



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

**NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA
CON LA SALUD EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y DE
ESPECIALIDADES TRONCALES DEL ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

LUIS ALBERTO VÁZQUEZ RAMÍREZ
NÚMERO DE REGISTRO: 275.2013

Facultad de Medicina



MÉXICO, DISTRITO FEDERAL, 2014



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.

**NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y DE ESPECIALIDADES TRONCALES DEL
ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

LUIS ALBERTO VÁZQUEZ RAMÍREZ

AUTORIZACIONES:



DRA. ROSALINA LUIS HERNÁNDEZ

SUBDIRECTORA DE LA CLÍNICA MEDICINA FAMILIAR
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"
ISSSTE



DR. JESÚS LUNA ÁVILA

JEFE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA CLÍNICA
DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
ISSSTE



DRA. CATALINA MONROY CABALLERO

ASESOR DE TEMA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
ISSSTE



MC. ALBERTO GONZÁLEZ PEDRAZA AVILÉS

ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
SUBDIVISIÓN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



DR. GUSTAVO CASTRO HERRERA

JEFE DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACIÓN DEL ISSSTE.

**NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y DE ESPECIALIDADES TRONCALES DEL
ISSSTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

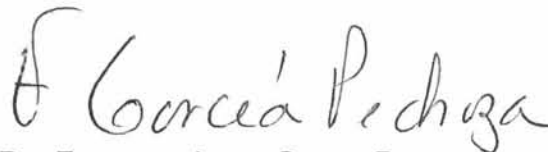
LUIS ALBERTO VÁZQUEZ RAMÍREZ

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

QUE HAN GUIADO MIS PASOS Y GRACIAS A SU APOYO PUDE OBTENER CON MUCHO ESFUERZO Y DEDICACIÓN, UNA META MÁS EN LA VIDA.

A MIS HERMANOS:

QUIENES EN FORMA INCONDICIONAL, ME HAN ESTIMULADO PARA SEGUIR ADELANTE.

A MIS SOBRINOS:

QUE LOS QUIERO TANTO COMO SI FUERAN MIS PROPIOS HIJOS.

A MIS ABUELOS, PADRINOS Y TIOS (FINADOS).

QUE DONDE QUIERA QUE ESTÉN ME MOTIVAN A SER CADA DÍA UNA MEJOR PERSONA.

A MIS ASESORES:

POR SU TIEMPO, PACIENCIA Y AMISTAD, SU AYUDA FUE INVALUABLE PARA LA CONCLUSIÓN DE ESTE TRABAJO.

A MIS MAESTROS:

QUE DE UNA U OTRA FORMA, ME AYUDARON A LO LARGO DE MI FORMACIÓN APRENDER EL ARTE DE LA MEDICINA.

A MIS AMIGOS:

POR LOS CONSEJOS VERTIDOS HACIA MI EN FORMA DESINTERESADA.

A MIS PACIENTES:

QUE ME ESTIMULAN A PREPARARME PROFESIONALMENTE Y SER UN MEJOR MÉDICO.

“EL QUE INICIA LA CARRERA DE MEDICINA, OBTIENE EN REALIDAD UNA MATRÍCULA DE ESTUDIANTE EN UN CURSO INDEFINIDO Y VERTIGINOSO QUE SÓLO TERMINA CUANDO LA VEJEZ Y EL AGOTAMIENTO HACEN DEL MÉDICO UN TRABAJADOR INÚTIL”

DR. IGNACIO CHÁVEZ

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
RESUMEN	6
1. MARCO TEÓRICO	7
CALIDAD DE VIDA	7
ANTECEDENTES	7
DEFINICIÓN	8
ETIOLOGÍA	9
EPIDEMIOLOGÍA	9
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	10
ANSIEDAD	12
ANTECEDENTES	12
DEFINICIÓN	13
ETIOLOGÍA	13
EPIDEMIOLOGÍA	13
FACTORES DE RIESGO	14
FISIOPATOLOGÍA	15
CUADRO CLÍNICO	16
DIAGNÓSTICO	17
TRATAMIENTO	20
DEPRESIÓN	23
ANTECEDENTES	23
DEFINICIÓN	24
EPIDEMIOLOGÍA	24
FACTORES DE RIESGO	25
ETIOLOGÍA	26
FISIOPATOLOGÍA	28
CUADRO CLÍNICO	28
DIAGNÓSTICO	30
TRATAMIENTO	32
RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA	35
HISTORIA DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO	36
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	37
1.2 JUSTIFICACIÓN	38
1.3 OBJETIVOS	38
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	38
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38

1.4	HIPÓTESIS	38
2.	MATERIAL Y MÉTODOS	39
2.1	TIPO DE ESTUDIO	39
2.2	POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	39
2.3	TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	39
2.4	CRITERIOS DE SELECCIÓN	39
2.4.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	39
2.4.2	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	40
2.4.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.	40
2.5	VARIABLES DE ESTUDIO	40
2.6	DISEÑO DE ESTUDIO	43
2.7	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	44
3.	ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1	PROGRAMA DE TRABAJO	44
3.2	RECURSOS	45
3.2.1	RECURSOS HUMANOS	45
3.2.2	RECURSOS FÍSICOS	45
3.2.3	RECURSOS MATERIALES	45
3.2.4	RECURSOS FINANCIEROS	45
3.2.5	RECURSOS TECNOLÓGICOS	45
3.3	CONSIDERACIONES ÉTICAS	46
4.	RESULTADOS	46
5.	DISCUSIÓN	64
6.	CONCLUSIONES	66
7.	RECOMENDACIONES	66
8.	BIBLIOGRAFÍA	67
9.	ANEXOS	69

NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y DE ESPECIALIDADES TRONCALES DEL ISSSTE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La ansiedad y la depresión se ubican entre los primeros lugares como causa de discapacidad en nuestro país. Durante su etapa de formación el médico residente se ve expuesto a situaciones laborales y académicas difíciles que pueden afectar su estado de ánimo y salud mental impactando así su calidad de vida.

OBJETIVOS

Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en los médicos residentes del ISSSTE de las Especialidades de Medicina Familiar y las Especialidades Troncales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal donde se aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y las viñetas de COOP/WONCA para Calidad de Vida Relacionada con la Salud a 77 médicos residentes de Medicina Familiar y de Especialidades Troncales del ISSSTE.

Para contrastar las hipótesis planteadas: Se utilizó estadística inferencial a través de la prueba de Kruskal Wallis debido al nivel ordinal de las variables así como t de student para calidad de vida. Nivel de significancia 0.05. Programa estadístico SPSS versión 18.

RESULTADOS

La prevalencia de ansiedad fue 11.7% y de depresión moderada a grave de 9.1% en la totalidad de residentes. La dimensión de calidad de vida más afectada fue la de los sentimientos con una media 2.51. En general los residentes de urgencias médicas son los mayormente afectados.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo, tanto de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud nos permiten inferir que la educación médica, es exigente y estresante, y en las residencias médicas es aun mayor, por estar en contacto con problemas de resolución urgente.

PALABRAS CLAVE

Depresión, Ansiedad, Calidad de vida Relacionada con la Salud, Residentes del ISSSTE.

ANXIETY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE LEVELS RELATED TO FAMILY MEDICINE AND TRUNK SPECIALTIES MEDICAL RESIDENTS HEALTH OF ISSSTE

ABSTRACT

INTRODUCTION

Anxiety and depression are in the first places as a cause of incapacity in Mexico. During the medical resident's forming stage, the resident is exposed to difficult working and academic situations that can affect the resident's mood and mental health affecting the resident's quality of life.

OBJECTIVES

Evaluating the anxiety, depression and quality of life levels related to ISSSTE's medical residents in Family Medicine and Trunk Specialties.

METHODS AND MATERIALS

A transversal cut study where Anxiety and Depression Beck's inventories and COOP/WONKA charts for Quality of Life related to Health were applied to 77 medical residents in Family Medicine and Trunk Specialties.

To contrast the created hypotheses: inferential statistics were used through Kruskal Wallis's Test due to the ordinal level for the variables and Student's for quality of life. The significance level: 0.05. Statistical program SPSS 18 versión was used.

RESULTS

The prevalence of anxiety was 11.7% and moderated to serious depression was 9.1% in residents' totality. The quality of life dimension more affected was feelings with an average of 2.51. In general, medical urgencies residents are the most affected ones.

CONCLUSIONS

The obtained results in this thesis, talking about anxiety, depression and quality of life related to health let us to infer that medical education is demanding and stressful and in medical residencies the effect is much bigger for being in contact with urgent solution problems.

KEY WORDS.

Depression, Anxiety, Quality of life Related to Health, ISSSTE's residents.

1. MARCO TEÓRICO

CALIDAD DE VIDA

ANTECEDENTES

Aunque no se tienen datos históricos la noción de calidad de vida viene desde la misma creación de la humanidad a partir de términos como el bienestar y la salud. Su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas. La primera de ellas surge con las primeras civilizaciones, se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII y se preocupa básicamente por la salud privada y pública. La segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del estado, y la instauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y el bienestar social del ciudadano, proceso extremadamente reciente que converge con la aparición del estado de bienestar.¹

A partir del siglo XIX después del reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos de los ciudadanos, se da lugar a nuevas formas de calidad de vida consistentes en: reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política y de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencia, de opiniones y de su libre expresión.¹

La calidad de vida se ha asociado a la iniciativa privada ha partir de que ésta ha generado importantes capitales personales y familiares, y el establecimiento de sistemas fiscales, ha permitido la creación de bienes colectivos y públicos para su uso comunitario. El posible error en esta última fase ha consistido en vincular la calidad de vida al puro desarrollo económico, olvidando el aspecto más cualitativo del concepto.¹ Ni la sociedad opulenta y consumista significa calidad de vida, ni el bienestar material y económico coincide con el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad.

A lo largo de la vida, el concepto ha ido ampliándose. Inicialmente consistía en el cuidado de la salud e higiene pública, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continua con la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud.¹

Entre los diferentes elementos integrantes del concepto de calidad de vida sobresale el de la salud, y eso hasta un punto en que, en determinados enfoques no sólo es el valor predominante sino aglutinante. Según Kaplan, su importancia es doble, ya que por un lado gran parte de las varianzas pueden estar relacionadas con la salud y por otro, repercute indirectamente en ella, al afectar al resto de los valores o elementos que están presentes en la calidad de vida: trabajo, ocio, autonomía, relaciones sociales, etc.¹

Su uso en medicina no supera las dos décadas. Se inicio con los pacientes oncológicos y posteriormente se extendió a otros enfermos crónicos. A partir de allí hubo una explosión de instrumentos de medida de calidad de vida.

Paralelamente al uso médico, hubo otras ramas de las ciencias humanas que también la utilizaron como los sociólogos, economistas, políticos y aspirantes a ingenieros sociales, esto a mediados de la década de 1960 en un sentido algo diferente, afín al de bienestar social, y que podría ser expresado

en la frase acuñada por John Maynard Keynes: “vivir sabia, agradablemente y bien” [“to live wisely and agreeably and well”].²

La diferenciación entre las dos concepciones de calidad de vida no es tajante. Ambas están vinculadas, y su distinción es cuestión de matices. Pero los matices parecen ser suficientemente importantes como para garantizar el discernimiento entre una calidad de vida relacionada con la salud y otra que, a falta de mejor nombre, podemos denominar general, por estar vinculada con un punto de vista económico-social. Para evaluar esta última habría que ser capaz de medir hasta que punto se cumplen los “requerimientos de felicidad” de la gente es decir, aquellos requerimientos que son una condición necesaria (aunque no suficiente) de la felicidad de alguien o aquellos sin los cuales “ningún miembro de la raza humana puede ser feliz”.²

DEFINICIÓN

La utilización del concepto de Calidad de Vida puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de sí se tenía una buena vida o si se sentían financieramente seguras.³

Su uso se extendió a partir de los años 70's cuando científicos sociales intentaron medir la calidad de vida de acuerdo a datos objetivos como estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo insuficientes estos indicadores ya que dejaban a un lado el aspecto subjetivo.³

La calidad de vida tiene dos elementos básicos; uno multidisciplinario donde abarca varias áreas de las ciencias humanas principalmente la medicina, la economía, la sociología, las ciencias políticas y la psicología. El segundo elemento básico lo objetivo y subjetivo. Dentro de estos se han generado varios conceptos por ejemplo: Levi y Anderson (1980), la definen como una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo. En este sentido Andrews y Whitley (1976), insisten en que no es un reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo. De forma global Lawton (1984), la define como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Shin y Johnson (1978), proponen una definición que puede ser operativizada: “La posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades y deseos individuales, la participación en las actividades que permitan el desarrollo personal, y la comparación satisfactoria con los demás aspectos todos que dependen del conocimiento y la experiencia previa del sujeto”.¹

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como: percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes.⁴

Para la OMS, la calidad de vida se ve afectada por la salud física del individuo y su estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales e interrelación con el entorno. Esto representa que tanto factores externos como internos sean determinantes en el proceso de la calidad de vida.⁴

Una definición integradora nos dice: Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la

realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Los aspectos subjetivos de bienestar físico, psicológico y social incluye la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, con la comunidad y la salud objetivamente percibida.⁵

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) intenta medir el impacto de la salud y de la enfermedad en la calidad de vida de una persona. Es un concepto que involucra varias dimensiones, tales como la salud, el estado de salud, el estado funcional y la calidad de vida, y agrupa elementos tanto propios (físicos y mentales) como externos al individuo, que interactúan con él pudiendo modificar su estado de salud.

