



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO:

**“PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS Y DE PATRÓN DE
CONSUMO DE ALCOHOL EN RESIDENTES DE PRIMER INGRESO DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL SXXI IMSS”**

TESIS QUE PRESENTA
DRA. ELSA BERENICE OROZCO NÚÑEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA

Asesores:

Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán

Dra. Ana Fresán Orellana



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DOCTORA
DIANA G. MENEZ DÍAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
MARTÍN FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
ASESOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

1. Datos del alumno	1. Datos del alumno
<p>Apellido paterno: Apellido materno: Nombre: Teléfono: Universidad: Facultad: Carrera: No. De cuenta:</p>	<p>Orozco Núñez Elsa Berenice 5740 90 83 Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Medicina Psiquiatría</p>
2. Datos de los asesores	2. Datos de los asesores
<p>Apellido paterno: Apellido Materno Nombre:</p>	<p>Vázquez Estupiñan Martín Felipe Fresán Orellana Ana</p>
3. Datos de la Tesis	3. Datos de la Tesis
<p>Título: Número de Páginas Año: Número de Registro:</p>	<p>“Prevalencia De Síntomas Depresivos, Ansiosos Y De Patron De Consumo De Alcohol En Residentes De Primer Ingreso Del Centro Medico Nacional SXXI Imss” 54 2014 R-2013-3601-19</p>

AGRADECIMIENTOS

Mis profundos agradecimientos a quienes hicieron posible la realización de este trabajo:

- A la Universidad Nacional Autónoma de México
- Al Instituto Mexicano del Seguro Social
- A mis maestros del Hospital Psiquiátrico “Dr. Héctor Tovar Acosta”
- A mis maestros del Centro Médico Nacional Siglo XXI
- A la Dra. Ana Fresán por su asesoría, dedicación, esfuerzo y sobre todo, su gran apoyo para concluir este proyecto.
- Al Dr. Omar Campos Gómez
- A mis compañeros y amigos Diana, Onelia, Tomás, Aura y Marcela.
- A mi hija Maya
- A mi familia

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
<hr/>	
MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	6
JUSTIFICACIÓN	18
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVO ESPECÍFICOS	18
HIPÓTESIS	19
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>20</u>
TIPO DE ESTUDIO	20
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	20
VARIABLES	21
ESCALAS DE MEDICIÓN	22
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	24
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	25
<u>RESULTADOS</u>	<u>28</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>34</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>40</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>41</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>46</u>
I.	CONSENTIMIENTO INFORMADO
II.	OTROS ANEXOS

RESUMEN

La triada ansiedad, depresión y estrés es un tema de interés en salud pública pues está causando un gran número de muertes en la población a nivel mundial. Su alta prevalencia entre los residentes de medicina muestran la necesidad de medidas preventivas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad y el patrón de consumo de alcohol en residentes de primer ingreso del CMN SXXI IMSS. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, comparativo con un tamaño de muestra de 49 médicos residentes de primer ingreso inscritos en la sede del Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS, que acudieron al curso de inducción. La evaluación de síntomas se realizó mediante escalas estandarizadas para el tamizaje de síntomas depresivos, ansiosos y para identificar el patrón de consumo de alcohol. El análisis estadístico censó las características demográficas, la gravedad de la sintomatología depresiva y ansiosa y la prevalencia de consumo de alcohol de la muestra. La relación entre la sintomatología depresiva, la ansiosa y el consumo de alcohol se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson y el SPSS V.17.0. Los **resultados** revelaron que los residentes de primer ingreso no muestran niveles patológicos de ansiedad o depresión, a excepción de un residente, el cual presentó un nivel moderado de ansiedad no patológico. Sólo un residente presentó un nivel medio de probabilidad de consumo problemático de alcohol. No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en relación con la edad al momento de ingresar a la especialidad médica ni su estado civil. El nivel de consumo de alcohol en los residentes de primer ingreso a la especialidad médica no mostró una asociación lineal directa con la gravedad de los síntomas de depresión ($r=0.06$, $p=0.65$) o los síntomas de ansiedad ($r=-0.03$, $p=0.80$). No así se observó una asociación lineal directa entre la gravedad de los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión. **Conclusiones:** La determinación de la prevalencia de depresión, ansiedad y el patrón de consumo de alcohol arrojó que tan sólo el 2.04% de los individuos analizados presenta signos moderados de ansiedad y consumo de alcohol. No hubo diferencia en los resultados de las escalas de gravedad sintomática de ansiedad y depresión así como en el nivel de consumo de alcohol entre hombres y mujeres. No se encontró una asociación lineal directa con el nivel de consumo de alcohol y la gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes en la población en general, actualmente existe una codependencia entre depresión y ansiedad; estudios clínicos y de investigación, intentan explicarla para intervenir sobre ella y de esta manera prevenir el suicidio.

En la actualidad la triada ansiedad, depresión y estrés es un tema de interés en salud pública, ya que está causando más muertes que el cáncer y el SIDA juntos.

La depresión se incluye en el grupo de los «trastornos afectivos», dado que una característica de la misma es la alteración de la capacidad afectiva, siendo no sólo la tristeza sino también la incapacidad de dar afecto o recibirlo de quienes nos rodean.¹

Los trastornos afectivos, se ubican, respecto al resto de los trastornos, en tercer lugar con una prevalencia de 9.1%, después de los trastornos de ansiedad 14.3% y los trastornos por uso de sustancias 9.2%.²

Los trastornos de ansiedad se han vuelto un padecimiento con una alta prevalencia en el mundo. Las repercusiones individuales, familiares y sociales generan disminución en la productividad nacional e internacional, lo cual evidentemente genera una disminución en la capacidad económica de la población.³

El consumo nocivo de bebidas alcohólicas es un problema de alcance mundial que pone en peligro tanto el desarrollo individual como el social. Es una de las principales causas de muertes y daños que van más allá de la salud física y psíquica del bebedor, el consumo nocivo de alcohol tiene un profundo efecto perjudicial en la sociedad. ⁴

Uno de cada cinco individuos, de entre 18 y 65 años, presenta al menos un trastorno mental en algún momento de su vida.⁵ Los trastornos mentales son entidades clínicas de larga evolución, de inicio generalmente en la adolescencia o la adultez temprana, con remisiones y recurrencias que ocasionan un gran impacto en el funcionamiento personal, familiar, social y laboral del individuo.⁶

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad (OMS 2001). ⁷

DEPRESIÓN

La depresión tiene repercusiones significativas en los ámbitos biológico, psicológico y social. Es un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés y falta de esperanza en el futuro que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto ², donde están implicados una serie de factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales lo que puede hacer a los individuos más susceptibles a padecerla. ⁸

En base a los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, un trastorno depresivo mayor se establece por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, lapso en el que la persona experimenta al menos cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito y peso, descenso en su estado de ánimo, cambios en el sueño y nivel de actividad, pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para pensar y tomar decisiones e ideas recurrentes de suicidio o muerte así como dificultad para experimentar placer en cualquier situación de vida. El episodio depresivo mayor se acompaña de síntomas biológicos como el retardo motor, la pérdida de peso y de estima de sí mismo, de ideas de culpabilidad y desastre inminente que pueden llegar a ser delirantes y acompañarse de alucinaciones en casos graves. La aparición de síntomas depresivos suele ser lenta e insidiosa.⁹

La teoría cognitiva de Beck menciona que el trastorno depresivo surge en aquellos individuos que poseen una visión deformada y errónea de la realidad, la “triada cognitiva”, que consiste en tener una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta teoría, responde a un modelo de “diátesis-estrés” que precisa de un elemento estresante que active las cogniciones depresivas.⁹

La OMS define a la depresión como el más común de los trastornos mentales, afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia estimada del 15 al 25%, siendo mayor en mujeres.

