 2 3
15 Con sensación de ahogo.	0 1 2 3
16 Con temor a morir.	0 1 2 3
17 Con miedo.	0 1 2 3
18 Con problemas digestivos.	0 1 2 3
19 Con desvanecimientos.	0 1 2 3
20 Con rubor facial.	0 1 2 3
21 Con sudores, fríos o calientes.	0 1 2 3

ANEXO 3 INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Pseudónimo _____

FOLIO _____

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0: en absoluto; 1: un poco; 2: bastante; 3: mucho; 4: totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento

- | | |
|--|-----------|
| 1. Luché para resolver el problema | 0 1 2 3 4 |
| 2. Me culpé a mí mismo | 0 1 2 3 4 |
| 3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés | 0 1 2 3 4 |
| 4. Deseé que la situación nunca hubiera empezado | 0 1 2 3 4 |
| 5. Encontré a alguien que escuchó mi problema | 0 1 2 3 4 |
| 6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas
De una forma diferente | 0 1 2 3 4 |
| 7. No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado | 0 1 2 3 4 |
| 8. Pasé algún tiempo solo | 0 1 2 3 4 |
| 9. Me esforcé para resolver los problemas de la situación | 0 1 2 3 4 |
| 10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades
y me lo reproché | 0 1 2 3 4 |
| 11. Expresé mis emociones, lo que sentía | 0 1 2 3 4 |
| 12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase | 0 1 2 3 4 |
| 13. Hablé con una persona de confianza | 0 1 2 3 4 |
| 14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no
parecieran tan malas | 0 1 2 3 4 |

15. Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16. Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17. Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18. Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0 1 2 3 4
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23. Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24. Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25. Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27. Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4
29. Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30. Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31. Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32. No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34. Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35. Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37. Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39. Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40. Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4

41. Me consideré capaz de afrontar la situación

0 1 2 3 4

FIN DE LA ENCUESTA

GRACIAS!!!

ANEXO 4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES AÑO 2011				
	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Planeación del protocolo de investigación				
Presentación del protocolo de investigación y corrección del mismo				
Aceptación del protocolo de investigación				
Recolección de datos				
Manejo estadístico				
Resultados del estudio				

REFERENCIAS

- ¹ Remick R. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002, 167: 1253-1260
- ² Frenk J, Lozano R, Gonzalez M. *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México*. México DF: fundación mexicana para la salud: 1999
- ³ Murray CJ, Lopez A, Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997 349 1498-1504
- ⁴ Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005; 47 supl 1: S4-S11
- ⁵ Baldni J, Martinez M. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su realción en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del hospital Militar "Dr Carlos Arvelo". *Arch Venezolanos de Psi y Neuro* 2005; 51 (104)
- ⁶ Satterfield J, Becerra C. Developmental Cahllenges, estressors and coping in medical Residents: a Qualitative Analysis of Support Groups. *Med Educ* 2010; 44(9): 908-916
- ⁷ Cano J, Rodriguez L, Garcia J, Adaptacion española del inventario de Estrategias de afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr* 2007; 35 (1): 29-39
- ⁸ Malagon-Calderon G, Gonzalez-cabello H. Frecuencia y grado de ansiedad y depresión en médicos residentes de pediatría. Tesis de especialidad en Pediatría Médica UNAM 2005
- ⁹ Baldni J, Martinez M. Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su realción en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del hospital Militar "Dr Carlos Arvelo". *Arch Venezolanos de Psi y Neuro* 2005; 51 (104)
- ¹⁰ Satterfield J, Becerra C. Developmental Cahllenges, estressors and coping in medical Residents: a Qualitative Analysis of Support Groups. *Med Educ* 2010; 44(9): 908-916
- ¹¹ Earle L, Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician* 2005 (51) : 242- 243
- ¹² Arias J. Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Rev Med Hered* 1998; 9 (2) 63-68
- ¹³ Sandin B, Chorot P. Cuestionaria de afrontamiento del Estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Rev de Psicopatología y Psicología Clínica* 2003; 8 (1) 1, 39-54
- ¹⁴ Castaño E, Leon del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Inter Jou of Psy and Psi Therapy* 2010;10(2): 245-257
- ¹⁵ Castaño E, Leon del Barco B. Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Inter Jou of Psy and Psi Therapy* 2010;10(2): 245-257
- ¹⁶ Pelechano V. *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona , Ariel 2000
- ¹⁷ Manrique C, Vidal A. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Rev de Psiq y sal mental HV*. 2006: (7) 1 33-39

-
- ¹⁸ Nava C, Ollua P, Vega C, Soria R. Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psic y Salud* 2010; 20(2): 213-220
- ¹⁹ Cruz B, Austria F, Herrera L, Vazquez J, Vega C, Salas J. Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout "o de desgaste profesional" en trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax* 2010; 69 (3): 137-142
- ²⁰ Ongarato P, Dela Iglesia G, Stover J, Fernandez M. Adaptacion de un inventario de estrategias de afrontamiento para adolescentes y adultos. *Fac de Psicologia Anuario de Investigaciones* 2009 XVI: 383-391
- ²¹ Arias –Congrains J. Modos de afrontamiento al estrés en residentes de medicina. *Rev Med Hered* 1998; (9):63-68
- ²² Shikai N, Shono M, Kitamura F. Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Practice* 2009; 15: 198–204
- ²³ Jurado S, Villegas E, Mendez L, Rodriguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21 (3): 26-31
- ²⁴ Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 2001;18(2): 211-218.
- ²⁵ Montelongo R, Zaragoza A, Bonilla G, Bayardo S. Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. 2005: 6 (11) 2-8