ETIOLOGÍA

Entre los factores psicológicos que afectan la calidad de vida se encuentran: la ansiedad y la depresión como reacciones emocionales y sus diferentes formas clínicas, tales como los denominados trastornos emocionales o psíquicos: el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo.⁶

Las manifestaciones de ansiedad también pueden ser producto de los problemas de salud propias de la edad, por los cambios psicosociales que sufre dentro de la familia y en lo social, su repercusión principal es en la capacidad funcional, específicamente es en el desarrollo de las actividades cotidianas y en la calidad de vida.⁶

Desde esta postura cognitivo-conductual se ha considerado a la ansiedad y a la depresión como indicadores psicológicos que contribuyen en la disminución de la calidad de vida.⁶

EPIDEMIOLOGÍA

En un estudio reciente sobre la calidad de vida en las 25 ciudades más grandes de la República Mexicana, se encuestó en forma aleatoria a 5 504 personas. Los entrevistados calificaron a sus respectivas ciudades en 12 rubros: a) oportunidades de empleo, b) vivienda, c) seguridad pública, d) servicios de salud, e) servicios educativos, f) calidad del aire, g) servicios públicos, h) actividades y centros culturales, i) trámites con autoridad local, j) infraestructura urbana, k) áreas verdes y parques, y l) abasto de bienes básicos. El promedio ponderado de los 12 rubros dio un índice general de calidad de vida de 6.8, ubicando a la ciudad de Aguascalientes en el primer lugar con un porcentaje de 7.9, y a la Ciudad de México en último lugar, con 5.4 puntos.³

A nivel mundial, Viena conserva el primer puesto como la ciudad con mejor calidad de vida del mundo, según la Encuesta de Calidad de Vida 2012 de Mercer. Zúrich y Auckland siguen en segundo y tercer puesto, respectivamente, y Múnich en el cuarto, seguida por Vancouver que se sitúa en el quinto puesto. Düsseldorf cayó un lugar, ubicándose en el sexto puesto, seguida por Frankfurt en el séptimo,

Ginebra en el octavo, Copenhague en el noveno, y Berna y Sydney comparten el décimo puesto.⁷

A nivel global, las ciudades con la menor calidad de vida son Jartum, Sudán (217), Yamena, Chad (218), Puerto Príncipe, Haití (219) y Bangui, República Centroafricana (220). Bagdad, Iraq (221) ocupa el último puesto del ranking.⁷

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

En la actualidad hay una gran cantidad de instrumentos de medidas de calidad de vida, pudiendo ser genéricos o específicos. Los cuestionarios genéricos son de aplicación a todo tipo de pacientes y enfermedades, por lo que son más útiles para evaluar el estado de salud de la población general. Los cuestionarios específicos son de aplicación a enfermedades concretas con la ventaja de presentar una sensibilidad mayor sobre los problemas y alteraciones en la calidad de vida de los sujetos con problemas específicos de salud, pero con la desventaja de no permitir comparaciones sobre calidad de vida entre diferentes enfermedades.⁸

Hoy en día uno de los instrumentos genéricos fundamentales para ser empleados en la atención primaria son las viñetas COOP/WONCA, el único específicamente diseñado para ser utilizado en la consulta médica.⁹

Estas fueron creadas en los Estados Unidos para medir el estado funcional de los pacientes en la consulta médica.⁹ Las Viñetas aportan un sistema rápido, válido y fiable de cribado de los pacientes que determina quien podría beneficiarse de una evaluación más exhaustiva.⁹

Su diseño se hizo con el fin de que tuviera una interpretación sencilla, fuera útil clínicamente y, sobre todo manejable y eficiente en el contexto de la práctica clínica.⁹ Los objetivos que debía cumplir la nueva medida eran: a) proporcionar datos válidos y fiables en las principales dimensiones de funcionamiento: físico, mental y social; b) adaptarse fácilmente a la rutina diaria de recogida de datos desarrollada en la consulta; c) ser aplicable a pacientes con una gran variedad de problemas y diagnósticos, como los que se presentan en atención primaria; d) poseer un alto grado de validez aparente y ser aceptada ampliamente por médicos y pacientes; e) producir unos resultados de fácil interpretación, y f) facilitar una información de utilidad clínica.⁹

En su versión original el instrumento abarca un total de 9 láminas. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud durante el último mes y 5 posibles respuestas.⁹ Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de 5 niveles. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento. Cada lámina representa una dimensión de la calidad de vida. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa en las dimensiones estudiadas.⁹

Las viñetas pueden ser administradas por el profesional de salud o idealmente autoadministradas. El paciente debe comprender que solo hay una respuesta por cada lámina.

A finales de los años ochenta, la WONCA hizo una revisión del cuestionario original y promovió su uso en la consulta primaria. Con ello consiguió un instrumento más válido, fiable, sencillo, de fácil manejo en la consulta, aceptado por el paciente y que sirviera como medida de resultado en atención primaria. Por lo tanto en su versión actual se eliminaron las viñetas correspondientes al apoyo social y la calidad de vida, y se dejó la del dolor como opcional. El tiempo de referencia de las cuestiones se redujo de 4 a 2 semanas. Se modificaron los títulos y las preguntas. En todas las láminas, los dibujos se simplificaron al máximo: sólo se dejó un dibujo por cada categoría de respuesta y se introdujeron símbolos reconocidos internacionalmente. Se especificó el orden en el que debían pasar las láminas: forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud y dolor. El instrumento puede cumplimentarse en menos de 5 minutos. Normalmente cada lámina ocupa 30-45 segundos, independientemente del método de administración.⁹

En cuanto su validez, el cuestionario presentó buenos resultados en una muestra de estudiantes de medicina, según el estudio el 99% no le provocaba malestar, aburrimiento o fatiga y un 70-75% consideró que mejoraba la comunicación entre paciente y profesional. Cuando se pregunta a los estudiantes, a profesionales de la medicina y a pacientes por las dificultades que en su comprensión entrañaba el instrumento, alrededor del 90% afirmaba no encontrar dificultad alguna.⁹

En conclusión, las viñetas del COOP-WONCA están diseñadas para su uso en atención primaria, con un amplio reconocimiento internacional y están convenientemente integradas dentro de la recogida de datos sobre la actividad de los pacientes desarrollada en la clínica práctica rutinaria; es uno de los cuestionarios más breves. La información visual es rápidamente procesada e integrada además de propiciar una participación más atractiva y agradable. Algunos estudios afirman que las viñetas son el mejor instrumento para proporcionar una medida multidimensional en atención primaria, basándose fundamentalmente en las preferencias entre instrumentos de los pacientes y en criterios de validez y fiabilidad.⁹

Existen otros cuestionarios genéricos que actualmente se utilizan y que están validados al español como: The Sickness Impact Profile: SIP, The Dartmouth-COOP, Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV, The McGill Pain Questionnaire: MPQ y Encuesta: SF-36, etc.⁴

Entre los cuestionarios específicos para evaluar la calidad de vida en adultos con una enfermedad específica validados al español se encuentran: The Spanish Version of Skindex-29, The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-DI y The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS.⁴

ANSIEDAD

ANTECEDENTES

La historia de los llamados “trastornos de ansiedad” está estrechamente vinculada al concepto clínico de “neurosis”. Como en otros casos, el contenido original del término neurosis, establecido por el psiquiatra escocés Cullen en 1769 en su *Synopsis nosologiae methodicae*, no corresponde estrictamente al uso que hasta hace pocos años se ha hecho de tal denominación. Cullen se refería a una afección general del sistema nervioso que cursaba sin fiebre ni afección local de algún órgano, y que comprometía “el sentido” y “el movimiento”, mezclándose en ella desde síncope hasta el tétanos y la hidrofobia, pasando por la histeria, la melancolía, la amencia y la manía.¹⁰

Los distintos trabajos que Freud incluyera en “Las primeras aportaciones a la teoría de las neurosis” fueron publicados entre 1892 y 1899. Tal vez su contribución más decisiva en estos últimos trastornos sea la separación, dentro de la neurastenia, del cuadro que él denominó “neurosis de angustia” y que, bajo una denominación distinta, perdura hasta hoy.

Pierre Janet en 1909, publica “Las neurosis”, texto en el que considera que la idea de “enfermedad funcional” debe entrar en la concepción general de las neurosis, debido a que durante un siglo se ha pensado en medicina fundamentalmente en términos anatómicos y no fisiológicos. Es necesario tener siempre presente en el espíritu la consideración de las funciones mucho más que la consideración de los órganos. Esto es importante sobre todo cuando se trata de alteraciones neuropáticas, que se presentan siempre en las funciones, en los sistemas de operaciones y no aisladamente en un órgano.¹⁰

Como es sabido, Janet considera que las funciones tienen estratos superiores e inferiores, siendo los últimos más antiguos y simples que los primeros. Las funciones superiores consisten en la adaptación de una función determinada a circunstancias más recientes. La adaptación que señala Janet corresponde a una circunstancia particular y actual, tanto interna como externa. Sostiene que la fisiología estudia la parte más simple y organizada de la función. Pero la medicina no puede desinteresarse de todo esto, porque la enfermedad no nos consulta y no incide siempre sobre las partes de la función que conocemos mejor. Este lugar, la parte superior de las funciones y su adaptación a las circunstancias presentes, es el lugar de las neurosis.¹⁰

Tal vez el autor que presentó con mayor claridad el grupo de cuadros clínicos que se organizan en torno a las formas de angustia que ahora nos ocupan, fue el francés Henry Ey y sus colaboradores P. Bernard y Ch. Brisset.¹⁰ La neurosis de angustia que Freud describiera en 1895, constituye para Ey el tronco común desde el que se organizan las neurosis en sus formas más estables y estructuradas, cuyo elemento central y definitorio es la angustia. Así, divide a las neurosis en “indiferenciadas”, que corresponde en su totalidad a la neurosis de angustia, y “grandemente diferenciadas”, en las que se incluyen la neurosis fóbica, la neurosis histérica y la neurosis obsesiva, incluyendo este segundo

grupo diferentes mecanismos de defensa ante la angustia. Así, en la neurosis fóbica o histeria de angustia, la angustia aparece comprometida en un sistema ideoafectivo simbólico; en la neurosis histérica o histeria de conversión, la angustia se neutraliza por su enmascaramiento en expresiones psicósomáticas artificiales, y en la neurosis obsesiva la angustia es reemplazada por un sistema de actos prohibidos o pensamientos mágicos forzados.

DEFINICIÓN

La ansiedad se define como un estado adaptativo que permite estar alerta ante situaciones peligrosas produciendo incremento de las facultades perceptivas. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantener la concentración y afrontar los retos de la vida diaria. En situaciones patológicas el sistema se ve desbordado y funciona incorrectamente, por lo tanto es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de peligro inminente.¹¹

ETIOLOGÍA

En cuanto a la etiología de estos trastornos se ha propuesto como entidades de carácter hereditario, aunque aún no se tienen las bases concretas para asegurarlo. De la misma manera los procesos que explican cómo se generan los síntomas ansiosos se basan en hipótesis, entre las cuales destacan las siguientes: anomalías en la función respiratoria, alteración en la función del Locus Coeruleus, un punto donde se concentran los neurotransmisores noradrenérgicos en el cerebro, disfunción serotoninérgica y adenosinérgica; tanto la noradrenalina, la serotonina y la adenosina son receptores neuronales que modulan normalmente las respuestas emocionales, afectivas y cognitivas en el cerebro. Otras teorías proponen una alteración funcional global como en el sistema nervioso autónomo, encargado de los procesos fisiológicos involuntarios, el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, o a nivel tiroideo, entre otros.¹²

EPIDEMIOLOGÍA

Se ha observado en el hombre, al igual que en los primates, una respuesta de temor no aprendida hacia los ruidos intensos y frente a todos los estímulos novedosos, súbitos y bruscos. La frecuencia de fobia como tal, varía según la edad, el sexo y la cultura. En la población infantil, son frecuentes los temores (90%). Con la maduración y el aprendizaje, estos miedos van disminuyendo, de forma que la mayor parte desaparecen al llegar a la pubertad. La edad media de inicio de una fobia determinada, es la siguiente: fobia simple (9-15 años), fobia social (16 años), agorafobia (29 años).¹²

Respecto al sexo, la presentación varía según el tipo de fobia debido a: a) Diferencias biológicas; b) Facilitación social de agresividad y valentía en el varón, y c) Mayor tendencia en el varón a no admitir temores, porque ello lesiona su autoestima y la consideración social. Pero en general las fobias son dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres.¹²

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad, esta misma Organización establece que los trastornos de ansiedad son de los que más tempranamente inician, con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres. Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), en un estudio sobre los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe, los Trastornos de ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Pánico (TP) con una prevalencia media al último año de 3.4%, 1.4% y 1.0% respectivamente; mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC.¹³

FACTORES DE RIESGO

Factores biológicos: Los factores genéticos son importantes en la predisposición de los (trastornos de ansiedad) TA. La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de los TA, pero con mayor contundencia en el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social.¹⁴

De momento, parece demostrado que los trastornos de conducta y los de eliminación ocurren con mayor frecuencia entre los varones más jóvenes, mientras que los trastornos emocionales (ansiedad, depresión) tienden a predominar entre las mujeres, especialmente durante la adolescencia.

Factores traumáticos: Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal (accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc.) suele provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad.¹⁴

Los niños que sufrieron abuso, trauma o fueron testigos de sucesos traumáticos, están en mayor riesgo de desarrollar un trastorno de ansiedad en algún momento en la vida.

Factores psicodinámicos: La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenazó desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan). La ansiedad como señal de alarma provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y si no sale libremente o se contienen, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos.¹⁴

Factores cognitivos conductuales: Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. También por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás.¹⁴

Factores psicosociales: Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral socioeconómico), juegan un papel muy importante en muchos de los TA, como factores precipitantes, agravantes o causales de los TA y trastornos de adaptación. Se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta, sin embargo, no se han identificado causas específicas de ello.¹⁴

FISIOPATOLOGÍA

En los trastornos por ansiedad participan algunas de las estructuras cerebrales que conforman el sistema límbico, y es ahí en donde se ha observado que los fármacos ansiolíticos ejercen algunas de sus acciones. El sistema límbico es el responsable de las emociones y de las estrategias asociadas a la sobrevivencia. Entre estas emociones se encuentran: el miedo, la furia, las sensaciones ligadas al sexo o al placer y también al dolor y a la angustia.

Experimentalmente se ha demostrado la participación de algunas de las estructuras límbicas en los procesos ansiosos. Por ejemplo, la lesión del área septal en su porción lateral produce cambios en una prueba útil para evaluar procesos conductuales sugerentes de ansiedad, la prueba de lamido de agua. Estos cambios son revertidos por la estimulación eléctrica de estos núcleos.

También se ha sugerido la participación de la amígdala en el proceso de la ansiedad. La lesión de la parte anterior y posterior de la amígdala central y la parte anterior de la amígdala basolateral de la rata reduce la ansiedad. Además, la aplicación *in situ* de benzodiazepinas (diazepam, lormetazepam y flurazepam) y del barbitúrico fenobarbital en la amígdala, produce acciones ansiolíticas. Estas acciones reductoras de ansiedad son antagonizadas por el flumazenil, un antagonista del complejo receptor GABA/ benzodiazepinas.¹⁵

El estrés crónico, disminuye los niveles cerebrales del ácido gammaamino butírico (GABA) en el hipocampo de la rata, lo que coincide con observaciones en humanos en estado ansioso y depresivo, en quienes se han encontrado niveles disminuidos de GABA en el líquido cefalorraquídeo. En consistencia, la administración de fármacos ansiolíticos que tienen acciones agonistas GABA, disminuyen algunos síntomas de la ansiedad y de la depresión. Sin embargo, otros neurotransmisores como la serotonina (5-HT), la noradrenalina (NA) y la dopamina (DA) también están involucrados en la fisiopatología de los trastornos por ansiedad.¹⁵

En la rata, los agentes agonistas GABA promueven un incremento de la función del GABA y una reducción de los indicadores de ansiedad en pruebas conductuales; pero también los efectos ansiolíticos de los antidepresivos se deben a la estimulación de los receptores 5-HT_{1A} en el hipocampo dorsal. De estas observaciones en animales de laboratorio y algunas en el humano, se ha sugerido que los fármacos que promueven un equilibrio en la neurotransmisión mediada por la 5-HT_{1A} (p. ej.: los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoamino-oxidasa) y sobre el complejo de receptores de GABA (p. Ej.: las benzodiazepinas) controlan algunas manifestaciones de los trastornos por ansiedad. Además,

las hormonas esteroidales también ejercen acciones ansiolíticas en animales experimentales y en el humano por acciones agonistas sobre los receptores GABA.¹⁵

El GABA es el neurotransmisor inhibitor más importante en el Sistema Nervioso Central (SNC), donde aproximadamente el 30 % de las sinapsis son GABA. Se han propuesto dos tipos de receptores para el GABA: los receptores GABA_A y los GABA_B; los primeros están asociados con receptores a benzodiazepinas y canales de membrana para el ión cloro. Los segundos se relacionan con la adenilato ciclasa y parecen no estar modulados por las benzodiazepinas.