La prevalencia puntual de depresión en el mundo, según el Informe Mundial sobre la Salud (2001), en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres y la prevalencia en un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente ², siendo la causa del 4,4% del total de la discapacidad (EVAD, esperanza de vida ajustada por discapacidad) y el 12% de mortalidad (AVAD, años de vida ajustados por discapacidad) a nivel mundial. ^{2, 3}

El factor de riesgo demográfico más fuerte para depresión es el sexo femenino, cuando se han analizado las causas de este fenómeno se han encontrado factores biológicos y factores de índole psicosocial, por lo que se ha vinculado la depresión en la mujer con su tradicional situación de desventaja y discriminación social a lo largo de los tiempos.¹⁰ y un factor de riesgo más potente pero menos común (10%) es el conocimiento de una enfermedad depresiva previa, lo que aumenta el riesgo de recaídas.⁹

ANSIEDAD

La ansiedad normal es una emoción psicobiológica básica, adaptativa ante un desafío o peligro presente o futuro, es una respuesta normal, ligada al instinto de conservación de la especie. Su función es la de motivar conductas apropiadas para superar dicha situación y su duración está en relación con la magnitud y a la resolución del problema que la desencadenó. A diferencia de esta, la ansiedad patológica es una respuesta exagerada, no necesariamente ligada a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar incapacitante, al punto de condicionar la conducta de un individuo, y cuya aparición o

desaparición son aleatorias. Puede abarcar, desde una respuesta normal frente a una amenaza externa, hasta una incomodidad o sufrimiento prologando y obsesivo, caracterizado por temores inadecuados que perturban el funcionamiento cotidiano. ¹¹ Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno.¹

Los trastornos de ansiedad pueden manifestarse a través de cambios en las cogniciones, en el estado fisiológico, en el comportamiento y en las emociones. Los síntomas más comunes en la esfera cognitiva son los pensamientos persistentes que se imponen y las sensaciones de fallar o de vergüenza entre otros. Los cambios fisiológicos incluyen palpitaciones, sudoración, contracturas musculares, náuseas y diarrea; los comportamentales incluyen presencia de inquietud motora y los emocionales pueden incluir angustia, miedos, aprensión e irritabilidad. ¹¹

Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos ⁵, En México los trastornos de ansiedad cuentan con una prevalencia a lo largo de la vida del 14.3%, siendo mayor para las mujeres que para los hombres (18.5% vs 9.5%). La edad de inicio frecuentemente se identifica a lo largo de la adolescencia y de la adultez temprana. ¹²

Los individuos en alto riesgo son aquellos, que presentan: insomnio o fatiga crónicos, antecedentes heredofamiliares de ansiedad o algún trastorno

psiquiátrico, tendencia a la inhibición conductual, antecedentes de haber padecido durante la adolescencia o la niñez intranquilidad y preocupaciones constantes, antecedentes de vivir o haber vivido bajo estresores (laborales, económicos, sociales, etc), antecedentes de vivir o haber padecido eventos traumáticos y/o abuso, sexo femenino, diagnóstico psiquiátrico (particularmente depresión) y las adicciones.¹²

CONSUMO DE ALCOHOL

El consumo excesivo de alcohol es un problema de salud pública en la sociedad mexicana, debido a las consecuencias sociales, económicas, productivas, familiares y de salud, además este consumo de alcohol está asociado con violencia familiar, accidentes y muertes violentas. El alcohol es la droga psicoactiva legal y social más antigua, su forma de consumo como conducta individual, familiar o cultural está influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos.¹³ El alcohol afecta las habilidades psicomotoras individuales y tiene un efecto en la habilidad cognitiva de un individuo¹⁴ por lo que las personas expuestas al alcohol pueden ponerse en situaciones peligrosas. El consumo excesivo, se asocia de forma directa e indirecta con las principales causas de mortalidad en México en la población adulta; en el grupo de edad de 30 a 59 años, 16.5% de las defunciones son ocasionadas por enfermedades del hígado y 14.4% por accidentes y causas atribuibles al consumo de alcohol.^{13, 14}

Los patrones de consumo se obtienen de la combinación de frecuencia y cantidad de consumo:

Abstemios: Nunca ha tomado ninguna bebida alcohólica, o toma menos de una vez al año.

Leves: consume una vez al año, entre una y cuatro copas por ocasión.

Moderado bajo: consume entre una y tres veces al mes, entre una y cuatro copas por ocasión.

Moderado alto: consume entre una y tres veces al mes, cinco o más copas por ocasión.

Frecuente bajo: consume una vez por semana o más, entre una y cuatro copas por ocasión.

Frecuente alto: consume entre una y tres veces al mes, cinco o más copas por ocasión.

Consuetudinario: consume una vez por semana o más, 12 o más copas por ocasión.¹⁵

El alcohol es el tercer factor de riesgo para la salud (tanto para la aparición de enfermedades como para la muerte prematura) más importante, por detrás del consumo de tabaco y la hipertensión arterial.^{16, 27}

El alcohol puede inducir trastornos mentales, no tan sólo en las personas que

presentan un trastorno por dependencia del alcohol, sino también en las que hacen un consumo excesivo de éste. En base a los criterios diagnósticos del DSM IV-TR, en los trastornos por consumo de alcohol están incluidos la dependencia del alcohol y el abuso de alcohol y dentro de los trastornos inducidos por el alcohol se encuentran la intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol, delirium por intoxicación de alcohol, demencia persistente inducida por alcohol, trastorno amnésico persistente inducido por alcohol, trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad inducido por alcohol, trastorno del sueño inducido por alcohol y el trastorno relacionado con alcohol no especificado.⁹

El consumo de bebidas alcohólicas tiene una importante repercusión en los accidentes de tráfico y más de la tercera parte de conductores fallecidos por accidentes de tráfico presenta una concentración de alcohol en sangre $\geq 0,3$ g/L.¹⁷

En total, el gasto tangible que el alcohol provoca en la Unión Europea se estima en unos 124 billones de euros al año y el no tangible en unos 270 billones de euros al año.¹⁷

Entre los hombres la dependencia al alcohol es el problema más común, en tanto que entre las mujeres, es la depresión mayor.⁵

Estudios recientes han indicado que el uso patológico de alcohol se produce en aproximadamente el 10% y el 20% de los residentes en todo el mundo y que

éste no es significativamente diferente de la población general.¹⁸ Uno de los estudios más grandes de Estados Unidos, sin embargo, encontró que los residentes de ambos sexos tenían tasas más altas de consumo de alcohol en el año anterior y en el mes anterior que sus pares no médicos, pero que sólo el 5 % de los residentes utilizan alcohol en forma diaria.¹⁹

Así mismo, los médicos han sido acusados de tener estándares altos en el consumo de alcohol, ya que no tienen una política sobre los niveles seguros de consumo. Muchos médicos no se toman el problema de abuso del alcohol lo suficientemente en serio, sin embargo, cuando se enfrentan a alguien que bebe más que ellos a menudo juzgan la acción.²⁸