En el contexto de la ansiedad, se ha demostrado que las benzodiazepinas y otras drogas ansiolíticas ejercen sus acciones por la estimulación de los receptores GABA_A. Estos receptores se encuentran localizados sobre la membrana neuronal y contienen un sitio de alta afinidad para las benzodiazepinas. El receptor GABA_A es un pentámero integral de un complejo de glicoproteínas heteroligoméricas transmembranales, constituido por dos subunidades, una alfa de 50 kDa y otra β de 55 kDa. En un principio, se consideraba que la subunidad alfa era el sitio de afinidad para el GABA y la subunidad β para las benzodiazepinas, sin embargo, algunos estudios proponen que ambas subunidades reconocen tanto al GABA como a las benzodiazepinas.¹⁵

CUADRO CLÍNICO

La ansiedad puede incrementarse con un sentimiento de vergüenza: “los otros se darán cuenta de que estoy nervioso”. La ansiedad afecta a los procesos del pensamiento y del aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones. Siempre que se sospeche de un trastorno de ansiedad deben descartarse otras enfermedades médicas como las alteraciones de la tiroides, de la glicemia (azúcar en la sangre), del oído, del cerebro, del corazón y de la respiración, principalmente. Se diagnostica ansiedad generalizada cuando predominan una ansiedad o preocupación excesivas, persistentes y relacionadas con situaciones que se viven cotidianamente.

Fobias.

La fobia es “el miedo persistente, irracional, exagerado e invariablemente patológico frente algún estímulo específico o situación. Tanto la presencia como la anticipación de la entidad fóbica producen un estrés grave en la persona afectada, que habitualmente reconoce que su reacción es excesiva. La consecuencia es una necesidad imperiosa de evitar el estímulo temido”. Las reacciones fóbicas alteran la capacidad de los afectados para funcionar en la vida.

La agorafobia comúnmente acompaña a la ansiedad generalizada, se caracteriza por presentar una preocupación y temor intensos a encontrarse en lugar muy concurridos o en espacios abiertos. Al darse ésta situación la persona experimenta la mayor parte de los síntomas descritos anteriormente. Los temores agorafóbicos típicos son: el uso de los transportes públicos, autobuses, metro, tranvía,

aviones, ascensores, almacenes, supermercados, entre otros lugares. Clínicamente se observan conductas de evitación a estos lugares y el aislamiento también es marcado. Se hace diagnóstico de crisis de pánico o de angustia cuando se presentan episodios de ansiedad intensa, desproporcionada o sin motivo aparente que duran relativamente poco tiempo (normalmente menos de una hora) y se acompañan de síntomas somáticos, es decir, se experimenta sensaciones desagradables o dolorosas en alguna parte del cuerpo, como palpitaciones o taquipnea (respiración rápida), por ejemplo.

Las fobias sociales más frecuentes son el temor de hablar, comer o escribir en público, de utilizar los baños públicos y de asistir a fiestas o a entrevistas. Los pacientes experimentan miedo a sentirse avergonzados ante los demás, temen o evitan situaciones en las que podrían interactuar con otras personas o que estas puedan detectar y ridiculizar su ansiedad. La ruborización es la principal manifestación física y los síntomas cognoscitivos incluyen la tendencia a auto-observarse, a la auto-devaluación y a la infravaloración de la competencia social.

Esto puede contribuir a que el aislamiento social sea una limitante importante, o que disminuya el rendimiento profesional, inclusive se asocia con la ingesta de alcohol u otras sustancias. Las fobias específicas solo difieren de las anteriores en el elemento desencadenante de dicha sintomatología, siendo este muy diverso (animales, objetos, situaciones, etc.).

Otros síntomas.

Tensión motora: Temblor, tensión o dolor muscular, inquietud y fatigabilidad excesiva.

Hiperactividad Vegetativa: Sensación de ahogo, taquicardia, manos frías o húmedas, boca seca, mareo, escalofrío, micción frecuente y sensación de tener un “nudo en la garganta”.

Hipervigilancia: Sentirse atrapado, exageración en la respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, insomnio e irritabilidad.¹⁵

DIAGNÓSTICO

Es importante reconocer que los trastornos de ansiedad en los pacientes que asisten a la consulta aumenta la capacidad del médico para dar una atención total e integral del paciente. El diagnóstico de los TA se basa en la historia clínica. Primero se descarta una etiología médica o neurológica.¹⁴

De los primeros pasos que se deben seguir ante la sospecha de un TA, es descartar otras patologías médicas que puedan simular o bien presentar síntomas psiquiátricos ya sea por su fisiopatología como tal o bien debido a los tratamientos de las mismas. Lo anterior es de suma importancia, ya que estas condiciones podría representar un riesgo inminente de muerte en algunas ocasiones o bien una patología de fondo que se debe tratar. El médico debe considerar inicialmente una crisis de ansiedad o agorafobia como de origen médico, puesto que en numerosas entidades se presenta como síntoma propio.¹⁴

El diagnóstico diferencial es complejo, pues muchas sustancias y enfermedades médicas, producen síntomas ansiosos agudos y crónicos.

Es fundamental no confundir los síntomas ansiosos participantes en otros trastornos como la depresión doble, el trastorno depresivo mayor, los trastornos adaptativos con estado de ánimo ansioso y el síndrome ansioso-depresivo.

De igual forma es necesario establecer una categoría nosológica, según el DSM-IV-TR y la CIE-10, muy importante para estos pacientes que han sufrido durante años de ansiedad, con un significativo impacto sobre sus estilos de vida.¹⁴

En la tabla que se presenta a continuación, se enumeran los trastornos de ansiedad y sus características según la CIE-10 y la DSM-IV-TR.¹⁴

CIE-10	DSM-IV-TR	Características
<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	<i>Trastorno de ansiedad generalizada</i>	Ansiedad crónica y preocupaciones de carácter excesivo. Requiere duración de mínimo 6 meses para realizar el diagnóstico
	<i>Fobia simple</i>	Nerviosismo o temor marcado, persistente y excesivo o irracional de forma inapropiada en presencia de un objeto o situación concreta, con ansiedad anticipatoria. Tipo animal, ambiental, sangre-inyecciones-daño, situacional, otros
	<i>Fobia social</i>	Ansiedad exagerada en las situaciones en las que una persona es observada y puede ser criticada por otros. Hay ansiedad anticipatoria. Síntomas frecuentes son el enrojecimiento y temblor. En menores de 18 años requiere la persistencia de los síntomas por 6 meses
<i>Trastorno de angustia</i>	<i>Trastorno de angustia con agorafobia</i>	Ascenso rápido de una ansiedad extrema y miedo a un resultado catastrófico. Las crisis son recidivantes e inesperados que causan un estado permanente de preocupación, con ansiedad anticipatoria y comportamientos de evitación (agorafobia)
	<i>Trastorno de angustia sin agorafobia</i>	Crisis de angustia recidivantes e inesperadas que provocan un estado permanente de preocupación
<i>Trastorno anancástico (obsesivo-compulsivo)</i>	<i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>	Obsesiones (provocan ansiedad o malestar significativo, son intrusas, persistentes e inapropiadas), y/o compulsiones (con el propósito de prevenir o aliviar la ansiedad, pero no proporcionar placer o gratificación)
<i>Trastorno mixto ansioso-depresivo</i>		Paciente presenta gran variedad de síntomas de ansiedad y depresión
<i>Reacción de estrés agudo</i>	<i>Trastorno por estrés agudo</i>	Síntomas parecidos al trastorno por estrés post-traumático que se dan inmediatamente después de un acontecimiento altamente traumático. Para el diagnóstico los síntomas deben durar al menos 2 días pero menos de 1 mes
<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	<i>Trastorno por estrés post-traumático</i>	Re-experimentación de acontecimientos altamente traumáticos, síntomas debidos al aumento de la activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Inicia desde unas pocas semanas hasta 6 meses de haber experimentado el trauma
<i>Trastorno de adaptación</i>		Alteraciones emocionales que interfieren con su actividad social y aparece tras un cambio biográfico significativo o un acontecimiento vital estresante.
<i>Trastornos disociativos</i>		
	<i>TA debido a una enfermedad médica</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente
	<i>TA inducido por sustancias</i>	Síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga, fármaco o tóxico
<i>Trastornos somatomorfos</i>		
<i>Otros trastornos neuróticos</i>	<i>TA no especificado</i>	Aquellos trastornos que presentan ansiedad o evitación fóbica prominentes y no reúnen los criterios diagnósticos específicos o no se dispone de una información adecuada

Escala de Hamilton para el cribado de ansiedad.

La escala de Hamilton para la Ansiedad o HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) es una escala heteroaplicada u autoaplicada cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además de un ítem que evalúa específicamente el ánimo deprimido.¹⁶

Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente el trastorno de ansiedad generalizada. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista.¹⁶

Ballenger y Lewis,¹⁶ han creado unas sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas en cada sujeto, con el motivo de aumentar la fiabilidad interevaluador, mismas que enunciamos a continuación en los siguientes párrafos:

1. Identificar entre todos los síntomas posibles para cada ítem el más importante en los últimos días, y que sea debido ciertamente a ansiedad.
2. Determinar para ese síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
 - a. Gravedad: 1, leve o de poca importancia; 2, gravedad moderada; 3, alteraciones graves debidas a los síntomas o síntomas muy molestos; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
 - b. Tiempo / frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos periodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de 1/3 del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de 1/3 del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
 - c. Incapacidad / disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causan incapacidad para realizar (o llevan a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.
3. Se hace la medición entre las puntuaciones anteriores y se redondea la media en función de la puntuación de incapacidad.

Esta escala proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems.

Los puntos de corte recomendados son: 0-5: no ansiedad. (NA), 6-14: ansiedad leve. (AL). > 15: ansiedad moderada a severa. (AMS).¹⁶

Inventario de ansiedad de Beck.

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en el año de 1988 con el fin de tener un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Es un cuestionario autoaplicado, el cual consta de 21 ítems, que describen los diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Los elementos que lo forman están relacionados con los criterios del DSM-IV.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a 'en absoluto' a 'levemente, no me molesta', 2 a moderadamente, 'fue muy desagradable pero podía soportarlo' y la puntuación 3 a 'severamente, casi no podía soportarlo'. La puntuación total es la suma de todos los ítems, (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

En cuanto a su fiabilidad posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.90 a 0.94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila 0.30 y 0.71.

En lo que se refiere a su validez este inventario tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de población (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general). Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de Ansiedad de Hamilton es de 0.51, con el inventario de Ansiedad de Rasgo-Estado de 0.47 a 0.58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0.81.¹⁶

TRATAMIENTO

Los trastornos de ansiedad (TA) se manejan con medicación, psicoterapia, o ambos. Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe determinar si los síntomas son causados por un trastorno mental o por una enfermedad médica o sustancia. También es relevante identificar si el paciente presenta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (ejemplo depresión), enfermedad médica o abuso de sustancias.¹⁴

Tratamiento a corto plazo (12 semanas): El objetivo es la disminución de la frecuencia e intensidad de las crisis, control de la ansiedad anticipatoria y de las conductas evitativas agorafóbicas. Las intervenciones psicológicas (3-4 meses): En el (cognitivo-conductual) han demostrado ser efectivas. Así como también, el abordaje con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos (ATC) y benzodiazepinas (BZD). Se recomienda mantener el tratamiento 12 semanas para valorar sus resultados. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) a corto plazo parece más efectivo que la psicoterapia sola o el tratamiento farmacológico solo.¹⁴

En el tratamiento a largo plazo el objetivo es el control de los síntomas y reducir las tasas de recaída. La terapia cognitivo-conductual parece obtener mayores reducciones en las tasas de recaídas que otras intervenciones. El tratamiento combinado (psicoterapia más antidepresivos) es, a largo plazo (6-24 meses) más efectivo que antidepresivos solos, pero igual de efectivo que psicoterapia sola.¹⁴

No Farmacológico.

Las técnicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente controlar sus preocupaciones y miedos a través de la distracción y del cuestionamiento de sus bases lógicas para sustituirlas por modos más racionales del pensamiento. En el adulto mayor son de gran valor un conjunto de procedimientos psicológicos que facilitan el abordaje de la ansiedad para el logro del bienestar del anciano. El tratamiento medicamentoso se empleará sólo en aquellos casos en que resulte imprescindible para el adulto mayor.¹⁴

Terapia cognitiva-conductual: La terapia cognitiva-conductual es muy útil para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. La parte cognitiva ayuda a las personas a cambiar los patrones de pensamiento que dan lugar a sus temores, y la parte conductual ayuda a la gente a cambiar la manera en que reacciona ante las situaciones que provocan ansiedad.

Este tipo de terapia se realiza cuando las personas deciden que están listas para ello y brindan su permiso y cooperación. Para ser efectiva, la terapia debe ser dirigida a las ansiedades específicas de la persona y debe ser adaptada a sus necesidades. No hay ningún otro efecto secundario más que la incomodidad de una ansiedad temporalmente mayor

Farmacológico.

El principal objetivo en el tratamiento farmacológico de la ansiedad es el control de la sintomatología central de la enfermedad. Frecuentemente, estos pacientes, necesitan además del tratamiento agudo de los síntomas (menos de 6 meses), la administración de un tratamiento crónico para prevenir las recaídas. Esto hace necesario utilizar medicamentos que sean bien tolerados y con baja probabilidad de abuso, tolerancia o dependencia, además de presentar un rápido comienzo de acción.¹⁴

Benzodiazepinas (BZD): Son los medicamentos más utilizados en los pacientes con ansiedad. Se unen al receptor de GABA y facilitan/potencian la acción hiperpolarizante e inhibitoria de este neurotransmisor. La eficacia y seguridad de estos fármacos cuando se utilizan durante algunas semanas, está bien establecida. Aunque estos fármacos son muy adecuados como tratamiento de primera elección en tratamientos agudos y a corto plazo, su prescripción en el tratamiento crónico de la ansiedad está poco avalada por la literatura científica existente, debido al riesgo de dependencia física con síndrome de abstinencia y la presencia de comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los efectos adversos que se pueden presentar incluyen ataxia, disartria, vértigo, incoordinación motora con caídas, sedación, somnolencia, excitación paradójica, dificultad para mantener la atención, riesgo en el manejo de maquinaria peligrosa, trastornos de memoria a corto plazo e incluso el desarrollo de depresión.¹⁴

Buspirona: Como grupo, los fármacos agonistas de receptores serotoninérgicos 5-HT-1A no son eficaces en el tratamiento de la ansiedad, con la excepción de buspirona. Los primeros hallazgos de los ensayos clínicos con este fármaco mostraron que era tan eficaz como las BZD en el tratamiento de los TA, pero sin presentar síndrome de abstinencia ni reacciones paradójicas y con menos efectos adversos y perfil de toxicidad diferente. No obstante, estudios más recientes ponen en duda la eficacia de buspirona, y otros demuestran que el comienzo de acción de este fármaco es más lento y gradual que el de las BZD. No se recomienda como fármaco de primera elección en el tratamiento de la ansiedad.¹⁴

Hidroxicina: Es un bloqueante de receptores histaminérgicos H1 y de receptores colinérgicos muscarínicos. Se disponen muy pocos datos. Causa poca dependencia, pero produce sedación al comienzo del tratamiento. Puede ser útil en el tratamiento de crisis agudas de ansiedad.¹⁴

Antidepresivos: La evidencia actual apoya la recomendación de utilizar determinados antidepresivos como fármacos de primera elección en TA. Recordar que a todos los pacientes a los que se prescribe antidepresivos deben ser informados, al inicio del tratamiento, de sus efectos secundarios potenciales (incluyendo el aumento transitorio de la ansiedad al inicio del tratamiento), y del riesgo de síntomas de discontinuidad/ retirada si el tratamiento es suspendido bruscamente.¹⁴

Antidepresivos tricíclicos (ATC): Son inhibidores no selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina, y antagonistas de variable intensidad de receptores alfa-adrenérgicos, serotoninérgicos, muscarínicos e histaminérgicos. Hay suficiente evidencia de que algunos ATC, como imipramina, son tan eficaces como las BZD en el tratamiento de ansiedad, y superiores a éstos en eficacia a largo plazo. Se tiene que tener cuidado con ancianos, patología cardiovascular, glaucoma, hipertrofia de próstata, bajo umbral convulsivo, afectación hepática o renal o feocromocitoma.¹⁴

Otro grupo de antidepresivos eficaces para la ansiedad son los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS): los cuales se ha observado mejoría clara de los síntomas de ansiedad tras 8 semanas de tratamiento. Entre los efectos adversos de los ISRS destacan los problemas digestivos y los trastornos de la función sexual, entre otros.¹⁴

También existen los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN): La venlafaxina ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas de ansiedad. Entre las reacciones adversas más frecuentes están los trastornos digestivos, mareos, trastornos visuales, insomnio, nerviosismo, temblor, trastornos de la función sexual, astenia, dolor, entre otros.¹⁴

DEPRESIÓN

ANTECEDENTES

Para los hipocráticos de los siglos V y VI antes de Cristo (a.C.), eso que llamamos ahora depresión se denominaba melancolía y estaba definido ya por el conjunto de “aversión a la comida, desesperación, insomnio, irritabilidad e intranquilidad” al que se sumaba un ánimo triste característico. En diferentes textos hipocráticos, a esta tristeza se le añadió pronto otro síntoma fundamental: el miedo, de forma que el concepto clásico de melancolía estaba ligado al de una asociación entre estas dos pasiones (tristeza y miedo). La introducción del criterio temporal de cronicidad se produce cuando se asume que la melancolía precisaba de una perturbación emocional prolongada.¹⁷

Durante el siglo II después de Cristo (d.C.), la descripción estándar cristalizó en una estructura conceptual cada vez más estable, de forma que los escritos médicos islámicos y occidentales mantuvieron la misma definición y comprensión básica del problema durante casi mil quinientos años. Esta definición se basaba inevitablemente en las descripciones de Rufo de Efeso a comienzos de dicho siglo II d.C., con algunas modificaciones de Galeno. Los rasgos fundamentales de esta descripción clínica eran los siguientes: la melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que el paciente se mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita. Los hipocráticos describieron también síntomas de perturbaciones gastrointestinales asociados, y, de entre ellos, progresivamente, se destacó el estreñimiento. También se mencionaban, de forma menos constante, las ideas suicidas y el riesgo de suicidio.¹⁷

En el Renacimiento, la creencia en el determinismo astrológico dio lugar a una concepción del mundo como un macro-microcosmos armónico. En estos parámetros, la influencia de Saturno (elemento de tierra, del viento del norte, del invierno y la ancianidad), permitía describir un temperamento melancólico, caracterizado como seco, frío, taciturno y malhumorado, especialmente entre los ancianos.¹⁷

Hemos de esperar hasta los siglos XVI y XVII para que se lleven a cabo una serie de modificaciones en estas descripciones clásicas de la melancolía. El factor desencadenante de la patología, esto es, la característica reactiva o secundaria, comenzó a citarse en las descripciones. En la melancolía moderna, primero la tristeza y posteriormente el miedo, se calificaban ya como “sin causa” o “sin causa aparente”. Este elemento definitorio puede rastrearse ya en descripciones previas, pero no es hasta el siglo XVI en que se convierte en otro de los síntomas típicos de la melancolía. Las dos obras fundamentales de la época fueron el *A Treatise of melancholia* de Timothy Bright (1586) y la *Anatomy of Melancholy*, de Robert Burton (1621).¹⁷

La presencia de una idea delirante determinada ya hacía tiempo que se venía citando como un síntoma más de la melancolía. Ya autores como Rufo de Efeso, nuestra principal referencia clásica, observaron cómo las personas parecían cuerdas excepto en los aspectos referentes al tema de su delirio. Este punto no se comentó durante un tiempo, hasta que en siglo XVI se destacó más y en el siglo XVII se citaba con aún más frecuencia entre los componentes del síndrome clínico. Es en el siglo XVIII en que este síntoma se convierte en elemento habitual en las descripciones clínicas hasta el punto de

ocupar un elemento clave. Algunos autores describían como esta insania parcial y circunscrita de la melancolía era el síntoma primordial y definitorio, aunque este punto de vista ya comenzaba a ser discutido a finales del siglo y abandonado gradualmente en la primera mitad del siglo XIX.¹⁷

La primera descripción en inglés, que se hace de la depresión, corresponde al libro del Robert Burton (1577-1640) *Anatomía de la Melancolía* el cual se publica en 1621. El trabajo de Burton fue alabado por los médicos de su época, dentro de los que destaca William Osler. La primera edición de la Anatomía de la Melancolía apareció en 1621, y fue un éxito de inmediato.¹⁷

A principios del siglo XIX el alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue el quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de “foli a double forme”.¹⁷

Kraepelin, a principios del siglo XX, reúne de nuevo los conceptos de manía y melancolía en su estado de insania maníaco-depresiva, describiendo dos tríadas de síntomas nucleares en cada extremo. Para la manía, la tríada fundamental la constituían la fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad, mientras que para la melancolía, la tríada característica la constituían la inhibición del pensamiento, la depresión de los sentimientos y la inhibición psicomotriz. Durante todo el siglo XX, la tradición Kraepeliana ha propuesto estos síntomas como fundamentales para la melancolía, pero no ha abandonado tampoco el resto de signos y síntomas ya clásicos de la melancolía, como son el insomnio, la pérdida del apetito, la pérdida de peso, el estreñimiento, la pérdida de interés sexual, la intranquilidad, la irritabilidad, la ansiedad, las preocupaciones rumiativas sobre sí mismo y su futuro, las ideas autolíticas y los delirios.¹⁷

DEFINICIÓN

La depresión (del latín *depressus*, que significa “abatido”, “derribado”) es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente donde predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.¹⁸

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.¹⁹

Los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas (ENEP) señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%). Las prevalencias observadas en los Estados Unidos, Europa y Brasil son más elevadas ya que más de 15% de la población ha padecido depresión mayor alguna vez en la vida y más de 6% durante el año anterior. En países como Colombia y Chile, la situación es muy similar a la de México.¹⁹

Como ya se mencionó, los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. Por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas.¹⁹

De este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres.¹⁹

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó depresión en el 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años.¹⁹ Las lesiones autoinfligidas y el suicidio representan 0.75% y aunque no se encuentra dentro de las 10 causas de mortalidad en el Distrito Federal a nivel nacional ocupa el 8vo lugar.²⁰

FACTORES DE RIESGO

Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales.¹⁹ Por ende, se requiere estudiar profundamente para reconocer los factores que la desencadenan. En la actualidad se han distinguido diversas que se relacionan con esta enfermedad entre ellas están:

Factores genéticos: una historia familiar de enfermedad depresiva representa alrededor del 39 % de la varianza de la depresión en ambos sexos.²¹

Factores endocrinológicos: algunas enfermedades endocrinológicas aumentan el riesgo de depresión, como la diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison e hiperprolactinemia.²¹

Factores neurofisiológicos: los avances en neuroimagen han reforzado la idea de la depresión como un trastorno de la estructura y función cerebral.²¹

Factores psicológicos: rasgos de personalidad como “neuroticismo”, también aumentarán el riesgo de depresión al enfrentarse a acontecimientos vitales estresantes.²¹

Factores sociofamiliares: experiencias en las primeras etapas de la vida como una mala relación padres-hijo, conflicto en el matrimonio y divorcio, abandono, maltrato físico y abuso sexual aumentan la vulnerabilidad de una persona a desarrollar depresión posteriormente. Las circunstancias sociales que aumentan el riesgo de depresión incluyen la pobreza, la falta de vivienda y el desempleo. La carencia de una relación de apoyo parece ser un factor de riesgo.²¹

ETIOLOGÍA

La depresión puede deberse a un sin número de razones, esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida del empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o de los amigos.²²

Algunas personas están en mayor riesgo. Las mujeres han mostrado tener una mayor vulnerabilidad cuando han perdido a su madre siendo aún niñas, o cuando tienen 3 o más niños a su cuidado, cuando no tienen una relación sentimental estable, o cuando necesitan de un trabajo y no lo tienen.²²

La causa clínica de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias, entre ellos la noradrenalina y la serotonina, pueden desencadenar la depresión.²²

Las causas las podemos dividir entre primarias y secundarias.

Primarias.

- A. **Bioquímicas cerebrales:** Es la teoría más popular y postula que un déficit relativo o absoluto en las concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión, mientras que excesos de ellos producen manía. Más recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor. Adicionalmente se han relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.²²

- B. **Neuroendocrinos:** Algunos síntomas del síndrome clínico como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo. Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de triiodotironina (T3), poseen depresión, sin embargo,

muchos pacientes con depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea. Otro hallazgo importante es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormona del crecimiento durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión.²²

- C. **Neurofisiológicos:** Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que se les realiza electroencefalograma EEG, es la disminución de los movimientos oculares rápidos MOR.²²
- D. **Genéticos y familiares:** Estudio en familiares han revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1,5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general.²²
- E. **Factores Psicológicos:** Algunos autores sugieren que en las depresiones, principalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia. Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos.²²

Secundarias.

- A. **Medicamentosas:** Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión, la gran mayoría de ellos de forma ocasional, y unos pocos con mayor frecuencia. Entre ellos los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (indometacina, fenacetina, fenilbutazona), antibióticos (cicloserina, griseofulvina, sulfas, isoniazida), hipotensores (clonidina, metildopa, propanolol, reserpina, bloqueadores de canales de calcio), antipsicóticos, drogas cardiacas (digitálicos, procainamida), corticoesteroides y adrenocorticotrópicos (ACTH) disulfirán, L-Dopa, metisérgida y contraceptivos orales.²²
- B. **Enfermedades orgánicas:** Cualquier enfermedad, especialmente las graves, puede causar depresión como reacción psicológica, pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia; Alzheimer, Parkinson, Huntington, epilepsias, esclerosis múltiple, hipotiroidismo, trastornos del calcio, feocromocitoma, porfirina, cáncer de páncreas, infarto al miocardio.²²
- C. **Enfermedades infecciosas:** Hepatitis, influenza y brucelosis.²²
- D. **Enfermedades psiquiátricas:** La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos. Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión. El alcoholismo y la fármacodependencia pueden también producir depresión secundaria.²²

La fisiopatología subyacente al trastorno depresivo mayor (depresión mayor) no ha sido aclarada. Estudios clínicos y preclínicos señalan como factor relevante la alteración de la actividad de serotonina (5-HT) en el sistema nervioso central. Otros neurotransmisores implicados son la noradrenalina y la dopamina.²²

FISIOPATOLOGÍA

La importancia en la fisiopatología de la depresión mayor de la actividad de la serotonina en el sistema nervioso central (SNC) se sustenta en la eficacia obtenida por los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión mayor. Además, existen estudios que señalan que la disminución de triptófano en los pacientes estudiados en remisión, que ocasiona un descenso temporal de las concentraciones de serotonina en el SNC, puede producir una recaída aguda o transitoria de los síntomas depresivos. Las neuronas serotoninérgicas implicadas en trastornos afectivos se localizan en el núcleo dorsal del rafe, el sistema límbico y la corteza prefrontal izquierda.²²

La experiencia clínica indica que en la depresión mayor existe una interacción compleja entre la disponibilidad del neurotransmisor, la regulación y la sensibilidad del receptor y los síntomas afectivos. Ciertas drogas como la cocaína que sólo producen una elevación brusca de los neurotransmisores disponibles, no son eficaces como antidepresivos a largo plazo. Además, por lo general es necesario administrar el antidepresivo durante varias semanas para conseguir un cambio en la sintomatología. Esto junto a los hallazgos preclínicos, implica la regulación a largo plazo de los receptores neuronales en respuesta a un aumento de la disponibilidad de neurotransmisores.²²

Todos los antidepresivos parecen actuar mediante uno o más de los siguientes mecanismos: inhibición presináptica de la captación de 5-HT o noradrenalina, actividad antagonista en los receptores inhibidores presinápticos 5-HT o noradrenalina que aumenta la liberación de neurotransmisores, o inhibición de la monoaminoxidasa, que disminuye la degradación de neurotransmisores.²²

CUADRO CLÍNICO

El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso. El paciente puede mostrar un aspecto patético, con el ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, evitando mirar a los ojos y hablando como monosílabos o callado. El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones por culpa, ideas de autodenigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio; también son frecuentes las alteraciones del sueño. En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido y desvitalizado. Para estos pacientes ser capaz de llorar, representa un signo de mejoría.²²

La melancolía, llamada antes depresión endógena, constituye un cuadro clínico cualitativamente distinto, caracterizado por una lentitud de pensamiento y actividad notable o agitación psicomotriz

(inquietud, retorcerse las manos, habla atropellada), pérdida de peso, culpabilidad irracional y pérdida de capacidad para experimentar placer. El estado de ánimo y la actividad varían a lo largo del día, con su punto más bajo por la mañana. La mayoría de los pacientes melancólicos se quejan de tener dificultad para conciliar el sueño, se despiertan muchas veces y sufren insomnio a mitad de la noche o por la mañana muy temprano. El deseo sexual falta o está disminuido a menudo. Puede haber también amenorrea, anorexia y pérdida de peso, con alteraciones secundarias del equilibrio electrolítico.²²

En la depresión atípica los signos vegetativos dominan el cuadro clínico, incluyendo síntomas de ansiedad y fobia, empeoramiento nocturno, insomnio inicial, hipersomnia que a menudo se extiende a lo largo del día e hiperfagia con aumento de peso. Los pacientes que sufren este tipo de depresión tienen un mejor estado de ánimo ante acontecimientos positivos, pero a menudo se derrumba ante las menores adversidades, cayendo en una posición paralizante, por eso se dice que la depresión atípica y los episodios bipolares, se traslapan.²²

Otras de las clasificaciones agrupa a la depresión en 3 grupos según la sintomatología que se presente; el primero consulta por síntomas depresivos (tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, etc), un segundo grupo que presenta síntomas generales u orgánicos (insomnio, anorexia, cansancio, cefalea, vértigo), el tercer grupo que presenta síntomas psiquiátricos dentro de los cuales predomina la ansiedad.²²

El segundo y tercer grupo con frecuencia son mal diagnosticados y reciben tratamiento inapropiado o no reciben tratamiento.²²

Predominio depresivo.

Se presenta un ánimo deprimido y pérdida de interés en casi todas las cosas y actividades. Se manifiesta por tristeza, vacío, llanto, sentimientos de minusvalía, culpa exagerada, pensamientos de muerte, intentos de suicidio, abandono o disminución de las actividades placenteras, disminución del placer sexual, entre otras.²²

También son frecuentes en este subgrupo el insomnio, la hipersomnia, anorexia o la hiperfagia, fatiga, cansancio, constipación, pérdida o disminución de la libido, trastornos menstruales; además el ciclo diurno puede estar invertido y pueden existir dolores en cualquier parte del cuerpo, siendo lo más frecuente la cefalea.²²

Predominio somático.