ESTRÉS

El estrés designa a todas las exigencias, tensiones y agresiones a las que es sometido un organismo humano o animal, en forma aguda o crónica. Esta primera definición engloba a los estímulos o agentes estresantes. También se denomina estrés a la respuesta fisiológica y psicológica que manifiesta el individuo ante los diferentes estresores, se considera al estrés como la sumatoria de la interacción de diferentes demandas o exigencias a las que es sometido el individuo y la respuesta específica o idiosincrática a las mismas. Los agentes estresantes pueden ser de diferente índole y duración, externos e internos y se pueden dividir en físico, psíquico y sociocultural.¹¹

Factores como el medio ambiente adverso, la desorganización social, alta

disponibilidad a sustancias ilícitas y el estrés facilitan que una persona se involucre en conductas problemáticas. Se ha demostrado que el estrés crónico e impredecible pueden precipitar sintomatología de índole afectiva, sobre todo de tipo laboral que constituye el tipo de estrés crónico más frecuente^{20, 15} y que afecta directamente el estado emocional del sujeto produciendo alteraciones tales como depresión, ansiedad y síntomas somáticos.¹⁵

El estrés laboral-económico sostenido conduce al síndrome del agotamiento emocional, cuyo enlace propio es la depresión y la ansiedad. Varias investigaciones demuestran que existe una relación entre las emociones y el bajo rendimiento laboral y escolar, los síntomas depresivos y ansiosos inciden negativamente en el rendimiento de los individuos.²¹

Se ha argumentado que el estrés incontrolable provoca un incremento en las aminas biogénicas en muchas regiones del cerebro. Si es suficientemente severo o prolongado, la experiencia estresante puede resultar en una utilización excesiva de aminas que excede la síntesis, lo que culmina en una caída de las reservas de aminas a niveles insuficientes para lidiar con posteriores insultos. Aquellas variables que incrementan la probabilidad de reducción de las monoaminas o limitan el desarrollo de adaptación neuroquímica asociados con estrés crónico favorecen el desarrollo de sintomatología depresiva.²²

En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo la prevalencia de trastornos depresivos, de ansiedad y el consume de alcohol se aumentan.

Cualquier curso de especialidad médica conlleva un periodo de estrés, donde existe privación del ciclo de sueño, largas jornadas de trabajo, disminución del contacto con seres queridos y a veces, aparición de síntomas afectivos^{23,24, 29}

La salud mental de los estudiantes universitarios es un motivo de preocupación cada vez mayor en todo el mundo. En un estudio realizado en un grupo de estudiantes universitarios turcos, se halló que los niveles de depresión, ansiedad y estrés de gravedad moderada o mayor fueron encontrados en 27.1. 47,1 y el 27% de los encuestados, respectivamente. Las puntuaciones de ansiedad y el estrés fueron más altos entre las alumnas. Los estudiantes de primer y segundo año tuvieron mayores puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés que los demás.

En un estudio realizado en médicos residentes del Hospital Juárez de México se encontró que la prevalencia de depresión es mayor entre los médicos residentes (16%) que lo propuesto para la población general. Resultando como factores de riesgo el estado civil casado o unión libre (factor que no concuerda con la literatura mundial), el no pertenecer a un culto religioso, y estar realizando su primer año de residencia.²⁰ En otros estudios se encontraron, en estudiantes de medicina de primer año, cambios significativos en el estilo de vida, con un incremento del consumo de alcohol y disminución de la sociabilización y el ejercicio. Dichos cambios fueron predictivos de problemas en el ajuste emocional y académico.²⁵

Las condiciones de trabajo de los médicos pueden ser extenuantes física y emocionalmente, con una importante frecuencia de síndrome de burn-out, depresión y suicidio.²⁶ La alta prevalencia de los síntomas de la depresión, la ansiedad y el estrés entre los residentes de medicina muestran la necesidad de medidas de prevención primaria y secundaria, con el desarrollo de servicios de apoyo adecuados y apropiados para los estudiantes.

JUSTIFICACIÓN

Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo con difíciles condiciones académicas y laborales, las cuales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes, o bien, agravar los síntomas ansiosos y depresivos o de consumo de alcohol previos al ingreso. Por ello la importancia de conocer la situación emocional en la que se encuentran los residentes de primer ingreso para realizar un diagnóstico y tratamiento temprano, y evitar así, las posibles complicaciones médicas, académicas, sociales y laborales.

OBJETIVOS

- Objetivo general

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad y el patrón de consumo de alcohol en residentes de primer ingreso del Centro Médico Nacional SXXI IMSS

- Objetivos específicos

1) Reportar la existencia de dependencia alcohólica en residentes de primer ingreso del Centro Médico Nacional SXXI mediante el uso del cuestionario AUDIT.

2) Determinar las características sociodemográficas de los residentes de primer ingreso del Centro Médico Nacional SXXI con depresión, ansiedad y problemas relacionados con el alcohol.

HIPOTESIS

- Hipótesis General

Se obtendrá una prevalencia similar a la reportada en otros estudios respecto a sintomatología depresiva, ansiosa o con el consumo de alcohol.

- Hipótesis específicas

H1) La prevalencia de dependencia a alcohol será mayor en hombres que en mujeres.

H2) La prevalencia de depresión será mayor en mujeres que en hombres.

MATERIAL Y METODO

TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional, Descriptivo, Transversal, Comparativo.

POBLACION EN ESTUDIO: SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA, CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

- Tamaño de la muestra

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia, de acuerdo al número de residentes de primer ingreso que acudieron al curso de inducción a la especialidad del Centro Médico Nacional SXXI IMSS

- Criterios de Inclusión

- Residentes de primer año de ingreso del CMN SXXI
- Que acepten participar en el estudio

- Criterios de Exclusión

- Aquellos residentes que no acepten participar en el estudio
- Aquellos residentes que no concluyan los cuestionarios y escalas solicitados.

En el siguiente cuadro se muestran las principales variables incluidas en el estudio.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
Sociodemográficas <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado Civil • Número de hijos • Especialidad 	Intervalar o Dimensional Categórica Categórica Dimensional Categórica	Formato de Datos Clínico Demográficos (FDCD)
Nivel de depresión	Dimensional	Inventario de depresión de Beck
Nivel de ansiedad	Dimensional	Inventario de ansiedad de Beck
Tamizaje de alcoholismo	Dimensional	Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)

DESCRIPCION DE LAS ESCALAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Hoja de datos demográficos.

Se diseñó una hoja de información demográfica para describir el perfil de los participantes. Esta evalúa género, edad, estado civil, especialidad, primera opción de especialidad y lugar de origen.

- Inventario de Ansiedad Beck (BAI).

Conformado de 21 elementos que miden la severidad de ansiedad, utilizando una escala de tipo Likert de cuatro puntos: desde nada (0 puntos); ligeramente, no me molestó mucho (1 punto); moderadamente, fue muy desagradable pero lo pude soportar (2 puntos); severamente, casi no lo podía soportar (3 puntos). El rango de calificación es de 0 a 63 puntos. La severidad de ansiedad es la suma de la puntuación bruta de las 21 preguntas.

- 0-7 puntos indican un mínimo nivel de ansiedad

- 8-15 puntos, ansiedad leve

- 16-25 puntos, ansiedad moderada

- 26-63 puntos, ansiedad severa^{30,31}

Los autores informan una alta consistencia interna del inventario (alfa de Cronbach de 0,92). Algunos investigadores han informado una estructura de dos factores de síntomas cognitivos y somáticos^{31, 32, 34}, mientras otros informan una composición factorial de cuatro factores correspondientes a síntomas cognitivos, autonómicos, neuromotor y de pánico^{30 31,33}

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Es un instrumento adecuado para medir la severidad de la depresión. Es un cuestionario autoaplicable que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple (15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos y seis a síntomas de tipo físico).