Aunque cualquier síntoma somático puede estar presente en el paciente deprimido, los más comunes son los trastornos de homeostasis, neurológicos y autonómicos.²²

- A. **Homeostasis general:** Se presenta pérdida de peso (sin causa orgánica definida), así como insomnio, somnolencia diurna y fatigabilidad.
- B. **Dolor:** La asociación entre depresión y dolor está bien establecida. De hecho es el

síntoma inicial en el 35% de los pacientes. Los dolores más comunes son: articular, del tórax, de los miembros, a nivel de abdomen y neuralgias. Los pacientes refieren cefalea como “peso en la cabeza, una banda que aprieta, y tirantez en la nuca”.²²

- C. **Neurológicos:** El vértigo es uno de los síntomas más frecuentes y es definido como un mareo una sensación de “que se va a caer” y una marcha insegura. Otros síntomas frecuentes son tinnitus, visión defectuosa, fallas en la memoria y en la concentración. Con estos síntomas, debe hacerse diagnóstico diferencial de demencia senil, en paciente geriátrico.²²
- D. **Autonómicos:** Palpitaciones, disnea, polaquiuria, sequedad de boca, constipación, visión borrosa y sofocos.²²
- E. **Otros:** Se puede presentar una sensación de “tener una bola en la garganta”, dispepsia, prurito, menstruaciones irregulares.²²

Predominancia de otros síntomas psiquiátricos

- A. **Ansiedad:** Se experimenta como una agonía, sudoración en las manos, palpitaciones, ahogo, sequedad de boca, bolo esofágico, sensación de vacío en el estómago y opresión en el pecho.²²
- B. **Alcoholismo y farmacodependencia:** Aunque es más común que este cuadro se presente en la depresión secundaria, se puede dar también en la primaria.²²
- C. **Hipocondriasis:** Suele presentarse en los pacientes deprimidos. En un estudio se encontró que el 21% de los pacientes hipocondriacos también eran depresivos.²²

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión es clínico estableciendo una historia médica completa. Evaluar síntomas, inicio, duración, presentación, recurrencia, tratamiento o no de los mismos; pensamientos de muerte o suicidio. Además establecer trastornos depresivos en familiares. Descartar causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar.¹⁸

No existen marcadores patognomónicos de la depresión. El diagnóstico en la clínica práctica y en estudios clínicos, se basa en una serie de signos y síntomas. Estos criterios han permitido distinguir varios trastornos emocionales con diferentes causas y que requieren un manejo clínico diferente.

Los criterios diagnósticos se basan en dos clasificaciones (CIE-10 y DSM- IV). Para diagnosticar un episodio de depresión mayor según DSM-IV como el CIE-10 son: ¹⁸

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días.
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales.
- Disminución o aumento del peso o del apetito.
- Insomnio o hipersomnia (dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad intelectual.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage; la Escala de Depresión de Zung; el Inventario de Depresión de Beck; el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton.¹⁸

El Inventario de Depresión de Beck como instrumento para identificar sujetos subclínicamente deprimidos.

El Inventario para la Depresión de Beck o BDI (Beck Depression Inventory), es el instrumento de auto-aplicación más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación médica y epidemiológica.¹⁶

El BDI se encuentra entre los doce tests más usados en Estados Unidos (Piotrowski, 1996). Asimismo,

diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular en el ámbito internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Tennen, Hall y Affleck, 1995; Vázquez, 1986, 1995; Vredenburg et al., 1993).¹⁶

El BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. 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. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.¹⁶

Existen varias versiones de diferente extensión, una versión más amplia de 42 ítems y una versión más breve de 13 ítems. Este instrumento ha sido adaptado y validado al español por Conde y Useros.¹⁶

En la versión de 21 ítems, el valor de cada uno de los ítems es distinto, no teniendo puntos de corte establecidos para una adecuada interpretación.¹⁶

En la versión abreviada (13 ítems) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos, la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2 y la cuarta vale 3 puntos.¹⁶

TRATAMIENTO

Tratamiento Farmacológico.

Los antidepresivos se asignan a grupos tomando como base las sustancias químicas cerebrales sobre las cuales estos tienen efecto.²³

Los fármacos antidepresivos con los que contamos actualmente tienen una alta eficacia, mejorando las condiciones anímicas, funcionamiento social y familiar y disminuyendo el riesgo, de suicidio en los pacientes deprimidos. (ver cuadro)

Grupo de antidepresivos	Fármacos	Rango de dosis en mg/ día adultos
Tricíclicos	Imipramina	150-200
	Desipramina	150-250
	Clomipramina	150-200
	Amitriptilina	150-200
	Nortriptilina	75-100

Tetracíclicos	Maprotilina	50-200
	Manserina	30-60
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS)	Fluoxetina	20-60
	Fluvoxamina	50-150
	Paroxetina	20-40
	Sertralina	50-200
	Citalopram	20-60
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Noradrenalina (NARIS)	Reboxetina	8-10
Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina (ISRSN)	Velafaxina	75-350
Compuestos diversos	Bupropion	210-450
	Trazodona	150-400
	Nafazodona	300-600
Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)	Fenelzina	30-90
	Isocarboxacida	20-50
	Tranilcipromina	20-60

No farmacológico

Existen diversas formas de abordar la depresión, ahora explicaremos dos tipos de terapia para este estado o trastorno que también ayudan a la recuperación de estas personas, no debemos olvidar que la depresión es multifactorial y no sólo se necesita de un método para ayudar al paciente.²³

Psicoanálisis

El concepto de depresión según el psicoanálisis es “la incapacidad de manejar al yo en su ambiente”.²³

La depresión también depende de dos categorías: la pérdida de un objeto y la discapacidad de controlar al yo. Todas estas defensas se dan por el conflicto que tiene el yo con la pérdida del objeto. Según esta corriente las personas que padecen este estado o trastorno viven la “pérdida” como algo terrible e insuperable y es por eso que se hunden en la depresión ya que tienen un conflicto interno demasiado fuerte como para poder salir adelante.²³

En las personas con este trastorno pueden aparecer diferentes mecanismos de defensa como la negación o somatización para el manejo de este.

El psicoanálisis también tiene muy presente la importancia de los medicamentos para la depresión ya que si consideran el daño fisiológico pero el tener una psicoterapia es igualmente necesario para poder

salir de este trastorno tal y como lo menciona Mentzos. S. En el “Forum de psicoanálisis”: “A treatment of depression only with medicaments without psychotherapy is, therefore, to be considered as malpractice.”²³ En el 2008, se hizo una investigación comparando a dos grupos de personas, cabe recalcar que los dos grupos manifestaban distintas patologías entre ellas, depresión.²³

El experimento trataba de comparar a pacientes que sólo llevaban medicamentos con los que asistían a terapias, y se llega a la conclusión de que los pacientes con terapia eran mucho más introspectivos y preocupados por su parte emocional que los que sólo tomaban medicamentos y evitaban cualquier situación.²³

La idea es que las personas con depresión mayor tienen una mejor recuperación si llevan un tratamiento psicoanalítico con mayor frecuencia y de larga duración en comparación con los que llevan un tratamiento con frecuencia más baja y menor duración, como lo dice Zevalkink.²³

Hay comparaciones en las que se habla de que terapia funciona mejor para las personas con depresión. Se compara a la terapia psicodinámica con la cognitivo conductual. Se explica que el psicoanálisis se enfoca más allá de los síntomas y va directo a las emociones reprimidas y dolorosas para el paciente.

Según esta corriente existen dos tipos de terapia para abordar la depresión: a) el primero que es el más antiguo que destaca la importancia de la agresión y la culpa y b) el modelo más moderno que habla de la tensión entre la realidad y el yo ideal del paciente.²³

Terapia cognitivo-conductual.

Debido a que el tratamiento para la depresión solamente con fármacos no ha sido suficiente para los pacientes, se ha intentado acompañar los medicamentos con diferentes terapias como la cognitivo-conductual. Para comparar los resultados se realizó un estudio con 130 personas diagnosticadas con depresión mayor tratadas con fármacos, otros con terapia cognitivo-conductual y con ambos. Se les aplica la escala de Beck y la de Hamilton antes y después del tratamiento. Los resultados muestran que los que sólo recibieron fármacos no presentan mejoría importante ante la depresión y los que fueron tratados con la terapia si muestran un cambio positivo ante el trastorno aunque los que muestran mayor cambio son los tratados con ambos.²³

Aunque no se conoce mucho sobre las ventajas de la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la depresión y el mantenimiento del bienestar que este tipo de terapia tiene, existe otro estudio realizado por Petersen, Harley y Montoya en el que se realiza una comparación con pacientes tratados con fluoxetinas y otros con fármacos acompañados por terapia cognitivo conductual.²³ Después de aplicar el Attributional Style Questionnaire los resultados mostraron avances positivos en ambos pero una gran diferencia entre los dos grupos. El segundo grupo tratado con fármacos y terapia cognitivo-conductual obtuvo un puntaje mayor en mejoría de la depresión. Con estos estudios se puede ver que la depresión

debe tener un tratamiento en el que se le de seguimiento a ambas partes, los medicamentos y la terapia. A diferencia de otras terapias la cognitivo-conductual es útil para todos los grupos, tomando en cuenta clases sociales y edades. Y sirviendo también como un método preventivo. Es importante tomar en cuenta que existen diversas opciones de tratamiento y es necesario evaluar a un paciente con depresión mayor de forma objetiva para poder definir si el tratamiento es efectivo o requiere otro manejo, recordando que la mejor opción es un abordaje multidisciplinario.²³

RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA

Tanto los datos clínicos sobre patrones sindromáticos, curso evolutivo y respuesta terapéutica, como las investigaciones epidemiológicas y familiares muestran una clara asociación entre trastornos de ansiedad, sobre todo la angustia y depresión mayor. El estudio ECA y el Zurich muestran solapamientos entre los diferentes cuadros de ansiedad entre si y entre estos la depresión.

Los trabajos de Dubovsky (1990) y Riskind, Beck, Brown, Berchick y Steer (1987), concluyen que en algunos casos, un mismo paciente puede cumplir los criterios diagnósticos completos de ansiedad y depresión, con lo cual, en estos casos se suele establecer el diagnóstico en función de los síntomas más prominentes que manifieste el paciente. Con esta manera de proceder se hace implícita el que exista una sintomatología primaria y otra secundaria, estando esta última condicionada a la evolución de la primera. Esta forma de establecer el diagnóstico y, por lo tanto, de abordar el proceso de intervención terapéutica, obviamente puede llevarnos a errores diagnósticos y fracasos terapéuticos.²⁴

En un estudio que se realizó en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco donde se evaluaron a 333 adultos mayores de 60 años y más, que fueron seleccionados mediante un censo que se realizó en el 2009, a un total de 5 edificios multifamiliares de más de 20 años de antigüedad y con infraestructura y condiciones de viviendas inadecuadas. Se encontró que el 83.5% de 333 adultos mayores señalaron algunas condiciones de la vivienda inadecuadas, 30.6% expresaron sentimientos negativos por su vivienda, 60.1% percibieron su calidad de vida como buena, 85.8% señalaban que las dimensiones: ambiente y relaciones sociales inadecuadas, 11.1% mostraron una ansiedad de tipo cognitiva, las mujeres tuvieron altos puntajes de depresión 70.0% rasgo y 67.7% estado, la edad fue determinante para la buena calidad de vida. Se detectaron al sexo, edad y depresión como indicadores significativos asociados a la calidad de vida.⁶

HISTORIA DE LAS RESIDENCIAS MÉDICAS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO

Los antecedentes que se tienen sobre las especializaciones médicas en México datan de la época prehispánica y se acentuó durante el Virreinato con la apertura de hospitales de especialidades, y no es sino hasta el siglo XX cuando se impulsó más su creación y consolidación.²⁵

En el año de 1906 se estableció en la Escuela de Medicina un programa de cursos para graduados de diversas especialidades. A partir de la creación de la primera residencia del Hospital General, en 1942, la realización de estos cursos se hizo regular y ordenada.²⁵

A mediados del siglo XIX Teodoro Billroth ideó en Viena un sistema de residencias; él redactó un programa de adiestramiento, hizo una rigurosa selección de alumnos, exigió una preparación a conciencia, contempló la rotación y el estrecho contacto con los servicios de Medicina Interna y organizó una consulta externa, con seguimiento muy minucioso de los casos.²⁵

Se constituyó así la residencia médica con adiestramiento y preparación para los médicos jóvenes recién graduados. Se realizaba dentro de un hospital durante un tiempo exclusivo y era avalada por una institución universitaria.²⁵

En el año de 1994 la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) desarrolló el Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM), que evalúa el cumplimiento de los diferentes cursos que se imparten en las especialidades médicas.²⁵

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El médico residente es, por definición operativa, el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, éstos deben estar avalados y supervisados por una institución universitaria.²⁶

La ansiedad y la depresión se ubican entre los primeros lugares como causa de discapacidad en nuestro país. Estas patologías pueden ser precipitadas por los programas de formación de especialistas, donde las cuestiones laborales, sociales y académicas pueden alterar el estado emocional de los médicos en formación de posgrado, afectando así la calidad de vida de los mismos, sin embargo en México, hay pocos estudios al respecto, por lo que es necesario crear acciones que mejoren el bienestar biopsicosocial de los médicos residentes.

En un estudio realizado en el 2010 a un grupo de residentes de distintas especialidades del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE, se encontró que la prevalencia del trastorno ansioso o depresivo fue mayor en los residentes de menor edad que cursaron el primer año de residencia médica; sobre todo, la prevalencia fue mayor en las mujeres; la mitad de los residentes del servicio de Anestesiología padeció los dos trastornos, mientras que en el servicio de Medicina Interna, fue menor la coexistencia patológica. Las principales causas de los trastornos fueron: los horarios demandantes y las jornadas de trabajo extenuantes.²⁵

En otro estudio realizado en 59 residentes de la especialidad en Medicina Interna de la Universidad de Sao Paulo se encontró una elevada correlación entre los niveles de ansiedad y depresión, siendo más importantes en las mujeres en comparación con sus compañeros de rotación.¹⁶ En 2010, investigadores de la Universidad de California encontraron que hasta 60% de los residentes médicos cumplían los criterios del DSMIV para depresión mayor.²⁷

En 2005, en el Hospital de Pediatría (HP), Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMNSXXI), se encontró 64% de prevalencia de depresión y 47% de ansiedad entre los residentes de Pediatría, cifras mucho mayores a las de la población general.²⁶ Otro estudio realizado en Canadá entre residentes de Medicina Familiar, describió una menor prevalencia de depresión y ansiedad (20 y 12%, respectivamente), aunque esto representó 3 a 4 veces más que la población general de ese país.²⁷

El diagnóstico oportuno y el conocimiento de los factores de riesgo para ambas enfermedades son indispensables para la disminución de los índices de morbilidad y una mejor calidad de vida.

¿Cuáles son los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y de las especialidades troncales?