Es, dentro de las escalas de depresión, la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

-Depresión ausente o mínima: puntuación media de 10,9 puntos.

-Depresión leve: puntuación media de 18,7.

-Depresión moderada: puntuación media de 25,4.

-Depresión grave: puntuación media de 30 puntos.³⁵

Las cifras de fiabilidad del BDI fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total).³⁶ La versión mexicana cumple con los requisitos psicométricos necesarios para ser utilizado como instrumento de evaluación de la depresión.³⁷

- AUDIT (Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol)

El Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método de tamizaje del consumo excesivo de alcohol y en particular para ayudar a los clínicos a identificar a aquellas personas que podrían beneficiarse de la reducción o abandono de consumo. Puede ser administrado como un cuestionario de autoaplicación, consta de 10 preguntas, puede completarse en unos 2 a 4 minutos y ser puntuado en pocos segundos. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4, los puntajes que identifican los distintos niveles de riesgo en la escala AUDIT son:

-Entre 8 y 15 puntos: consumo de riesgo.

-Entre 16 y 19 puntos: consumo perjudicial.

-20 puntos o más: dependencia. ³⁸

METODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS

- Procedimiento

Los médicos residentes de primer ingreso inscritos en la sede del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional SXXI IMSS, que acudían al curso de inducción, fueron invitados a participar en el estudio, se les explicaron las bases del mismo, la importancia que posee su participación en dicha investigación y se

les solicitó el consentimiento informado, con el cual estuvieron de acuerdo.
(Anexo 1)

Se eligió un día intermedio del curso de inducción donde a aquellos médicos residentes que decidieron participar en el estudio, se les brindaron las escalas auto-aplicables y la hoja de registro de datos sociodemográficos los cuales entregaron tras responderlo completamente. Durante el llenado se encontraron en compañía de personal capacitado (psiquiatra) para la aclaración de cualquier duda. (Ver Anexos 2, 3, 4 y 5).

- Análisis estadístico

Se realizó la aplicación de estadística descriptiva para calcular frecuencias y porcentajes (sujetos por especialidad, sexo, estado civil), media, desviación estándar de variables como la edad. Se compararon los puntajes de ansiedad y depresión por especialidad, sexo, estado civil y lugar de origen, con análisis bivariado y multivariado. Se calcularon las proporciones de probable abuso de alcohol en los participantes.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación se sujetó a los artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Se cumplió con el artículo 13 del capítulo I, donde toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, así mismo lo

correspondiente al artículo 16 que trata sobre la confidencialidad, donde se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Con respecto al riesgo que conlleva el estudio, se define que es una investigación con riesgo mínimo, ya que se trata de un estudio donde se emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes de exámenes físicos y psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario, entre los que se consideran pruebas psicológicas a individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

Se les dió a los residentes de primer ingreso información sobre los objetivos y propósitos del estudio, procedimiento, beneficios, duración y sobre la libertad que poseen si deciden retirarse del estudio en cualquier momento.

Se les proporcionó un consentimiento informado por escrito (ver anexo 1), como lo marca el artículo 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su sección de investigaciones en seres humanos.

Recursos humanos y materiales, financiamiento y factibilidad

- *Recursos humanos:*

Dr. Felipe Vazquez Estupiñan, asesor teórico

Dra. Ana Fresán Orellana, asesor metodológico

Dra. Elsa Berenice Orozco Núñez, médico residente de tercer año de psiquiatría

- *Recursos materiales:*

Los recursos materiales fueron los proporcionados por el servicio de enseñanza y psiquiatría del Centro Médico Nacional SXXI IMSS.

El estudio no contó con financiamiento externo alguno.

Los datos se obtuvieron de los cuestionarios realizados a los médicos residentes de primer ingreso del Centro Médico Nacional SXXI IMSS.

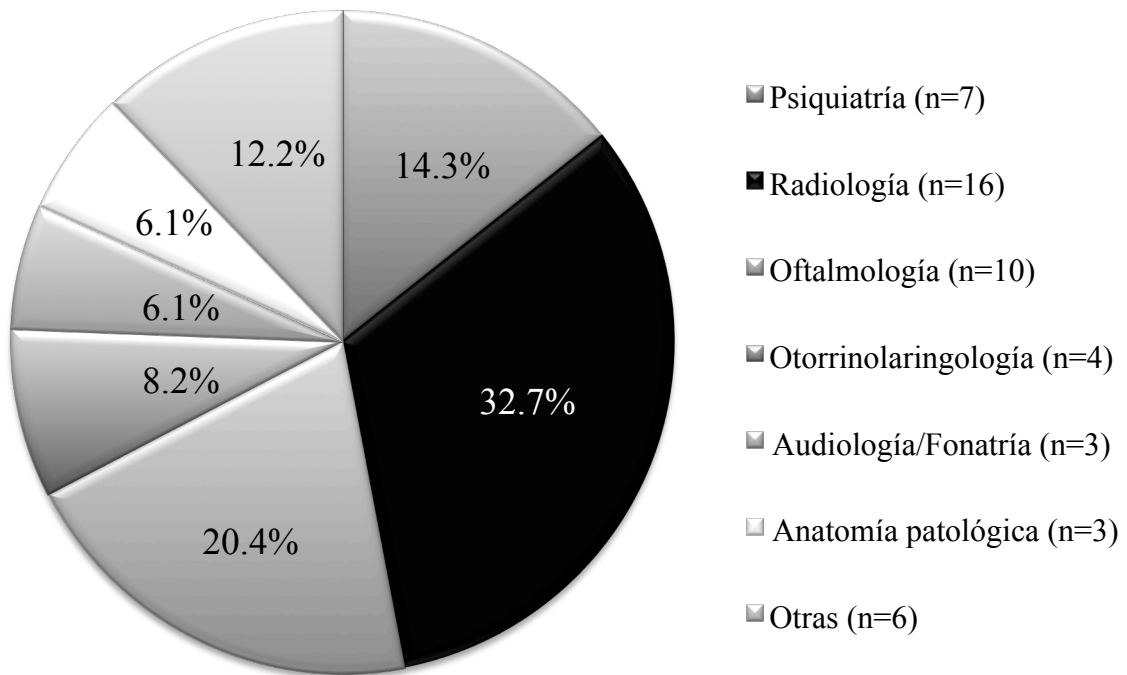
RESULTADOS

Características demográficas de la muestra y selección de especialidad médica

Se incluyeron un total de 49 residentes de primer ingreso del Centro Médico Nacional SXXI IMSS de los cuales el 67.3% (n=33) eran hombres y el 32.7% (n=16) restante, mujeres. La edad promedio de los residentes fue de 26.2 (D.E=2.0) años (rango 23-33 años). La mayoría de los residentes se encontraba sin pareja al momento del estudio (n=39, 79.6%).

En la Gráfica 1 se muestra la especialidad de ingreso de cada uno de los residentes incluidos en el estudio. En el 91.8% (n=45) de los residentes, la especialidad médica de ingreso fue su primera opción y el 73.5% (n=36) de los residentes se mudaron de entidad federativa para poder cursar la residencia.