1.2 JUSTIFICACIÓN

En México es muy complicado obtener un lugar para realizar un curso de especialidad médica: en el 2013, 26 mil 600 médicos presentaron el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), de estos sólo fueron aceptados 7 mil 150 en 28 especialidades de entrada troncal.^{28,29} Existen pocos estudios en la literatura nacional e internacional que evalúe la calidad de vida y los estados de depresión y ansiedad en nuestros médicos residentes. Al no contar con ello, no conocemos de un modo tangible el estado de salud mental, por lo tanto no podemos beneficiarlos de medidas fehacientes y efectivas que reduzcan estos niveles de depresión y ansiedad que favorecen una mala calidad de vida como resultado de los programas de residencias médicas. Si se tiene un diagnóstico de salud mental se podrían planear acciones basándose en los resultados del estudio.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Evaluar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud en los médicos residentes del ISSSTE de las especialidades de medicina familiar y las especialidades troncales.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de calidad de vida de los residentes en su totalidad y por especialidad.
- Determinar la prevalencia de ansiedad en los residentes en su totalidad y por especialidad.
- Determinar la prevalencia de depresión en los residentes en su totalidad y por especialidad.
- Relacionar el nivel de calidad de vida con ansiedad y con depresión por especialidad médica.
- Relacionar el nivel de calidad de vida con ansiedad y depresión en función del año académico.
- Relacionar el nivel de calidad de vida con ansiedad y depresión en función del sexo.
- Relacionar el nivel de calidad de vida con ansiedad y depresión en función del estado civil.

1.4 HIPÓTESIS

Hipótesis nula: No existirán diferencias con significancia estadística en los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida entre los médicos residentes de medicina familiar y los de cada una de las especialidades troncales.

Hipótesis nula: No existirán diferencias con significancia estadística en los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida entre los médicos residentes en función del grado escolar.

Hipótesis nula: No existirán diferencias con significancia estadística en los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida entre los médicos residentes en función de otras variables de estudio como sexo y estado civil.

Hipótesis alterna: Si existirán diferencias con significancia estadística en los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida entre los médicos residentes de medicina familiar y los de cada una de las especialidades troncales.

Hipótesis alterna: Existirán diferencias con significancia estadística en los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida entre los médicos residentes en función del grado escolar.

Hipótesis alterna: Existirán diferencias con significancia estadística en los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida entre los médicos residentes en función de otras variables de estudio como sexo y estado civil.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal, observacional, prospectivo, no aleatorizado.

2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos y médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar de las Clínicas del primer nivel del ISSSTE con aval de la Facultad de Medicina UNAM, del Distrito Federal. Inscritos en el programa único de especialidades médicas 2013-2014.

2.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se realizó cálculo de tamaño de muestra, ya que se incluyó al total de médicos residentes de las especialidades troncales del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos y de los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar de las Clínicas de primer nivel del ISSSTE avaladas por la UNAM, del Distrito Federal.

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.4.1 Criterios de inclusión.

- Estar inscrito al programa único de especialidades médicas en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, en las especialidades médicas troncales: Medicina interna, Ginecología, Pediatría, Cirugía General y Urgencias Médicas.
- Estar inscrito al programa único de especialidades médicas en la especialidad de Medicina Familiar en las CMF del ISSSTE avaladas por la Facultad de Medicina UNAM.

- Que acepte y firme consentimiento informado

2.4.2 Criterios de exclusión.

- Que no asistan el día de aplicación de los instrumentos por diversas causas; enfermedad, vacación, etc.

2.4.3 Criterios de eliminación.

- Encuestas contestadas en forma incompleta

2.5 VARIABLES DE ESTUDIO

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Sexo	Características biológicas.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.- Masculino 2.- Femenino
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Independiente Cuantitativa	Escala de razón y proporción	Años expresados
Estado civil	Situación dentro de la sociedad.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Soltero 2.-Casado 3.-Divorciado 4.-Unión libre 5.-Viudo
Nacionalidad	Condición y carácter peculiar de los pueblos e individuos de una nación.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Mexicana 2.-Extranjera
Con quien vive	Personas con las que cohabita en espacio.	Independiente cualitativa	Nominal	1.-Padres 2.-Pareja 3.-Solo 4.-Otros
Números de hijos	Cantidad de descendientes.	Independiente Cuantitativa	Ordinal	Hijos expresados

Especialidad	Rama particular de la medicina.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Medicina Familiar 2.-Cirugía General 3.-Ginecología y Obstetricia 4.-Medicina Interna 5.-Urgencias Médicas 6.-Pediatria
Año de Curso	Nivel de estudio que se ha adquirido.	Independiente Cuantitativa	Ordinal	Primero Segundo Tercero Cuarto
Tipo de Guardias	Servicio especial y obligatorio que se realiza por turnos y que se hace fuera del horario normal de trabajo.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-C 2.-D 3.->D 4.-No hace
Lugar de origen	Lugar de donde procede.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Ciudad de México 2.-Interior de la república
Residencia actual	Lugar en donde vive actualmente.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Ciudad de México 2.-Interior de la república
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Católico 2.-Cristiano 3.-Testigo de Jehova 4.-Otra
Antecedentes Heredo Familiares	Dato o circunstancia familiar, anterior al estado actual.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Ansiedad 2.-Depresión
Padece alguna enfermedad crónica	Alteración del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, de etiología conocida, que se manifiesta por síntomas y signos.	Independiente Cualitativa	Nominal	1.-Diabetes mellitus 2.-HTA 3.-Otra

Realiza alguna actividad deportiva	Acto de ejercitarse físicamente.	Independiente Cualitativa	Nominal	0: Nunca 1: Alguna vez al año o menos 2: Una vez al mes o menos 3: Algunas veces al mes o menos 4: Una vez a la semana 5: Varias veces a la semana 6: Todos los días
Acude alguna actividad recreativa	Actividades que producen distracción.	Independiente Cualitativa	Nominal	0: Nunca 1: Alguna vez al año o menos 2: Una vez al mes o menos 3: Algunas veces al mes o menos 4: Una vez a la semana 5: Varias veces a la semana 6: Todos los días
¿Ha tenido incapacidades durante el último año?	Falta de capacidad o potencia para el trabajo en un tiempo determinado.	Independiente Cualitativa	Nominal	0: Nunca 1: Alguna vez al año o menos 2: Una vez al mes o menos 3: Algunas veces al mes o menos 4: Una vez a la semana 5: Varias veces a la semana 6: Todos los días
Ansiedad	Temor de un individuo ante un peligro real o imaginario.	Dependiente Cualitativa	Escala de razón y proporción	(BAI) 0 "en absoluto" 1 "leve" 2 "moderada" 3 "severa"

Depresión	Disminución del tono afectivo y autoestima.	Dependiente Cualitativa	Escala de razón y proporción	(BDI) 0-13 “minima” 14-19 “leve” 20-28 “moderada” 29-63 “Grave”
Calidad de vida Relacionada con la salud	El impacto de la salud y la enfermedad en la calida de vida.	Dependiente Cuantitativa	Escala de razón y proporción	Las puntuaciones más altas reportan peores niveles de funcionamiento

2.6 DISEÑO DE ESTUDIO (SELECCIÓN DE LAS FUENTES, MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN).

Previa firma de consentimiento informado (Anexo # 1) se aplicaron los siguientes cuestionarios en las aulas de la unidad de Posgrado de la UNAM y del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE:

- Un cuestionario, (Anexo # 2) en donde se especifiquen los datos obtenidos de los participantes en el estudio: sexo, edad, estado civil, nacionalidad, lugar de origen, residencia actual, número de hijos, año de curso, tipo de guardias, con quien vive, religión, si padece alguna enfermedad crónica, antecedentes familiares de ansiedad y depresión, si realiza alguna actividad deportiva, si acude alguna actividad recreativa y si se ha incapacitado en el último año.
- Las viñetas COOP/WONCA (anexo # 3) para determinar la calidad de vida en los residentes: En su versión actual el instrumento abarca un total de 7 láminas. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud las últimas dos semanas y 5 posibles respuestas. Cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de 5 niveles. Las puntuaciones más altas expresan peores niveles de funcionamiento.

Cada lámina representa una dimensión de la calidad de vida. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa en las dimensiones estudiadas. La validación de este cuestionario en la población española fue llevada a cabo por L. Lizán Tudela y Reig Ferrer.⁹

- El Inventario de Beck para la determinación de la ansiedad: (Anexo # 4) Es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto”, 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a “moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3

a “severamente, casi no podía soportarlo”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación). Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. Fue validado por Tafoya y cols. en estudiantes de la UNAM que solicitaron atención psiquiátrica al Departamento de Salud Mental durante el período de agosto de 2000 a abril de 2001.²⁹

- El Inventario de Beck para la determinación de la depresión: (Anexo # 5) Es un instrumento de autoaplicación que se utiliza para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación médica y epidemiológica. Consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.²⁰ Sus puntuaciones son (0-13 “minima” 14-19 “leve”, 20-28 “moderada” y 29-63 “Grave” Este instrumento ha sido adaptado al español por Sanz, Perdigón y Vázquez.³⁰

2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó estadística descriptiva en la elaboración de tablas de frecuencia, y medidas de resumen en las variables cuantitativas.

Para contrastar las hipótesis planteadas: Se utilizó estadística inferencial a través de las pruebas de Kruskal Wallis debido al nivel ordinal de las variables ansiedad y depresión, así como t de student para calidad de vida. Para asociar o correlacionar ansiedad y depresión se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman. Nivel de significancia 0.05. Programa estadístico SPSS versión 18.

3. ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 PROGRAMA DE TRABAJO

Actividad mes-año	Octubre a Diciembre del 2012	Enero del 2013	Febrero del 2013	Marzo del 2013	Abril del 2013	Mayo del 2013	Junio del 2013	Julio del 2013
Elección del tema	XX							
Búsqueda de bibliografía	XX							
Elaboración del protocolo	XX	XX	XX	XX	XX	XX		
Registro del protocolo							XX	

Trabajo de campo						XX	XX	
Elaboración de base de captura de datos							XX	XX
Análisis de datos							XX	XX

3.2 RECURSOS

3.2.1 Recursos humanos:

- ✓ Dr. Luis Alberto Vázquez Ramírez: Residente de la especialización de Medicina Familiar.
- ✓ Dra. Catalina Monroy Caballero: Asesor de tema de tesis
- ✓ MC. Alberto González Pedraza Avilés: Asesor metodológico de tesis

3.2.2 Recursos físicos: Aulas de enseñanza de la Unidad de Posgrado de la UNAM y del área de enseñanza del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE.

3.2.3 Recursos materiales:

- ✓ Bolígrafo,
- ✓ Copias de hojas de la ficha sociodemográfica,
- ✓ Copias de hojas con las viñetas de calidad de vida del COOP-WONCA,
- ✓ Copias de hojas con el inventario de Beck para depresión e inventario de Beck para ansiedad.

3.2.4 Recursos financieros:

Los gastos del trabajo corrieron a cargo del propio investigador principal.

3.2.5 Recursos Tecnológicos:

- ✓ Computadora.
- ✓ Programa Mountain Lion para Mac
- ✓ Programa SPSS. V. 18

3.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este trabajo se fundamenta desde el punto de vista ético en: La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Art. 4, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, Art. 17 frac. 1 (referido a los estudios considerados sin riesgo, ya que se emplean técnicas y métodos de investigación retrospectiva en los que no se aplica ninguna intervención para la modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los sujetos que participan en el estudio, entre los instrumentos que se emplean son cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes y otros). Cumpliendo con los criterios de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (Art. 13. Apegándose a los Art. 13, 14, 16 y 18). Se le solicitará su autorización (sobre la base del Art. 21 y 22) y de acuerdo al Art. 23 se podrá dispensar del consentimiento informado al tratarse de un estudio sin riesgo, otorgándose solo que a petición del paciente este lo solicite.

En la declaración de Helsinki de 1964 y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983, Hong Kong en 1989, de Ginebra del año 2000 e incluyendo Seúl Corea, 2008.

4. RESULTADOS

Para la aplicación de este protocolo se contaba con una lista nominal de 109 residentes, sin embargo al aplicar los criterios de selección el número final fue de 77 residentes. El promedio de edad de los participantes fue de 28.7 +/- 3.3 años. De estos 43 (55.8%) eran del sexo femenino y 34 (44.2%) del sexo masculino. Para el estado civil, la mayor prevalencia fue el ser soltero con 46 residentes (59.7%), seguido de los casados con 23 (29.9%). Las características sociodemográficas de la población de estudio se presentan en la tabla 1.

Con relación de las características propias de la residencia, la mayor participación fue de la especialidad de medicina familiar con 30 residentes (39%), seguidas de cirugía general y medicina interna con 12 (15.6%). De igual forma se observa que los que tuvieron mayor participación en el estudio fueron los del tercer año de curso con un porcentaje del 32.5 %, seguidos de los de segundo año con un porcentaje del 29.9%. Las características propias de la residencia se presentan en la tabla 2.

En cuanto a los antecedentes familiares de ansiedad y depresión se observa que en el 63.6 %, no existe antecedente de alguna de estas dos patologías. De igual forma se encontró que la mayoría de los residentes no cuentan con antecedentes de enfermedades crónicas (77.9%). Las características de salud de la población de estudio se presentan en la tabla 3.

Con relación a los resultados de ansiedad del total de la población de estudio, 7 residentes (9.1%) presentaron ansiedad moderada y sólo 2 (2.6%) ansiedad severa. Para los resultados de ansiedad por especialidad, la ansiedad moderada se presentó con mayor prevalencia en los residentes de urgencias médicas (25%) y en los de gineco-obstetricia (22.2%). Estos resultados se presentan en la tabla 4.

Con relación a depresión para el total de la población, 7 residentes (9.1%) presentaron depresión de moderada a grave. Por especialidad, pediatría es el menos afectado mientras que urgencias médicas con 25% y gineco-obstetricia con 22% son las mayormente afectadas con depresión moderada. El único caso de depresión grave fue de un residente de Medicina Familiar. Estos resultados se presentan en la tabla 5.

Con relación a los resultados de calidad de vida para el total de la población la dimensión con promedio más bajo fue actividades cotidianas (1.66) seguida de dolor (1.94) y actividades sociales (1.95), mientras que el promedio más alto fue la dimensión de sentimientos (2.51). Cabe destacar que a mayor promedio peor calidad de vida. Por especialidad, los promedios más altos para el total y la mayoría de las dimensiones correspondieron a las especialidades de urgencias médicas y medicina interna. Estos resultados se presentan en la tabla 6.

Al relacionar los resultados de ansiedad con calidad de vida en el total de la población, se encontró significancia estadística en las dimensiones de sentimientos ($p=0.027$), cambios en el estado de salud ($p=0.026$), en dolor ($p=0.001$) y en la calidad de vida total ($p=0.006$). Por especialidad urgencias médicas presentó significancia estadística en las dimensiones de forma física ($p=0.039$) y dolor ($p=0.035$), y cirugía general en la dimensión de dolor ($p=0.036$). Resultados en la tabla 7.

Con respecto a la relación entre depresión y calidad de vida, para la población total se obtuvo significancia estadística con las dimensiones de sentimientos ($p=0.020$), actividades sociales ($p=0.01$), actividades cotidianas ($p=0.040$), estado de salud ($p=0.003$), dolor ($p=0.020$) y el total ($p=0.08$). Para el análisis por especialidad, en gineco-obstetricia se encontró relación con las dimensiones de estado de salud ($p=0.031$), actividades sociales ($p=0.023$) y el total ($p=0.040$), para urgencias médicas se obtuvo relación con actividades sociales ($p=0.039$) y con el total ($p=0.043$). Resultados en la tabla 8.

12 (15.5%) de los alumnos tuvieron algún grado o nivel de ansiedad y/o depresión. Al asociar estas variables se tuvo un valor de significancia de 0.000 con un coeficiente de correlación de 0.711, lo que representa una buena asociación directa entre las variables. 5 alumnos presentaron tanto ansiedad moderada o severa como depresión moderada y grave, siendo todos de diferentes especialidades. Resultados en la tabla 9.

Al hacer el análisis de la relación entre ansiedad y depresión con calidad de vida pero en función de las variables de estudio se obtuvo lo siguiente:

Para el grado escolar y relación entre ansiedad y calidad de vida se obtuvo significancia estadística en los residentes de 3er año y las dimensiones de forma física ($p=0.018$), actividades sociales ($p=0.020$), cambios en el estado de salud ($p=0.034$), estado de salud ($p=0.024$) y el total ($p=0.006$). Mientras que para los de 1er año se encontró asociación con la dimensión dolor ($p=0.006$). Resultados en la tabla 10.

Para la relación entre depresión y calidad de vida sólo se obtuvo significancia estadística entre los alumnos de tercero y el estado de salud ($p=0.044$) y para los alumnos de primero con actividades sociales ($p=0.021$), y el total ($p=0.047$) Resultados en tabla 11.

Para el sexo y la relación entre ansiedad y calidad de vida se encontró relación con significancia estadística entre el sexo femenino y la dimensión dolor ($p=0.006$) y el sexo masculino y la dimensión estado de salud ($p=0.033$), así como en el total ($p=0.043$), Resultados en la tabla 12.

Para depresión y calidad de vida se encontró relación con significancia estadística para el sexo masculino y actividades sociales ($p=0.003$), estado de salud ($p=0.035$) y el total ($p=0.007$), mientras que para el sexo femenino sólo se encontró relación con significancia con la dimensión de actividades cotidianas ($p=0.032$). Resultados en tabla 13.

Para el estado civil y la relación entre ansiedad y calidad de vida se encontró relación con significancia estadística entre ser soltero y las dimensiones sentimientos ($p=0.022$) y dolor ($p=0.012$) y para ser casado y la misma dimensión de dolor ($p=0.049$). Resultados en la tabla 14.

Para la relación entre depresión y calidad de vida se obtuvo relación con significancia entre el ser soltero y las dimensiones estado de salud ($p=0.032$), dolor ($p=0.010$) y sentimientos ($p=0.048$). Y para ser casado con las dimensiones actividades sociales ($p=0.035$), sentimientos ($p=0.04$), estado de salud ($p=0.029$) y el total ($p=0.019$). Resultados en la tabla 15.

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población de estudio.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	34	44.2	44.2
Femenino	43	55.8	100.0
EDAD POR GRUPOS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 25 a 29 años	56	72.7	72.7
de 30 a 34 años	16	20.8	93.5
35 o más	5	6.5	100.0
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casado	23	29.9	29.9
Soltero	46	59.7	89.6
Unión libre	6	7.8	97.4
Divorciado	2	2.6	100.0
NUMERO DE HIJOS POR GRUPO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	57	74.0	74.0
Uno a dos	19	24.7	98.7
3 o mas	1	1.3	100.0
CON QUIEN VIVE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Padres	24	31.2	31.2
Pareja	24	31.2	62.3
Solo	18	23.4	85.7
Otros	11	14.3	100.0

Tabla 2 Características propias de la residencia.

ESPECIALIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina Familiar	30	39.0	39.0
Pediatría	6	7.8	46.8
Gineco-Obstetricia	9	11.7	58.4
Cirugía General	12	15.6	74.0
Urgencias Médicas	8	10.4	84.4
Medicina Interna	12	15.6	100.0
AÑO DE CURSO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primero	22	28.6	28.6
Segundo	23	29.9	58.4
Tercero	25	32.5	90.9
Cuarto	7	9.1	100.0
TIPOS DE GUARDIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No realiza	1	1.3	1.3
C	40	51.9	53.2
D	29	37.7	90.9
Mayor de D	7	9.1	100.0

Tabla 3 Características de salud de la población de estudio.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	28	36.4	36.4
No	49	63.6	100.0
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL RESIDENTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	1	1.3	1.3
Si	16	20.8	22.1
No	60	77.9	100.0

Tabla 4 Resultados de prevalencia de ansiedad por especialidad y en total.

RESULTADOS DE ANSIEDAD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	ansiedad muy baja	68	88.3	88.3
	ansiedad moderada	7	9.1	97.4
	ansiedad severa	2	2.6	100.0
	Total	77	100.0	
ESPECIALIDAD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Medicina Familiar	ansiedad muy baja	27	90.0	90.0
	ansiedad moderada	2	6.7	96.7
	ansiedad severa	1	3.3	100.0
	Total	30	100.0	
Pediatría	ansiedad muy baja	6	100.0	100.0
Gineco-Obstetricia	ansiedad muy baja	7	77.8	77.8
	ansiedad moderada	2	22.2	100.0
	Total	9	100.0	
Cirugía General	ansiedad muy baja	11	91.7	91.7
	ansiedad severa	1	8.3	100.0
	Total	12	100.0	
Urgencias Médicas	ansiedad muy baja	6	75.0	75.0
	ansiedad moderada	2	25.0	100.0
	Total	8	100.0	
Medicina Interna	ansiedad muy baja	11	91.7	91.7
	ansiedad moderada	1	8.3	100.0
	Total	12	100.0	

Tabla 5 Resultados de prevalencia de depresión por especialidad y en total.

RESULTADOS DE DEPRESIÓN		Frecuencia	Porcentaje
	mínima	67	87.0
	leve	3	3.9
	moderada	6	7.8
	grave	1	1.3
	Total	77	100.0
ESPECIALIDAD		Frecuencia	Porcentaje
Medicina Familiar	mínima	27	90.0
	leve	2	6.7
	grave	1	3.3
	Total	30	100.0
Pediatría	mínima	6	100.0
Gineco-Obstetricia	mínima	7	77.8
	moderada	2	22.2
	Total	9	100.0
Cirugía General	mínima	10	83.3
	leve	1	8.3
	moderada	1	8.3
	Total	12	100.0
Urgencias Médicas	mínima	6	75.0
	moderada	2	25.0
	Total	8	100.0
Medicina Interna	mínima	11	91.7
	moderada	1	8.3
	Total	12	100.0

Tabla 6 Resultados de la media o promedio del nivel de calidad de vida en total y por especialidad.

Dimensión/ Especialidad	Total	Medicina Familiar	Pediatría	Gineco- Obstetricia	Cirugía General	Urgencias Médicas	Medicina Interna
Forma física	2.40	2.63	1.50	2.22	2.08	2.50	2.67
Sentimientos	2.51	2.43	2.50	2.11	2.17	2.25	3.50
Actividades sociales	1.95	1.83	2.17	1.67	2.00	2.50	1.92
Actividades cotidianas	1.66	1.63	1.67	1.67	1.50	1.75	1.83
Cambio estado de salud	2.40	2.03	2.83	2.22	2.42	2.88	2.92
Estado de Salud	2.40	2.30	2.83	2.67	2.25	2.33	2.42
Dolor	1.94	2.13	2.00	2.00	1.33	2.13	1.83
Total	15.1	15.03	15.50	14.56	13.75	16.63	15.92

Tabla 7 Relación entre ansiedad y calidad de vida en total y en función de la especialidad médica.

Dimensión/ Especialidad	Total	Medicina Familiar	Gineco- Obstetricia	Cirugía General	Urgencias Médicas	Medicina Interna
Forma física	0.111	0.480	0.754	1.000	0.039	0.649
Sentimientos	0.027	0.108	0.434	0.093	0.584	0.132
Actividades sociales	0.085	0.176	0.627	0.125	1.000	0.102
Actividades cotidianas	0.513	0.566	0.078	0.069	0.252	0.056
Cambio estado de salud	0.026	0.083	0.223	0.549	0.847	0.075
Estado de Salud	0.064	0.919	0.217	0.093	0.387	0.092
Dolor	0.001	0.481	0.109	0.036	0.035	0.114
Total	0.006	0.184	0.142	0.109	0.092	0.305

Valores de significancia. Prueba de Kruskal-Wallis

*Datos no calculados por el programa

Tabla 8 Relación entre depresión y calidad de vida en total y en función de la especialidad médica.

Dimensión/ Especialidad	Total	Medicina Familiar	Gineco- Obstetricia	Cirugía General	Urgencias Médicas	Medicina Interna
Forma física	0.087	0.480	0.639	0.478	0.864	0.649
Sentimientos	0.020	0.108	0.060	0.245	0.068	0.132
Actividades sociales	0.001	0.176	0.023	0.279	0.039	0.102
Actividades cotidianas	0.040	0.566	0.078	0.154	0.445	0.056
Cambio estado de salud	0.052	0.083	0.068	0.772	0.847	0.075
Estado de Salud	0.003	0.919	0.031	0.116	0.084	0.092
Dolor	0.020	0.481	0.109	0.103	0.293	0.114
Total	0.008	0.184	0.040	0.273	0.043	0.305

Valores de significancia. Prueba de Kruskal-Wallis

*Datos no calculados por el programa

Tabla 9 Asociación entre ansiedad y depresión

No de alumno	Especialidad	Ansiedad	Depresión
77	Cirugía General	Muy baja	Leve
3	Gineco-Obstetricia	Muy baja	Moderada
22	Urgencias Médicas	Muy baja	Moderada
8	Gineco-Obstetricia	Moderada	Mínima
71	Urgencias Médicas	Moderada	Mínima
14	Medicina familiar	Moderada	Leve
73	Medicina Familiar	Moderada	Leve
6	Gineco-Obstetricia	Moderada	Moderada
23	Urgencias Médicas	Moderada	Moderada
38	Medicina Interna	Moderada	Moderada
48	Cirugía General	Severa	Moderada
62	Medicina Familiar	Severa	Grave

Tabla 10 Relación entre ansiedad y calidad de vida en total y en función del grado escolar.

Dimensión/Especialidad	Total	Primero	Segundo	Tercero
Forma Física	0.111	0.761	0.635	0.018
Sentimientos	0.027	0.166	0.083	0.061
Actividades Sociales	0.085	0.351	0.194	0.020
Actividades Cotidianas	0.513	0.479	0.077	0.153
Cambio del Estado de Salud	0.026	0.735	0.074	0.034
Estado de Salud	0.064	0.692	0.085	0.024
Dolor	0.001	0.006	0.172	0.097
Total	0.006	0.164	0.879	0.006

Valores de significancia.

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 11 Relación entre depresión y calidad de vida en total y en función del grado escolar.

Dimensión/Especialidad	Total	Primero	Segundo	Tercero
Forma Física	0.807	0.576	0.635	0.215
Sentimientos	0.020	0.386	0.083	0.429
Actividades Sociales	0.001	0.021	0.194	0.088
Actividades Cotidianas	0.040	0.057	0.077	0.700
Cambio del Estado de Salud	0.052	0.693	0.074	0.269
Estado de Salud	0.003	0.122	0.085	0.044
Dolor	0.020	0.128	0.172	0.219
Total	0.008	0.047	0.879	0.070

Valores de significancia.

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 12 Relación entre ansiedad y calidad de vida en total por sexo.

Dimensión/Especialidad	Total	Masculino	Femenino
Forma Física	0.111	0.521	0.309
Sentimientos	0.027	0.250	0.098
Actividades Sociales	0.085	0.108	0.595
Actividades Cotidianas	0.513	0.245	0.467
Cambio del Estado de Salud	0.026	0.088	0.205
Estado de Salud	0.064	0.033	0.396
Dolor	0.001	0.085	0.006
Total	0.006	0.043	0.144

Valores de significancia.

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 13 Relación entre depresión y calidad de vida en total y por sexo.

Dimensión/Especialidad	Total	Masculino	Femenino
Forma física	0.807	0.318	0.898
Sentimientos	0.020	0.104	0.089
Actividades Sociales	0.001	0.003	0.255
Actividades Cotidianas	0.040	0.115	0.032
Cambio del Estado de Salud	0.052	0.204	0.069
Estado de Salud	0.003	0.035	0.055
Dolor	0.020	0.184	0.079
Total	0.008	0.007	0.292

Valores de significancia.

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 14 Relación entre ansiedad y calidad de vida en total y en función del estado civil.

Dimensión/Especialidad	Total	Casado	Soltero
Forma Física	0.111	0.257	0.248
Sentimientos	0.027	0.423	0.022
Actividades Sociales	0.085	0.459	0.070
Actividades Cotidianas	0.513	1.000	0.339
Cambio del Estado de Salud	0.026	0.143	0.066
Estado de Salud	0.064	0.069	0.412
Dolor	0.001	0.049	0.012
Total	0.006	0.056	0.054

Valores de significancia.

Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 15 Relación entre depresión y calidad de vida en total y en función del estado civil.

Dimensión/Especialidad	Total	Casado	Soltero
Forma Física	0.807	0.198	0.074
Sentimientos	0.020	0.004	0.048
Actividades Sociales	0.001	0.035	0.053
Actividades Cotidianas	0.040	0.571	0.421
Cambio del Estado de Salud	0.052	0.231	0.060
Estado de Salud	0.003	0.029	0.032
Dolor	0.020	0.509	0.010
Total	0.008	0.019	0.053

Valores de significancia.

Prueba de Kruskal-Wallis

5. DISCUSIÓN

Una de cada cuatro personas cumple criterios diagnósticos para algún trastorno de ansiedad, mientras que la depresión presenta una prevalencia de vida que va del 5 al 19 %, siendo ambas comúnmente infradiagnosticadas, e incluso, en el caso de la depresión puede llegar a ser limitante e incluso amenazante a la propia vida. Dada la alta prevalencia de estos trastornos del ánimo en la población médica, se ha visto un impacto sobre la calidad de vida de los Médicos Residentes.³²

El promedio de edad de los participantes fue de 28.7 años. Con una mayor prevalencia del sexo femenino. Esto coincide con el estudio de Aguirre y col, quienes encuentran que la edad media de médicos residentes fue de 29 años, con el mismo predominio del sexo femenino.¹¹ Para el estado civil, la mayor prevalencia fue el ser soltero, seguido de los casados. Teniendo similitud con el estudio de Rosales y col, quienes reportan 42.5% de casados y 57.4% de solteros.²⁰

En cuanto a los antecedentes familiares de ansiedad y depresión, en este estudio se obtuvo 36.4% de residentes con dichos antecedentes. Porcentaje superior al 14.19% reportado por Rosales y col.²⁰

Con relación a los resultados de ansiedad del total de la población en estudio, se obtuvo un 11.7% con ansiedad moderada y severa. Porcentaje muy por debajo del 36%, reportado por Cárdenas y col, en 259 residentes en la ciudad de Caracas utilizando el mismo instrumento que en este estudio.³² Y el 59.1% reportado por Aguirre y col, en 71 residentes de la secretaria de Salud del Estado de Nayarit, pero en este caso utilizando como instrumento diagnóstico el de Hamilton.¹¹ No se encontró en la literatura resultados que relacionen la ansiedad con las especialidades médicas.

Con relación a depresión para el total de la población 7(9.1%) residentes presentaron depresión de moderada a grave. Resultado similar al 10% reportado por Egúez S. con 51 residentes en la ciudad de Cochabamba en Bolivia, pero utilizando el Test de Zung.³³ Y al 16% referido por Rosales J y col,²⁰ en 170 residentes, aplicando el instrumento de Beck. Pero inferior al 32.3% reportado por Aguirre y col, en el estudio ya referido.¹¹ Para la depresión por especialidad existe contraste entre nuestros resultados y los reportados por Rosales y col.²⁰ Ya que mientras en este estudio Urgencias Médicas y Gineco-Obstetricia tuvieron los porcentajes mas altos para depresión cercanos al 20%, los autores mencionados refieren las especialidades de Medicina Interna y Pediatría como las de más alta prevalencia, y porcentajes cercanos al 5%. Como se puede observar en nuestro estudio los residentes de Urgencias Médicas fueron los que tuvieron los niveles más altos de depresión y esto quizás a que es un grupo que esta expuesto a una mayor carga de trabajo y trata a pacientes con patologías más graves lo que los lleva a tener problemas psicoafectivos. También se pudo observar que los residentes de Gineco-Obstetricia tienen niveles altos de esta patología y esto puede estar relacionado a que se encuentran en un lugar con mayor hacinamiento.