Gráfica 1. Especialidad médica a cursar en el Centro Médico Nacional SXXI IMSS



Gravedad sintomática de ansiedad, depresión y nivel de consumo de alcohol

En la Tabla 1 se muestran las puntuaciones totales del Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck así como la puntuación total obtenida en el AUDIT.

De forma global se aprecia que los residentes de primer ingreso no muestran niveles patológicos de ansiedad o depresión, a excepción de un residente, el cual presentó un nivel moderado de ansiedad (23 puntos) sin ser este indicador de una patología. De la misma forma, solo un residente presentó una puntuación de 9 en el AUDIT el cual se considera como indicador de un nivel medio de probabilidad de consumo problemático de alcohol.

Tabla 1. Gravedad sintomática y consumo de alcohol

	Media	D.E.
Inventario de Ansiedad de Beck	4.0	4.0
Inventario de Depresión de Beck	4.0	4.3
AUDIT	1.7	1.7

Características demográficas y especialidad médica por género

No se observaron diferencias entre hombres y mujeres en relación con la edad al momento de ingresar a la especialidad médica ni su estado civil. Asimismo, la selección de la especialidad médica fue similar en ambos grupos y la necesidad de cambio de entidad federativa para el cumplimiento del programa de especialidad médica.

En los hombres se observó una mayor tendencia a que la especialidad médica a cursar fuera su primera opción de selección en contraste con las mujeres. Estos datos se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Características demográficas y especialidad médica entre hombres y mujeres.

	Hombres n=33		Mujeres n=16		Estadística
	n	%	n	%	
<i>Estado civil</i>					
Sin pareja	28	84.8	11	68.8	$\chi^2=1.7, 1 \text{ gl}, p=0.19$
Con pareja	5	15.2	5	31.2	
<i>Especialidad médica</i>					$\chi^2=2.7, 6 \text{ gl}, p=0.83$ Fisher 1.00
Psiquiatría	4	12.1	3	18.8	
Radiología	11	33.3	5	31.2	
Oftalmología	7	21.2	3	18.8	
Otorrinolaringología	3	9.1	1	6.2	
Audiología/Fonatría	2	6.1	1	6.2	
Anatomía patológica	1	3.0	2	12.5	
Otras	5	15.2	1	6.2	
<i>Primera opción</i>					
No	1	3.0	3	18.8	$\chi^2=3.5, 1 \text{ gl}, p=0.06$ Fisher 0.09
Si	32	97.0	13	81.2	
<i>Cambio de entidad</i>					
No	8	24.2	5	31.2	$\chi^2=0.27, 1 \text{ gl}, p=0.60$
Si	25	75.8	11	68.8	
	Media	D.E.	Media	D.E.	
<i>Edad</i>	26.0	1.6	26.5	2.6	$t=-0.80, 47 \text{ gl}, p=0.42$

Gravedad sintomática y consumo de alcohol por género

Tanto hombres como mujeres mostraron puntuaciones similares en las escalas de gravedad sintomática de ansiedad y depresión así como en el nivel de consumo de alcohol, evaluado mediante el AUDIT (Tabla 3).

Tabla 3. Gravedad sintomática y consumo de alcohol entre hombres y mujeres

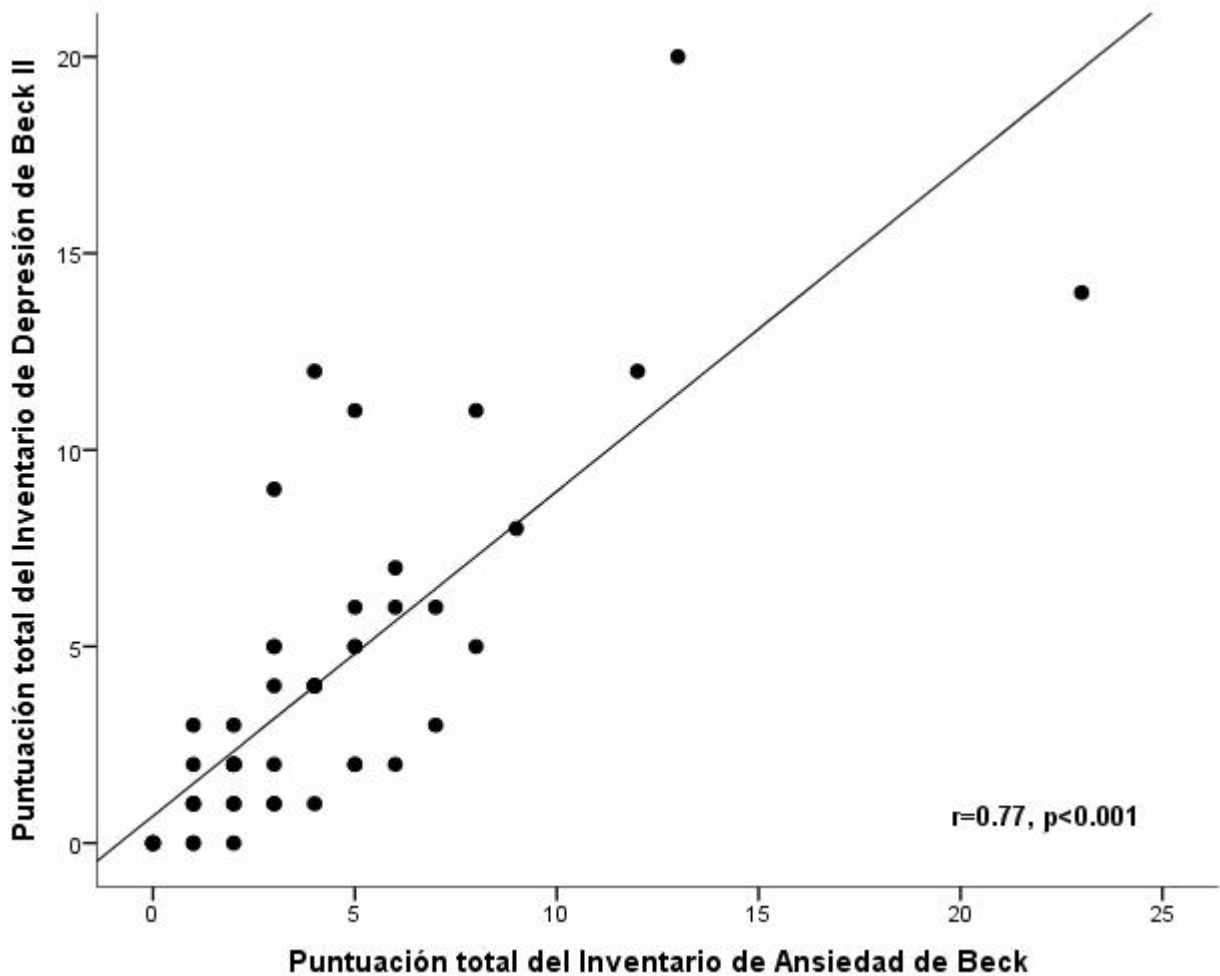
	Hombres n=33		Mujeres n=16		Estadística
	Media	D.E.	Media	D.E.	
<i>Inventario de Ansiedad</i>	3.70	3.25	4.81	5.34	t=-0.90, 47 gl, p=0.36
<i>Inventario de Depresión</i>	4.00	4.43	4.13	4.14	t=-0.09, 47 gl, p=0.92
<i>AUDIT</i>	2.00	1.95	1.19	1.04	t=1.55, 47 gl, p=0.12

Asociaciones entre la ansiedad, depresión y consumo de alcohol en residentes de primer ingreso

El nivel de consumo de alcohol en los residentes de primer ingreso a la especialidad médica no mostró una asociación lineal directa con la gravedad de los síntomas de depresión ($r=0.06$, $p=0.65$) o los síntomas de ansiedad ($r=-0.03$, $p=0.80$).

No así se observó una asociación lineal directa entre la gravedad de los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión. Esta asociación se muestra en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Asociación lineal entre los síntomas de depresión y los de ansiedad en residentes de primer ingreso a la especialidad médica del Centro Médico Nacional SXXI IMSS.



DISCUSION

El presente estudio investiga y correlaciona la prevalencia de los síntomas afectivos depresivos y ansiosos así como describe el patrón de consumo de alcohol en médicos residentes de primer año y de primer ingreso a las 10 diferentes especialidades médicas de entrada directa de la UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional SXXI.

Para la realización de nuestro estudio, se incluyeron a 49 médicos residentes, los cuales se encontraban realizando el curso propedéutico para el ingreso a primer año de la especialidad médica.

Más de dos terceras partes de la muestra, el 67.3%, pertenecían al sexo masculino, el resto de la muestra, pertenece al sexo femenino, esto puede ser analizado desde diferentes ópticas, una de ellas es el rol de género que prevalece aún en la comunidad médica, ya que existen diferentes especialidades en donde, predomina el género masculino, debido a que por diferentes estereotipos, se piensa que los hombres pudieran ser más aptos para desempeñar adecuadamente diferentes funciones, sobre todo, en aquellas en donde la demanda física es mayor.¹⁰ Por otro lado, se sabe que los trastornos afectivos, se presentan con mayor frecuencia en el género femenino, mientras que el alcoholismo tiene una mayor prevalencia en el género masculino.^{2,3,9}

No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación con la edad al momento de ingresar a la especialidad médica, con una media de

26 y 26.5 respectivamente. La mayoría de los médicos residentes se encontraban solteros al momento del estudio, sin encontrarse diferencias entre hombres y mujeres. El 75.8 y el 68.8 % de los hombres y mujeres respectivamente se vieron en la necesidad de cambiar de lugar de residencia y entidad federativa para la realización de la especialidad médica. Esto es importante tomarlo en cuenta ya que estresores tales como el vivir solo, contar con pobres redes de apoyo, el estar fuera de casa, el ser soltero, etc., son factores que, incrementan la prevalencia de trastornos afectivos.^{15,20,21}

Cabe resaltar que en los hombres se observó una mayor tendencia a que la especialidad médica a cursar fuera su primera opción de selección en contraste con las mujeres, aunque esto no es clínicamente significativo, si llama la atención que se pueda deber a factores sociales, familiares, tales como el embarazo en la residencia médica, culturales y/o políticos por lo que sería conveniente acercarnos a éstos datos y tener seguimiento en futuros estudios, para poder describir mejor éstos fenómenos.

Las especialidades médicas incluidas en este estudio fueron las de entrada directa, debido a que los alumnos de primer año de la especialidad que ingresan a especialidades con tronco común lo realizan en hospitales generales de zona y posterior a esto ingresan a hospital de tercer nivel como lo sería, en este caso, la UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI. De la muestra las especialidades con mayor número de alumnos fueron radiología, oftalmología y psiquiatría, esto es debido a el número de plazas que maneja la sede, lo cual está en relación con las necesidades de la población, y es de hacer notar que la especialidad de

psiquiatría se encuentra entre las tres primeras especialidades médicas más solicitadas de las especialidades de ingreso directo.

De forma global se encontró que los médicos residentes de primer ingreso no muestran niveles patológicos de ansiedad, depresión ni de consumo de alcohol.

La prevalencia de depresión en médicos residentes en algunos estudios realizados en la Ciudad de México abarca cifras que van del 16 al 47.5%.^{20,29}

En este trabajo la prevalencia de la depresión fue mucho menor a lo reportado en la bibliografía médica, debido a diversos factores entre los que podemos mencionar por un lado, el tipo de especialidad médica ya que sabemos existen especialidades médicas de alto riesgo para desarrollar cuadros afectivos del tipo depresión, como son las especialidades quirúrgicas, anestesiología, y las que el índice de mortalidad en los pacientes es muy alto, como en Medicina Interna, que llevan al desgaste profesional, en el médico residente, así mismo, el nivel de exigencia académico es importante, y a esto habría que sumar el acoso que sufren los médicos residentes por propios residentes de mayor jerarquía. Las especialidades médicas anteriormente señaladas no formaron parte de este estudio. Por otra parte, otro de los factores que influyeron de manera importante en los resultados obtenidos fue que los médicos residentes, estudiados no estaban en actividades operacionales, es decir, no habían ingresado a la residencia médica, se encontraban tomando el curso propedéutico o de inducción al puesto, evidentemente el nivel de exigencia tanto laboral como académicamente es muy por debajo, al que tienen los médicos residentes ya en

funciones así como el nivel de responsabilidad al que se enfrentan los médicos. Los estudios realizados anteriormente, en la Ciudad de México, incluyen a médicos residentes de diferentes años académicos, mas no a médicos residentes en el curso propedéutico o de inducción.²⁰ Por otro lado, consideramos que otro factor a destacar es los prejuicios de los propios médicos residentes al momento de contestar los cuestionarios aplicados, ya que se pudieron sentir señalados, por su manera de beber, ser considerados como de débil carácter, a pesar de que fue anónima la entrevista, siendo que los mismos médicos, muestran prejuicios con los pacientes psiquiátricos y con las enfermedades mentales, aunque afortunadamente cada vez es menor esta situación. Por lo que se debería de tener un seguimiento de éstos mismos médicos, realizando un estudio longitudinal, ya que los factores precipitantes o predisponentes a los cuadros afectivos tenderán a aparecer con el tiempo.

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales que cuentan con una mayor prevalencia a lo largo de la vida, sin embargo, en nuestros resultados sólo un residente presentó evidencia de un nivel moderado de ansiedad. Estos se han asociado con una alteración funcional profunda, con una productividad laboral menor respecto a la población general por lo que se deberá de tomar en cuenta para prevenir el aumento de esta sintomatología.⁵

Estudios recientes sobre el consumo de alcohol en médicos residentes, han indicado que el uso patológico se produce en aproximadamente el 10% a 20%

de los médicos residentes en todo el mundo ¹⁹, situación que es de llamar la atención, ya que como se esbozó en párrafos anteriores, la veracidad de las respuestas pudiera estar comprometida por los prejuicios de los propios médicos residentes. El consumo medio de alcohol no es significativamente diferente de la población general. En nuestros resultados encontramos solo un residente con un nivel medio de probabilidad de consumo problemático de alcohol, lo cual no coincide con lo reportado con la literatura.

En esta investigación no obtuvimos resultados acordes a otros estudios realizados en médicos residentes, esto se puede deber a que la muestra se tomó de médicos residentes que se encontraban realizando el curso propedéutico para ingresar a primer año de la especialidad, como bien sabemos los factores ambientales como los son la falta de cordialidad, respeto y reconocimiento; factores físicos como las largas jornadas de trabajo y la privación de sueño; organizacionales como la falta de espacios adecuados y los factores personales; generan un alto grado de estrés en el residente, aumentando con cada año las obligaciones y responsabilidades, siendo mas prevalentes los trastornos depresivos y de ansiedad, así como el aumento en el consumo de alcohol conforme el médico se va exponiendo a estas situaciones.

Los médicos residentes son sometidos a niveles elevados de estrés donde están implicados aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo al año académico que se cursa. ^{8,20,21,29}

Entre las limitaciones que encontramos en este estudio son las siguientes, es un estudio transversal lo que limita la generalización o asociación entre psicopatologías y el consumo de alcohol.

Otra de las limitantes es el tamaño de la muestra ya que se consideraba una muestra mayor a la obtenida, sin embargo por razones ajenas a nuestro estudio el número de plazas fue menor.

Sin embargo, este estudio, es uno de los primeros estudios realizados con médicos residentes de primer año del IMSS, pertenecientes a la UMAE Hospital de Especialidades CMN SXXI y que intenta relacionar psicopatología, específicamente de trastornos del estado de ánimo y alcoholismo con las actividades propias de la residencia médica. Abriendo una pauta, para que en el futuro, se realicen nuevos estudios, longitudinales, de seguimiento en esta población, que es una población que debe ser atendida, ya que la gran fuerza laboral de una unidad médica hospitalaria, la realizan los médicos residentes, atendiendo miles de pacientes día con día, y curiosamente, es la población más desprotegida en muchos sentidos y es la que más carga afectiva y laboral tiene, por lo que el presente estudio pretende ser un parte aguas, para futuros estudios.

Cada año recibimos en el Departamento de Psiquiatría entre 10 y 15 residentes de los 500 que tiene el hospital para recibir tratamiento de síntomas ansioso depresivos y trastornos de la personalidad. En las especialidades de entrada directa es probable que gran parte de los procesos psicopatológicos se

desarrollen durante la especialidad, lo cuál obliga a hacer un seguimiento longitudinal de los factores de riesgo, tipos de afrontamiento y personalidad con diferentes instrumentos, con la finalidad de identificar a los médicos en riesgo y que están desarrollando sintomatología para ofrecerles tratamiento, ya que los padecimientos mentales no tratados se asocian a un pobre rendimiento académico y profesional, abandono de la residencia, abuso de sustancias y conductas suicidas.

CONCLUSIONES

La determinación de la prevalencia de depresión, ansiedad y el patrón de consumo de alcohol arrojó que tan sólo el 2.04% de los individuos analizados presenta signos moderados de ansiedad y consumo de alcohol.

No hubo diferencia en los resultados de las escalas de gravedad sintomática de ansiedad y depresión así como en el nivel de consumo de alcohol entre hombres y mujeres.

No se encontró una asociación lineal directa con el nivel de consumo de alcohol y la gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos.

Es necesario realizar más estudios, con diferentes instrumentos y con un enfoque longitudinal que permita detectar oportunamente a los médicos que requieren apoyo psiquiátrico.

REFERENCIAS

- 1) Riveros Q. Marcelino. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. Rev. Investig. Psicol. v.10 n.1 Lima jun. 2007
- 2) Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184:386-92
- 3) Heinze Martín G. Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México, 2010
- 4) World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. (Consultado Julio 20/13. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/> 20/07/2013 12:00hrs)
- 5) Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al.* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment 2003;26:1-16.
- 6) Campo-Arias A. Trastornos mentales más frecuentes: prevalencia y algunos factores sociodemográficos asociados. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 37, No. 4, 2008.
- 7) Heinze Martín G. Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México, 2010

- 8) Pérez Cruz E. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Medicina Interna de México. Vol 22, Núm. 4, 2006
- 9) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- 10) Villarejo Ramos A. Agresión a la mujer como factor de riesgo múltiple de depresión. Psicopatología Clínica Legal y Forense, Vol. 5. 2005, pp 75-86.
- 11) Cía Alfredo H. La ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico terapéutico. Editorial Polemos.
- 12) Heinze Martín G. Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz México, 2010
- 13) Hinojosa-García L. Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2012; 20 (1): 19-25
- 14) World Health Organization. Alcohol and injuries. Emergency department studies in an International perspective. Geneva: World Health Organization, 2009.
- 15) Martínez-Lanz P. y cols. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev Fac Med UNAM Vol.48 No.5 Septiembre-Octubre, 2005; 191-197

- 16) Guardia Serecigni J y cols. Alcoholismo, Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica Socidrogalcohol. Segunda edición. 2007.
- 17) Informe 2011 observatorio español de la droga y las toxicomanías. NIPO en línea: 860-11-278-0 /Consultado Julio 20/13. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed2011.pdf>)
- 18) Knight J.R. Prevalence of Alcohol Problems Among Pediatric Residents. Arch Pediatr Adolesc med/vol 153, nov 1999
- 19) Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC Jr, Storr CL, Sheehan DV. Resident physician substance use in the United States. JAMA. 1991;265:2069-2073.
- 20) Rosales JE. Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2005;10 (1): 25-36
- 21) Guevara CA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. Colomb Med 2004; 35:173-178
- 22) Anisman H, et al. Chronic stressors and depresión: distinguishing characteristics and individual profiles. Psychopharma 1997, 134: 330-332.
- 23) Collier V. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? Annals of Internal Medicine, 2002; 136:384–390.

- 24) Brent D. The residency as a developmental process. *Journal of Medical Education*, 1981; 56:417–422.
- 25) Susan Ball. Self-care in Medical Education: Effectiveness of Health-habits Interventions for First-year Medical Students. *Acad. Med.* 2002;77:911 – 917
- 26) Jaime Santander T. Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *REV CHIL NEUROPSIQUIAT* 2011; 49 (1): 47-55
- 27) Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de alcohol. Instituto Nacional de Psiquiatría. (Consultado Julio 20/13. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_ALCOHOL.pdf
- 28) Collier, DJ. Drinking among medical students: a questionnaire survey. *BMJ* 1998, 299: 19-21.
- 29) Richardson LCV. Y a nuestros medicos ¿quién los cuida?. *Bol Med Hosp Infant Mex.* Vol. 63, mayo-junio 2006
- 30) Beck AT, Steer RA. *Beck Anxiety Inventory Manual*, 2ª ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1993. 21
- 31) Rodríguez Reynaldo, m., et al. Estudio de las características psicométricas del inventario de ansiedad Beck (en castellano) en una muestra de envejecidos puertorriqueños. *rev esp geriatr gerontol* 2001;36(6):353-360

- 32) Creamer M, Foran J, Bell R. The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behav Res Ther* 1995;33:477-85. 22
- 33) Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7. 24
- 34) Osman A, Barrios F, Aukes D, Osman J, Markway K. The Beck Anxiety Inventory in a community population. *J Psychopathology and Behavioral Assessment* 1993;15:287-97. 19
- 35) *Sanz J, Vázquez C.* Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 10: 293-301
- 36) Jurado S. et al. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental* 1998. 21,3: 26-31.
- 37) Bech P. Ratingscales for mood disorders: Applicability, consistency and construct validity. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78 (Suppl 345): 45-55.
- 38) Babor TF. AUDIT (Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol). Organización Mundial de la Salud Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.
- 39) T. B. Üstün, Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal Of psychiatry* (2004), 184. 386-392

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Nombre del residente: _____

Le estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social, para el cual se requiere de su consentimiento voluntario. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Lea cuidadosamente la siguiente información y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Programa a efectuar

El objetivo es estudiar por medio de escalas, a los residentes de primer ingreso del Centro Médico Nacional SXXI. IMSS. Nos interesa estudiar la prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión al ingresar a la residencia médica y determinar la existencia o no de problemas con el uso de alcohol.

Para el estudio, requerimos de su cooperación con el objeto de contar con la mayor cantidad posible de información sobre los síntomas de depresión y ansiedad. Para el diagnóstico y la evaluación se le dará a cada residente un cuestionario para que lo conteste.

Plan del programa

Si usted acepta participar en este estudio, se le pedirá contestar un cuestionario dirigido para conocer si ha presentado o no síntomas de depresión y ansiedad. Durante la realización de las escalas, usted podría sentirse incómodo de revelar información personal por lo cual se le garantiza absoluta confidencialidad y anonimato de la información.

Consignas a seguir

- 1) Se le pedirá su cooperación para la realización de las escalas
- 2) Su participación es voluntaria y podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte su situación.
- 3) No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- 4) No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- 5) No recibirá pago por su participación.
- 6) En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- 7) La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Ventajas posibles

- 1) Las evaluaciones realizadas en este estudio permitirán conocer el porcentaje de residentes de primer ingreso con síntomas ansiosos, depresivos y abuso de alcohol.
- 2) Usted podrá discutir con el responsable del estudio sobre los hallazgos de las escalas que se realicen
- 3) Indirectamente usted ayudará a otros residentes al contribuir en el conocimiento sobre los factores asociados a los trastornos afectivos, dependencia de alcohol y su posible prevención.
- 4) Si a partir de las escalas realizadas al residente se le hace el diagnóstico de trastorno depresivo, trastorno de ansiedad o dependencia de alcohol, se le dará orientación sobre el padecimiento y se iniciará tratamiento en caso de requerirlo, de manera confidencial.

Confidencialidad

Los datos obtenidos a partir de esta entrevista son confidenciales. Se asignará un código a cada paciente por lo que su nombre no aparecerá en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Disposiciones generales

Si usted tiene necesidad de informaciones complementarias no dude en comunicarse con los responsables del

proyecto, Dr. Felipe Vázquez en consulta eterna de psiquiatría del CMN SXXI o la Dra. Ana Fresán al 56 55 28 11 ext 204, durante horas regulares de trabajo.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Basado en esta información acepto voluntariamente participar en el estudio.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además recibí una copia de la hoja de información.

Nombre del Participante

Fecha

Firma del participante

Nombre del Testigo 1

Fecha

Firma del Testigo 1

Nombre del Testigo 2

Fecha

Firma del Testigo 2

Fecha

ANEXO 2

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

TU PARTICIPACIÓN EN ESTA ENCUESTA ES ANONIMA (NO PONDRÁS TU NOMBRE) Y CONFIDENCIAL (NO DIREMOS A NADIE TUS RESPUESTAS). SOLO PARA FINES DE INVESTIGACIÓN. GRACIAS POR PARTICIPAR.

Por favor completa la siguiente información:

Sexo: Masculino (__1__) Femenino (__2__)

Edad (en años cumplidos): (_____) años

Estado civil: Soltero (__1__)
Casado (__2__)
Unión libre (__3__)
Separado/Divorciado (__4__)

¿A qué especialidad ingresó?

Psiquiatría (__1__)
Radiología (__2__)
Oftalmología (__3__)
Epidemiología (__4__)
Otorrinolaringología (__5__)
Comunicación, audiología y foniatría (__6__)
Anatomía Patología (__7__)
Genética médica (__8__)
Medicina de rehabilitación (__9__)
Patología clínica (__10__)
Otro _____ (especificar) (__11__)

¿La especialidad a la que ingresó era su primera opción? No (__0__) Si (__1__)

Para estudiar la especialidad tuvo que mudarse de entidad federativa o separarse de su familia? No (__0__) Si (__1__)

ANEXO 3

BAI

A continuación se encuentra una lista de síntomas característicos de la ansiedad. Por favor lea cuidadosamente cada uno de ellos e indique con una cruz, en el espacio en blanco, el grado en que le han molestado durante **LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUYENDO EL DIA DE HOY.**

	NADA	LIGERAMENTE Sin molestia significativa	MODERADAMENTE Muy desagradable pero soportable	SEVERAMENTE casi insoportable
Entumecimiento, Hormigueo				
Oleadas de calor o bochornos				
Debilidad y temblor en las piernas				
Incapaz de relajarme				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Palpitaciones o aceleración cardiaca				
Falta de equilibrio				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Temblor de manos				
Agitación				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión o molestias abdominales				
Desmayos				
Enrojecimiento de la cara				
Sudoración (no por calor)				

ANEXO 4

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentre junto al enunciado que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

- 1.- 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

- 2.- 0 No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.
1 Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.
2 No espero que las cosas me resulten bien.
3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.

- 3.- 0 No me siento como un fracasado.
1 Siento que he fracasado más de lo que debería.
2 Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

- 4.- 0 Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan.
1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 Estoy insatisfecho y molesto con todo.

- 5.- 0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer.
2 Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

- 6.- 0 No siento que esté siendo castigado.
1 Siento que tal vez seré castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

- 7.- 0 Me siento igual que siempre acerca de mi mismo.
1 He perdido confianza en mi mismo.
2 Estoy desilusionado de mi.
3 No me agrado.

- 8.- 0 No me critico ni me culpo más de lo usual.

- 1 Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser.
- 2 Me critico por todas mis fallas y errores.
- 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9.-
- 0 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme.
 - 1 Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo.
 - 2 Me gustaría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.

- 10.-
- 0 No lloro más de lo usual.
 - 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Ahora lloro por cualquier cosa.
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

- 11.-
- 0 No me siento más tenso que lo usual.
 - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo usual.
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto.
 - 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.

- 12.-
- 0 No he perdido interés en otras personas o actividades.
 - 1 Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades.
 - 3 Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.

- 13.-
- 0 Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes.
 - 2 Ahora tengo mucha mayor dificultad para tomar decisiones que antes.
 - 3 Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.

- 14.-
- 0 Me siento devaluado.
 - 1 No me siento tan valioso o útil como antes.
 - 2 Me siento menos valioso comparado con otros.
 - 3 Me siento francamente devaluado.

- 15.-
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 - 1 Tengo menos energía de la que solía tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer gran cosa.
 - 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.

- 16.-
- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
 - 1a Duermo más de lo usual.
 - 1b Duermo menos de lo usual.
 - 2a Duermo mucho más de lo usual.
 - 2b Duermo mucho menos de lo usual.

- 3a** Duermo la mayor parte del día.
- 3b** Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.

- 17.-** **0** No estoy más irritable de lo usual.
- 1** Estoy más irritable de lo usual.
- 2** Estoy mucho más irritable de lo usual.
- 3** Estoy irritable todo el tiempo.

- 18.-** **0** No he sentido ningún cambio en mi apetito.
- 1a** Mi apetito es menor que lo usual.
- 1b** Mi apetito es mayor que lo usual
- 2a** Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b** Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a** No tengo nada de apetito.
- 3b** Tengo ganas de comer todo el tiempo.

- 19.-** **0** Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1** No puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 2** Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.
- 3** No puedo concentrarme en nada.

- 20.-** **0** No estoy más cansado o fatigado que lo usual.
- 1** Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
- 2** Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer.
- 3** Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.

- 21.-** **0** No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo.
- 1** Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.
- 2** Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3** He perdido completamente el interés en el sexo.

ANEXO 5

AUDIT (Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol)

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.					
Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuantas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año