Con relación a la calidad de vida en el total del grupo de estudio las dimensiones de actividades cotidianas, dolor y actividades sociales presentaron mejor calidad de vida. En el estudio de Egüez S.³³ ya referido se reporta a la forma física y al dolor como las mejor calificadas pero utilizando el SF-36. En contraparte Cárdenas y col, refieren al bienestar físico como la dimensión peor calificada resultado similar al nuestro ya que la dimensión forma física en nuestro estudio se ubicó como la segunda peor calificada detrás de sentimientos. El instrumento utilizado por la Dra. Cárdenas fue el índice de calidad de vida.³² Por especialidad Prieto-Miranda S y col,³⁴ refieren a los residentes de Medicina Interna y de Urgencias Médicas como de los de peor de calidad de vida, resultados que concuerdan con lo referido en este estudio, pero que contrasta con lo reportado con Egüez y col,³³ quienes mencionan a los residentes de Gineco-Obstetricia como los de más baja calidad de vida. Aquí podemos ver claramente que los residentes de Urgencias Médicas tienen los peores niveles de calidad de vida teniendo relación a que estos misma población presentan niveles altos de ansiedad y depresión.

Al relacionar ansiedad y depresión con calidad de vida, se obtuvo significancia estadística en ambos casos, tanto para el total como la mayoría de las dimensiones. En la literatura consultada sólo se encontró el estudio de Cárdenas y col, quienes reportan relación entre la depresión y la calidad de vida.³²

Al asociar ansiedad con depresión se obtuvo significancia estadística al igual que lo reportado por Cárdenas y col.³²

Al asociar ansiedad y depresión con calidad de vida en función del grado escolar, los alumnos de tercer grado son los que presenta los peores resultados. Esto concuerda con lo reportado por Prieto-Miranda S y col, quienes refieren que la calidad de vida de los residentes se va deteriorando conforme avanza la residencia.³⁴

Al relacionar ansiedad y depresión con calidad de vida por sexo en los residentes, no se encontró en la literatura ningún estudio que haga referencia a ello. En este estudio se determinó que existe relación entre las variables tanto para el total como para algunas dimensiones pero en los hombres. Principalmente las dimensiones de estado de salud y actividades sociales.

Al relacionar ansiedad y depresión con calidad de vida por estado civil, fueron los casados los que puntaron peor tanto para el total como para unas dimensiones de calidad de vida.

6. CONCLUSIONES

Ser casado, hombre y cursar el tercer grado además de estar en Urgencias Médicas y Medicina Interna representa un mayor grado de relacionar ansiedad y depresión con peor calidad de vida.

La depresión y la ansiedad son enfermedades frecuentes en la población de residentes por lo que los convierte en un grupo de riesgo para padecer estas patologías.

La prevalencia de ansiedad y la depresión en la población estudio convierte a los médicos residentes en un grupo de riesgo para padecer estas entidades que los llevara a tener una mala calidad de vida.

Podemos concluir que existe correlación con significancia estadística entre la ansiedad, depresión y calidad de vida por lo que estas entidades están relacionadas estrechamente.

7. RECOMENDACIONES

A manera de recomendación es importante crear programas destinados a identificar las condiciones emocionales y de calidad de vida que posee el médico residente al momento de su ingreso.

Realizar evaluaciones continuas con el fin de identificar durante el curso si se presenta alguna de estas patologías para darle el debido tratamiento, evitando así el deterioro de la calidad de vida de los residentes.

Es importante que se fomente en los residentes la realización de actividades recreativas, de ejercicio y descanso para afrontar debidamente el estrés que vive a diario el médico residente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno JB, Ximénez GC. Evaluación de la calidad de vida. En: Gualberto Buela C, y col (Eds). Manual de evaluación en Psicología Clínica y la Salud. Madrid: Siglo XXI; 1996. 1045-1070
2. Asua M. Calidad de vida y Salud. Antecedentes históricos. Sección Psicología y Psiquiatría del Centro de Estudios Filosóficos Eugenio Puciarelli: realizada en la academia nacional de ciencias de Buenos Aires 2009 p. 571-582
3. Urzúa A, Coqueo-Urizar A. Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*. 2012;30(1): 61-71
4. Velarde VE, Avila FC. Evaluación de calidad de vida. *Salud Pública Mex*. 2002, vol. 44, N°4, 349-361
5. Ardilla R. Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2003; 35(2). 161-164
6. Flores-Villavicencio MA, Cervantes-Cardona GA, González-Pérez GJ, Vega-López MG, Valle-Barbosa MA. Ansiedad y Depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Psi da IMED*. 2012;4(1). 649-661
7. mercer.com[Internet] Varsovia: mercer.com;2013 [actualizado 4 dic 2012; citado 30 may 2013]. Disponible en: <http://www.latam.mercer.com/pressreleases/encuesta-calidad-vida-mercer-2012>
8. Pérez-Fernández AR. Cuestionario Específico SRI: Nueva Herramienta para valorar la calidad de vida relacionada con la salud. *Neumosur*. 2007;19(3).119-120
9. Lizan-Tudela L, Reia-Ferrer A. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 2002; 29(6): 378-384
10. Conti N, Stagnaro J. Historia de la Ansiedad: Textos Escogidos. Buenos Aires: Polemos; 2007
11. Aguirre HR, López FJ, Flores FR. Prevalencia de ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente* 2011; 3(8): 28-33.
12. Virgen-Montelongo R, Lara-Zaragoza AC, Morales-Bonilla G, Villaseñor-Bayardo SJ. Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*. 2005;6(11): 1-11
13. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2011
14. Navas-Orozco W, Vargas-Balderas MJ. Trastorno de Ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Rev Med Costa Rica y Centroamericana*. 2012; 69(604): 497-507
15. Rodríguez-Landa JF, Contreras CM. Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos de ansiedad. *Rev Biomed*. 1998; 9(3): 181-191
16. Contreras CN, Baker IH, Lizardi CJ. Ansiedad y Depresión en el Primer año de la Residencia en Medicina Interna de la Fundación Medica Sur-UNAM. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. 2007: 1-20
17. Cobo-Gómez JV. El concepto de depresión: Historia, definición(es), nosología, clasificación. *Psiquiatría.com*. 2005; 9(4)
18. Lizondo GR, Llanque CV. Depresión. *Rev Pacea Med Fam*. 2008; 5(7): 24-31

19. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. 2013; 55(1): 74-80
20. Rosales JJ, Gallardo CR, Conde MJ. Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas 2005; 10 (1): 25-36
21. García-Herrera Pérez Bryan JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Asencio JM. Guía Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. Distrito Sanitario Malaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya" Malaga 2011
22. Hall RV. Depresión: Fisiología y Tratamiento. Facultad de Farmacia, Universidad de Costa Rica, 2003: 1-55
23. Villamar VM. Tratamiento Psicosocial y Farmacológico de la Depresión. México Quarterly Review [Internet] 2010 [17 de mayo de 2013]; 1(4): <http://admin.udla.mx/mqr/index.php/mqr/article/view/66>
24. Espada FJ. Relaciones entre ansiedad y depresión. Psicología.com[internet] 1997 [16 de mayo de 2013]; 1(1): http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_3.htm
25. Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, Juárez- Ocaña JR, Rosas-Barrientos JV. Depresión y Ansiedad en la residencia médica. Rev Esp Méd Quir. 2011;16(3):157-162
26. Casas D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. Resident physicians in Mexico: tradition or humiliation. Medwave 2013;13(7):e5764 doi: 10.5867/medwave.2013.07.5764
27. Sepúlveda-Vildósola AC, Romero-Guerra AL, Jaramillo-Villanueva L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. Bol Med Hosp Infant Mex. 2012; 69(5): 347-354
28. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. Información XXXVI ENARM 2013. Plazas Ofertadas para médicos mexicanos civiles y lugares ofertados para médicos extranjeros. México D.F.: CIFRHS, 2013
29. Prieto-Miranda SE, Jiménez-Bernardino CA, Jiménez-Bernardino JA, Esparza-Pérez RI. ¿Sirve el examen nacional de residencias médicas de México? Med Int Mex 2013; 29:518-524
30. Tofoya-Ramos SA, Gómez-Peresmitre G, Ortega-Soto HA, Ortiz-León S. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitaron atención psiquiátrica en la UNAM. Psiquis. 2006;15(3):82-87
31. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2 propiedades psicométricas en población general. Clínica y Salud. 2003; 14(3):249-280
32. Cárdenas M, Rodríguez E. Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida en Médicos Residentes. Neuropsicofarmacología. Caracas, Venezuela. 2011; 2(2): 32-33
33. Egúez SS. Calidad de Vida, Estrés, Depresión y Red de Apoyo Social en Médicos Residentes de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba. Rev. Med. Soc. Cochabambina Med. Fam. 2009; 1(1): 14-19
34. Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. Educ. Med. 2009; 12(3): 169-177

9. ANEXOS

ANEXO NUM. 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y DE ESPECIALIDADES TRONCALES DEL ISSSTE

Sede donde se realizará el estudio: HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS Y CLÍNICAS DE MEDICINA FAMILIAR DEL ISSSTE EN EL DISTRITO FEDERAL

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo evaluar los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en los médicos residentes del ISSSTE de las especialidades de medicina familiar y las especialidades troncales.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, calidad de vida, ansiedad y depresión que serán evaluados por medio de una ficha de identificación y dos cuestionarios.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

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.

Firma del participante

Fecha

Testigo

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Dr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO NUM. 2 DATOS PERSONALES

SEXO: Masculino: <input type="checkbox"/> Femenino: <input type="checkbox"/>	
EDAD:	
ESPECIALIDAD:	AÑO DE CURSO:
TIPO DE GUARDIAS: No realiza: <input type="checkbox"/> C: <input type="checkbox"/> D: <input type="checkbox"/> >D: <input type="checkbox"/>	
ESTADO CIVIL: Casado(a): <input type="checkbox"/> Soltero(a): <input type="checkbox"/> Unión libre: <input type="checkbox"/> Viudo(a): <input type="checkbox"/> Divorciado(a): <input type="checkbox"/>	No. DE HIJOS: Ninguno: <input type="checkbox"/> 1 a 2: <input type="checkbox"/> 3 ó mas : <input type="checkbox"/>
NACIONALIDAD: Nacional: <input type="checkbox"/> Extranjera: <input type="checkbox"/>	
LUGAR DE ORIGEN: Ciudad de México: <input type="checkbox"/> Interior de la República: <input type="checkbox"/>	RESIDENCIA ACTUAL: Ciudad de México: <input type="checkbox"/> Interior de la República: <input type="checkbox"/>
CON QUIEN VIVE: Padres: <input type="checkbox"/> Pareja: <input type="checkbox"/> Solo: <input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/>	
RELIGIÓN: Católico: <input type="checkbox"/> Cristiano(a): <input type="checkbox"/> Testigo de Jehová: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Ansiedad: <input type="checkbox"/> Depresión: <input type="checkbox"/> Ninguna: <input type="checkbox"/>	
PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA: Ansiedad: <input type="checkbox"/> Depresión: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> Especificar cual: _____ Ninguna: <input type="checkbox"/>	
REALIZA ACTIVIDADES DEPORTIVAS: 0: nunca <input type="checkbox"/> 1: alguna vez al año o menos <input type="checkbox"/> 2: una vez al mes o menos <input type="checkbox"/> 3: algunas veces al mes o menos <input type="checkbox"/> 4: una vez a la semana <input type="checkbox"/> 5: varias veces a la semana <input type="checkbox"/> 6: todos los días <input type="checkbox"/>	

ACUDE A ACTIVIDADES RECREATIVAS:

- 0: nunca 1: alguna vez al año o menos 2: una vez al mes o menos
3: algunas veces al mes o menos 4: una vez a la semana
5: varias veces a la semana 6: todos los días

¿HA TENIDO INCAPACIDADES DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?:

- 0: nunca 1: alguna vez al año o menos 2: una vez al mes o menos
3: algunas veces al mes o menos 4: una vez a la semana
5: varias veces a la semana 6: todos los días

















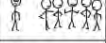

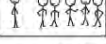











ANEXO NUM. 3 VIÑETAS DE CALIDAD DE VIDA COOP/WONCA

Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 18/02/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

CUESTIONARIOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Lizán Tudela L y Reig Ferrer A.-
La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas
COOP/WONCA

Anexo

<p>Forma física</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?</p>		<p>Sentimientos</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?</p>			
Muy intensa (por ejemplo, correr de prisa)		1	Nada, en absoluto		1
Intensa (por ejemplo, correr con suavidad)		2	Un poco		2
Moderada (por ejemplo, caminar a paso rápido)		3	Moderadamente		3
Ligera (por ejemplo, caminar despacio)		4	Bastante		4
Muy ligera (por ejemplo, caminar lentamente o no poder caminar)		5	Intensamente		5
Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995			Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995		
<p>Actividades sociales</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos o grupos?</p>		<p>Actividades cotidianas</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?</p>		<p>Cambio en el estado de salud</p> <p>¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?</p>	
No, nada, en absoluto		1	Ninguna dificultad		1
Ligeradamente		2	Un poco de dificultad		2
Moderadamente		3	Dificultad moderada		3
Bastante		4	Mucha dificultad		4
Muchísimo		5	Toda, no he podido hacer nada		5
Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995			Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995		
<p>Estado de salud</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cómo calificaría su salud en general?</p>		<p>Dolor</p> <p>Durante las 2 últimas semanas... ¿cuánto dolor ha experimentado?</p>			
Excelente		1	Nada de dolor		1
Muy buena		2	Dolor muy leve		2
Buena		3	Dolor ligero		3
Regular		4	Dolor moderado		4
Mala		5	Dolor intenso		5
Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995			Dartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright © Trustees of Dartmouth/Coop Project, 1995		

ANEXO NUM. 4 INVENTARIO DE BECK PARA ANSIEDAD



Identificación **Fecha**

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 de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

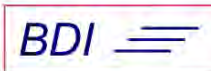
	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

A.F.

A.S.

ANEXO NUM. 5 INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESIÓN



Identificación Fecha

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 Me siento desanimado respecto al futuro.
 Siento que no tengo que esperar nada.
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. No me siento fracasado.
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. No me siento especialmente culpable.
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 Me siento culpable constantemente.
6. No creo que esté siendo castigado.
 Me siento como si fuese a ser castigado.
 Espero ser castigado.
 Siento que estoy siendo castigado.
7. No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

Identificación **Fecha**

8. No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 Desearía suicidarme.
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. No lloro más de lo que solía.
 Ahora lloro más que antes.
 Lloro continuamente.
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 Me siento irritado continuamente.
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. No he perdido el interés por los demás.
 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 He perdido todo el interés por los demás.
13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 Evito tomar decisiones más que antes.
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. No creo tener peor aspecto que antes.
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
 Creo que tengo un aspecto horrible.

Identificación **Fecha**

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

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

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

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

 - 19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 He perdido más de 2 kilos y medio.
 He perdido más de 4 kilos.
 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar: SI NO
- 20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

 - 21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 Estoy mucho menos interesado por el sexo
 He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL: