



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO DIRECCIÓN DE
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL NO. 1 “VICENTE GUERRERO” Y FACTORES
ASOCIADOS.**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MERIT DIAZ HERNANDEZ

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA

NÚMERO DE REGISTRO:

R-2020-1101-022

ACAPULCO GUERRERO, FEBRERO 2021



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL NO. 1 “VICENTE GUERRERO” Y FACTORES ASOCIADOS.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**PRESENTA:
DRA. MERIT DÍAZ HERNÁNDEZ**

**DIRECTOR DE TESIS:
DRA. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA**

**NUMERO DE REGISTRO:
R- R-2020-1101-022**

ACAPULCO GUERRERO, FEBRERO DE 2021.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1101.
U MED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS 17 CI 12 001 131
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 12 CEI 001 2018022

FECHA Miércoles, 21 de octubre de 2020

M.E. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero" y factores asociados.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2020-1101-022

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. **ANGEL GÓMEZ CARBAJAL**
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

[Imprimir](#)

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General
Regional No. 1 "Vicente Guerrero" y factores asociados
No. Registro R-2020-1101-022

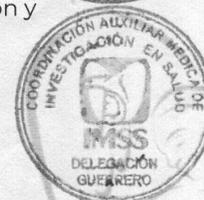
Dra. Guillermina Juanico Morales

Encargada de la Coordinación de Planeación y
Enlace Institucional



Dr. Francisco Barbosa Castañeda

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud



Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud

Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda

Profesora Titular del Curso de Especialización en,
Medicina Familiar



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS
RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL NO. 1 “VICENTE GUERRERO” Y
FACTORES ASOCIADOS**

TRABAJO PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DRA. MERIT DIAZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA,
U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA,
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Agradecimientos:

- ❖ Agradezco a Dios por la vida, por guiarme, y por permitirme llegar al lugar en el que me encuentro, porque me ha dado todo y nunca me suelta, por hacerme fuerte y por bendecirme con todo lo que tengo.
- ❖ A mi hija por ser mi compañera de vida, por ser mi motor y quien aún en los peores días siempre tiene un abrazo o un beso que hacen que todo valga la pena, por soportar mis ausencias y el estar lejos de mí y aun así darme ánimos para poder seguir en este camino llamado residencia.
- ❖ A mis padres por educarme, por siempre apoyarme en cada meta propuesta, por ayudarme a cuidar a mi hija y estar siempre para ella, por amarme como lo hacen y nunca dejarme sola, por ser los mejores padres y abuelos siempre.
- ❖ A mi hermano porque aún en la distancia siempre está presente y al pendiente de mí, por aconsejarme cuando lo he necesitado.
- ❖ A Manuel por apoyarme siempre y estar en todo momento para lo fácil y lo difícil, por ayudarme a realizar este trabajo, por ser el mejor novio y amigo y ahora mi compañero de vida, pero sobre todo por hacerme muy feliz.
- ❖ Y a mis profesores por enseñarme a través de su experiencia y sus conocimientos.

Por todo eso gracias a todos.

DEDICATORIA:

A Dios por permitirme cumplir mis metas, por nunca soltarme, y por rodearme de gente maravillosa, a mi hija por soportar todas mis ausencias y por ser mi amor más grande, a mis padres por apoyarme en todos mis sueños y estar siempre respaldándome, y a Manuel por ser mi compañero, amigo, novio y ahora mi futuro esposo, con todo mi amor y mi esfuerzo les dedico este trabajo que es el resultado final de estos 3 años.

RESUMEN

TÍTULO: Ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” y factores asociados.

ANTECEDENTES: La depresión y la ansiedad disminuyen la capacidad para hacer frente a los conflictos diarios, precipitan el deterioro de las relaciones, interrupción de la educación y pérdida de empleo.

Ambos trastornos son un problema de salud pública. Los médicos residentes se enfrentan a procesos de adaptación y aprendizaje, esto repercute en lo personal, educativo y social, puede generar angustia, temor, o estrés, desencadenando trastornos afectivos como la depresión o ansiedad, lo que conlleva a que exista mayor deserción e incluso intentos suicidas del personal médico.

OBJETIVO: Identificar ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” y factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal analítico en 60 médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 Vicente Gro. IMSS Acapulco, en noviembre del 2020. Se empleó el inventario de Beck para ansiedad y depresión, cédula de recolección de datos para variables sociodemográficas. Con los datos obtenidos se realizó una base de datos en el programa SPSS 20, se obtuvieron frecuencias simples, medidas de tendencia central, análisis bivariado, odds-ratio (OR), intervalo de confianza (IC) y chi cuadrada (χ^2).

Resultados La prevalencia de ansiedad en el grupo de estudio fue de 22%. La prevalencia de depresión en médicos residentes fue de 30% y no se encontraron factores asociados.

Conclusión: La depresión en médicos residentes es la esperada, no así para ansiedad, con respecto al grado académico se presentó con mayor frecuencia en residentes de primer año.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, depresión, médicos residentes.

ÍNDICE

RESUMEN.....	8
MARCO TEÓRICO.....	10
JUSTIFICACIÓN.....	20
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
OBJETIVO GENERAL.....	22
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
HIPÓTESIS.....	22
MATERIAL Y MÉTODOS.....	22
- TIPO DE ESTUDIO.....	22
- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.....	22
- PÉRIODO DE ESTUDIO.....	22
- TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA.....	23
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	23
- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	23
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	23
- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	23
VARIABLES.....	23
- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	24
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	26
- MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
- ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	28
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	28
RESULTADOS.....	30
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIÓN.....	40
RECOMENDACIONES.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS.....	46

1. MARCO TEÓRICO:

ANTECEDENTES GENERALES

La especialización médica en México data de la época prehispánica y se acentuó durante el Virreinato con la apertura de hospitales de especialidades, pero no es hasta el siglo XX cuando se consolida, en el año 1942 se crea la primera residencia en el Hospital General.

En la actualidad, los médicos residentes se ocupan de funciones asistenciales, cubren jornadas educativas dos veces por semana que en ocasiones pueden durar hasta 36 horas y tienen una estrecha participación con los especialistas que fungen como tutores. Esto constituye un ambiente estresante que perdura durante todo el período de formación.

Tomado en cuenta el diseño curricular de la residencia, parece claro que las partes psicológica y social no han sido consideradas durante la planeación de la misma, omitiendo o excluyendo la adaptación y el desarrollo integral del individuo al entorno (1).

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México ha desarrollado el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) –aprobado en 1994–, evalúa el cumplimiento de los programas de los diferentes cursos que se impartirán en las especializaciones médicas (UNAM, 1994). Tomando en cuenta el diseño de la residencia, es claro que las partes afectiva y social no son consideradas, y los médicos residentes también son individuos que crean vínculos y grupos, la residencia médica requiere un gran desempeño lo cual limita otras áreas de la vida de un médico afectando considerablemente el desarrollo integral del individuo. El tiempo y las jornadas de la residencia pueden generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos trastornos de depresión o ansiedad; los médicos que ingresan a una especialidad viven una serie de cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que definirán su estancia en la residencia médica (2).

Los médicos residentes, debido a sus condiciones laborales y académicas, pueden estar especialmente expuestos a sufrir problemas de salud mental como es la depresión. Un reciente metanálisis evaluó 54 estudios estimó una prevalencia de depresión o síntomas depresivos en residentes del 28.8%, aunque los resultados tenían una elevada heterogeneidad. La depresión en esta población afecta la calidad de vida de los residentes, genera un impacto negativo en la calidad de la atención que brindan a los pacientes, así como mayor riesgo de cometer errores médicos.

La etapa de la residencia del médico especialista en formación suele exigir muchas horas de dedicación, lo cual significa mayor carga laboral y menos tiempo disponible para el ocio, la relajación, la búsqueda de ayuda e incluso para el sueño.

De acuerdo a un estudio realizado en Perú que evalúa la asociación de horas laboradas con síntomas depresivos concluyó que por cada hora diaria adicional laborada la frecuencia de síntomas depresivos aumenta un 7% (3).

Kuhn et al. han descrito diversos factores determinantes para depresión y ansiedad en médicos en adiestramiento y los engloba en diversos grupos. Así, tenemos:

1. Factores físicos: jornadas largas de trabajo (más de 24 horas), tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño.
2. Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional (humillaciones públicas, etc.).
3. Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc.
4. Factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal, etc.

Las consecuencias personales, profesionales e institucionales pueden ser devastadoras, pues al final del círculo se limita la atención médica al paciente y a sus familiares.

El estrés y las largas jornadas son factores de riesgo importantes para la depresión y la ansiedad, sobre todo para el personal médico de áreas críticas, urgencias, terapia intensiva y quirófano (1).

La residencia médica es un período de riesgo es un período de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental, se cree que los niveles de ansiedad son altos ya que los programas que se desarrollan en hospitales nacionales que carecen de recursos físicos, materiales y humanos.

Se dice que el individuo se encuentra bajo estrés cuando se demandan cambios en su comportamiento y actitudes con el fin de satisfacer necesidades o responsabilidades. Se ha identificado que la exigencia académica, responsabilidades en el área clínica, exposición a conflictos éticos relacionados con el sufrimiento humano, largas jornadas laborales y turnos, malos hábitos de sueño, altas cargas laborales, son los principales factores contribuyentes (4).

Es conocido que la residencia médica ocasiona estrés que puede ser bajo o alto de acuerdo a la especialidad, al tipo de pacientes y al área donde se lleve a cabo. Las de estrés bajo son medicina familiar, imagenología, oftalmología, así como otras especialidades clínicas, y las de estrés alto urgencias, cirugía y anestesia.

En México, el tiempo que permanece un residente en las instalaciones hospitalarias en instituciones públicas va de 2 a 3 jornadas de 36 horas por semana. La edad promedio en nuestra población fue de 28 (25 a 31) años, lo cual concuerda con la edad descrita por Martínez et al.³⁰, donde reportan una edad promedio de 29 años para los residentes de Traumatología y Ortopedia y con otros estudios en residentes de otras especialidades (1).

Residencia Médica: conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el personal que realiza una Residencia Médica dentro de las Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes reconocidas como Sede o Subsede, durante el tiempo establecido en los Programas Académico y Operativo, para acreditar una especialidad médica.

Residente: profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes para cursar una especialidad médica a tiempo completo.

Guardia: al conjunto de actividades académicas y asistenciales de formación complementaria, descritas y calendarizadas en el Programa Operativo, adicionales a las que el personal que realiza una Residencia Médica debe efectuar durante la Jornada de actividades en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes al que está adscrito o asignado.

Las Guardias deben calendarizarse en el Programa Operativo de la especialidad y desarrollar puntualmente el Programa Académico, incluyendo la frecuencia, horario y duración. Las Guardias del personal residente deben ocurrir dos veces por semana como máximo y tendrán intervalos de por lo menos tres días entre cada una de ellas. En caso de requerirse alguna otra modalidad en el esquema de Guardias, el promedio anual de horas semana no podrá exceder las 80 horas de servicio, incluyendo la jornada. En días hábiles las Guardias inician a la hora que termina el turno matutino y concluyen a la hora establecida para iniciar el turno matutino siguiente, de acuerdo a las disposiciones aplicables de la Institución de Salud donde se realice la Residencia Médica. La duración de las Guardias de los sábados, domingos y días festivos será de 24 horas, iniciando y concluyendo actividades según se especifique en las disposiciones aplicables de la Institución de Salud donde se realice la Residencia Médica. El personal que cursa una Residencia Médica que finalice su Guardia en día hábil, debe continuar las actividades descritas para el turno matutino en el Programa Operativo (5).

Se han identificado como factores de riesgo: estado civil, no pertenencia a un culto religioso, y algunos factores relacionados con el estrés laboral, como las guardias nocturnas y estar realizando el primer año de residencia.

Las principales conductas registradas han sido: actitudes negativas hacia sí mismo y deterioro en el rendimiento académico. Aunque la depresión está incorporada a una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia de 12.8% se incrementa en los médicos residentes hasta 47.5% (6).

La Ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (7).

Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen preocupación deben estar dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica. La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses (8).

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos comprometidos o situaciones peligrosas.¹ El trastorno de ansiedad está caracterizado por niveles fluctuantes de persistente preocupación asociados con fatiga, insomnio, tensión muscular, falta de concentración e irritabilidad; esto conduce a que los individuos se sientan excesivamente asustados, angustiados o incómodos durante situaciones en las que la mayoría de las otras personas no experimentan estos mismos sentimientos (4).

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa. Según la Real Academia de la Lengua Española el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las manifestaciones más frecuentes del ser humano siendo ésta una emoción

complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante, además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia. Sin embargo, si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (9).

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica (10).

Hay varios estudios realizados en unidades formadoras de médicos especialistas sobre la prevalencia de depresión y ansiedad. En el Hospital 1o. de Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en México, Distrito Federal, realizaron estudios sobre depresión y ansiedad en residentes de diversas especialidades, encontrando prevalencias de depresión y ansiedad mucho mayores que en la población general en medicina interna, urgencias, terapia intensiva y anestesiología; en Estados Unidos de América se evaluó la presencia de depresión y ansiedad y su relación con errores médicos y se

encontraron 24 errores médicos en una cohorte de 19 residentes con algún grado de depresión y solamente 21 errores en 82 residentes sin depresión, lo cual concuerda con otros trabajos que mencionan que la depresión se relaciona con bajo desempeño, bajo rendimiento académico y profesional, así como con errores médicos.

La depresión es un trastorno clínico frecuente en la población general y afecta discretamente más a las mujeres (49%) que a los hombres (3%). Puede ocurrir a cualquier edad, pero su inicio se observa con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 años de edad y en personas expuestas a estrés prolongado.

El sujeto que sufre depresión muestra tendencia al llanto, a la pérdida de interés y del placer a realizar las actividades habituales o sus pasatiempos, tiene una percepción de pérdida de la energía y de disminución del rendimiento para realizar cualquier actividad física, laboral o escolar.

La depresión se acompaña de inquietud, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (1).

En México se han reportado signos depresivos en residentes.^{7,8} Kuhn y otros autores mencionan que los principales factores de estrés laboral reportados entre los médicos residentes son: físicos: jornadas largas de trabajo (>24 horas), tiempo inadecuado de descanso, privación del sueño; ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional (humillaciones públicas, etc.); organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc.; y personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal, etc.

Existió predominio del sexo femenino con 41 residentes (73.21%) contra 15 (26.79%) del masculino. De la población de 56 residentes, la media de edad fue de 30 años. Respecto al estado civil, 28 residentes (50%) estaban solteros, 24 (42.85%) casados y 4 (7.15%) en unión libre. De acuerdo con el año de residencia, 19 (33.9%) cursaban el tercer año, 19 (33.9%) el segundo y 18 (32.2%) el primero.

Se observó que 23 médicos residentes presentaron algún grado de ansiedad, siendo la ansiedad leve la más frecuente y sólo se reportó un caso de ansiedad severa. En cuanto a su estado civil, 54.5% fue soltero; llama la atención que los residentes en unión libre no presentaron depresión. En el segundo año de residencia se observó el mayor número de residentes con depresión (5; 45.4%) (6).

El BAI (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988) estandarizado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), es un instrumento de auto reporte que consta de 21 reactivos que determinan la severidad de las categorías sintomáticas y conductuales. El BAI ha demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0,90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0,60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0,50).

Las propiedades psicométricas del BAI en población mexicana presentan una alta consistencia interna (alfas de Chorach de 0,84 y 0,83), un alto coeficiente de confiabilidad test-retest ($r=0,75$), validez convergente adecuada (11).

El BDI, desarrollado originalmente por Beck y sus colaboradores en 1961, cuenta con más de 500 estudios publicados que avalan sus propiedades psicométricas en población clínica y no clínica, así como su uso transcultural en investigación (Beck &Steer, 1984; Mukhtar &Tian, 2008) (12).

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory o BDI) tiene una gran difusión internacional, ha sido empleado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, habiendo mostrado tener alta consistencia interna y buena capacidad para discriminar entre personas con y sin depresión. El BDI se ha traducido a diferentes idiomas y se ha comprobado que es válido en diversas culturas.

La versión en español utilizada del BDI posee un alto coeficiente alfa (consistencia interna) y una elevada capacidad para discriminar entre sujetos con y sin depresión mayor según el DSM-IV (13).

EPIDEMIOLOGÍA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo¹, y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo (Encuesta internacional de Salud Mental OMS, 2012), con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% (Kessler RC, 2007) y menos del 25% tienen acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Es el principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales y es responsable de un gran número de AVAD perdidos a escala mundial. Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá hasta ser la segunda causa principal en el 2030. En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).⁷ Complementario a lo anterior, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2005 se reporta una Prevalencia General de 7.2% (10).

Se estima que la prevalencia mundial de depresión es de 5.8 % en hombres y 9.5% en mujeres; y en México, 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres. En el caso de la ansiedad, las prevalencias a nivel internacional y nacional son de 16 % y 8.1 %, respectivamente. En médicos residentes las prevalencias de depresión y ansiedad reportadas presentan rangos amplios los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad, 16,6 con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año. Otros estudios nacionales e internacionales reportan prevalencias de depresión de 47.5 % y 20 %, respectivamente (14).

La prevalencia de depresión y ansiedad en seres humanos va del 3% al 9% y del 5% al 7%, respectivamente. Se incrementa en residentes de acuerdo a la especialidad: Anestesiología presenta depresión y ansiedad en 50%; Terapia Intensiva, en 33%; y Medicina Interna, en 17%.

Mascarúa-Lara et al. reportan una prevalencia de ansiedad leve de 28.5%, moderada del 10.7%, grave de 1.9% y de depresión de 19.7% en residentes de Medicina Familiar. Las herramientas clinimétricas para depresión y ansiedad son escalas diagnósticas que evalúan y refuerzan objetivamente el diagnóstico de los trastornos de ansiedad y depresión a través de la entrevista clínica y la exploración psicopatológica, las cuales para poderse utilizar deben de estar ampliamente validadas y publicadas. Así, la escala de Hamilton para depresión (HAM-D) y de Hamilton para ansiedad (HAM-A) son confiables, específicas, eficientes, factibles y fácilmente aplicables.

La prevalencia de depresión a lo largo de la vida va del 5% al 12% para el hombre y del 10% al 25% para la mujer de acuerdo a la American Psychological Association (APA, 2004), cifra que aumenta hasta un 50% entre los pacientes psiquiátricos (1).

Se ha calculado que la prevalencia de depresión es mayor entre los médicos residentes que en la población en general (10%) (6).

En algunos estudios de población general, la prevalencia de ansiedad se sitúa en el 3.3%²⁹. Es conocido que la residencia médica ocasiona estrés que puede ser bajo o alto de acuerdo a la especialidad, al tipo de pacientes y al área donde se lleve a cabo (1).

Los trastornos de salud mental producen efectos importantes en los médicos residentes, y pueden afectar la seguridad y el cuidado del paciente como lo refieren De Oliveira y cols. quienes mencionan que 33% de los residentes con alto riesgo de depresión y Burnout, reportaron múltiples errores en la medicación, comparado con 0.7% en los de bajo riesgo. De forma similar, West y cols. reportaron asociación entre los errores médicos mayores con el diagnóstico de depresión y con la calidad de vida de los residentes (15).

ANTECEDENTES ESPECIFICOS

2. JUSTIFICACIÓN:

El presente estudio se decidió debido a que existen pocos estudios sobre la salud mental en médicos residentes, la residencia médica es un período en la vida de este personal de salud en el cual se está sometido a jornadas de trabajo arduas, en el que se afecta su calidad de vida, ya que hay privación del sueño, estrés constante y poco tiempo para realizar actividades de recreación.

Las personas que realizan actividades que implican un mayor grado de estrés laboral son más susceptibles a padecer trastornos de ansiedad y depresión debido al desgaste profesional. Se considera que los médicos residentes requieren una estancia durante varios años en unidades hospitalarias, desarrollando trabajos intensivos, y por la carga laboral que desempeñan, son sujetos con una alta probabilidad de presentar este tipo de patologías, por lo que se considera importante evaluarlo para tratar de detectar a los posibles afectados, y de este modo intervenir de manera oportuna, tanto por la salud de los médicos como por la calidad de atención hacia los pacientes.

La existencia de una alteración del estado de ánimo como la depresión afecta la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en el paciente por ello es necesario estudiar su presencia para brindar el manejo temprano a los médicos residentes.

Con los pacientes detectados con la presencia de alguna de estas patologías se canalizarán al servicio de psiquiatría, psicología, medicina familiar y SPPSTIMSS con la finalidad de que reciban el tratamiento correspondiente y evitar la deserción de este personal, así como mejorar su desarrollo profesional, y la calidad de atención a los pacientes.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En estudios realizados en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS existen reportes de casos que oscilan entre el 25% a 79.6% para depresión y 39%

a 69.9% para ansiedad, 16.6% con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año. Otros estudios nacionales e internacionales reportan prevalencias de depresión de 47.5% y 20 %, respectivamente.

Existen patologías que han ido en aumento, muchas veces no son detectadas debido a que se le da menor importancia de la que realmente tiene a la salud mental, los médicos viven en estrés constante, que en ocasiones puede afectar la toma de decisiones, el estado de ánimo influye en la forma que se expresa la personalidad, esta situación puede llevar a tomar decisiones equivocadas y no sólo con respecto a la práctica médica, si no en la vida diaria, decisiones extremas como renunciar a lograr las metas propuestas, o incluso poner en riesgo la vida.

Se deben implementar acciones que ayuden al mejorar el entorno biopsicosocial de los médicos residentes, las jornadas de trabajo en las que están inmersos son extenuantes, es por ello que este tipo de patologías van en aumento y en múltiples ocasiones no son detectadas.

En nuestra unidad contamos con un número de 86 médicos residentes en los cuales la carga de trabajo es extenuante y se encuentran inmersos en un ambiente laboral que supone un riesgo para estas patologías y en los cuales podremos detectar otros factores de riesgo, diagnosticar y canalizar de manera oportuna y a los servicios pertinentes a quienes así lo requieran.

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” y cuáles son los factores asociados?

4. OBJETIVO GENERAL

Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 “Vicente Guerrero” y factores asociados.

4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la prevalencia de médicos residentes con trastorno de ansiedad.
- Estimar la prevalencia de médicos residentes con trastorno de depresión.
- Asociar la ansiedad y depresión con variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, escolaridad (grado académico) y especialidad.
- Comparar si existe diferencia de los médicos residentes que obtuvieron el curso manejo de estrés contra los que no lo obtuvieron.

5. HIPÓTESIS:

La prevalencia de ansiedad y/o depresión en médicos residentes será del 30%.

La ansiedad y/o depresión se presentarán con mayor frecuencia en residentes de segundo año en un 25 y 35% respectivamente.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal analítico.

6.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

La población a estudiar serán todos los médicos residentes de especialidades con sede en el Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero IMSS de Acapulco, Gro. de noviembre del 2020.

6.3 PERÍODO DE ESTUDIO

El estudio se realizará en el mes de noviembre del 2020.

6.4 TAMAÑO Y TIPO DE MUESTRA

Se realizará una selección de muestra por conveniencia en la que se incluye al total de 86 médicos residentes de las especialidades médicas con sede en el Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero IMSS Acapulco Gro.

7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Ser médicos residentes del HGR No.1 Vicente Gro. vigentes en el período de estudio.
- Tener por lo menos 3 meses laborando como médicos residentes.
- Que acepten participar en el estudio mediante autorización con el consentimiento informado.

7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Residentes que se encuentren en tratamiento de ansiedad y/o depresión.

7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos residentes que no contesten el instrumento de manera completa.

8 VARIABLES

8.1 VARIABLES DEPENDIENTES

- Ansiedad
- Depresión

8.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Edad
- Sexo
- Especialidad médica

- Grado académico
- Estado civil
- Guardias
- Capacitación en manejo de estrés

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN
Ansiedad	Estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.	Calificación de acuerdo a Inventario de Ansiedad de Beck: Mínima: 0-7 Leve: 8-15 Moderada: 16-25 Grave: 26-63	Cualitativa	1. Ansiedad mínima 2. Ansiedad leve 3. Ansiedad moderada 4. Ansiedad grave
Depresión	Síndrome que se caracteriza por una tristeza profunda y por inhibición de funciones que puede acompañarse de trastornos neurovegetativos.	Test de depresión de Beck Depresión mínima 0-13 Depresión leve: 14-19 Depresión moderada: 20-28	Cualitativa	1. Depresión mínima 2. Leve 3. Moderada 4. Grave

		Depresión Grave: (29-63)		
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Se corroborará en el gafete de la especialidad vigente.	Cuantitativa	Años
Sexo	Condición orgánica que distingue a un hombre de una mujer, macho o hembra.	Con la respuesta del residente en la encuesta.	Cualitativa	1. Femenin o 2. Masculin o
Especialidad	Rama de una ciencia, arte o técnica a la que se dedica una persona.	Con la respuesta del residente en la encuesta.	Cualitativa	1.-Urgencias Médico quirúrgicas 2.- Anestesiología 3.- Medicina del trabajo y ambiental. 4.- Cirugía rural y ginecología.
Año	Grado académico o institucional que se cursa.	Con la respuesta del residente en la encuesta.	Cuantitativa	Primero Segundo Tercero
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Con la respuesta del residente en la encuesta.	Cualitativa	Soltero Casado Unión libre Divorciado

Guardias	Conjunto de actividades académicas y asistenciales complementarias, adicionales a las que el personal que debe efectuar durante la Jornada de actividades en la Unidad Médica o Instalación Receptora.	Con la respuesta del residente en la encuesta.	Cuantitativa	Número de horas de guardia por semana: 1. 12-16 horas 2. Más 17-40 horas 3. Más de 40 horas
Capacitación en manejo de estrés	Conjunto de acciones intencionadas para controlar los factores internos y externos que producen preocupación excesiva, sensación de angustia y alteran el estado emocional.	Con la respuesta del residente en la encuesta.	Cualitativa	Si No

9. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y de las autoridades institucionales del hospital se realizará un estudio transversal analítico en una muestra de 86 médicos residentes adscritos al Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero IMSS de Acapulco Guerrero.

Previa autorización del director de la unidad, se solicitará en el área de educación los contactos electrónicos y telefónicos de los médicos residentes, por medio de estos medios se invitará a participar en el estudio explicando riesgos, beneficios, e información requerida la cual se encuentra en el consentimiento informado que se enviará, de aceptar participar deberán responder la cédula de recolección de datos sociodemográficos y

académicos, así como el inventario de Beck (anexo 2). Se le pedirá al residente que imprima el consentimiento, lo firme, posteriormente lo escanee para regresarlo vía electrónica.

Posteriormente se analizaron las encuestas y se realizó una base de datos la cual se analizó mediante el programa SPSS 20.

9.1 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron 2 herramientas una para la obtención de variables sociodemográficas y académicas, posteriormente inventario de Beck para detectar y estadificar a los pacientes que presenten Ansiedad y/o depresión.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), fue creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva Aaron T. Beck, este test consta de 21 preguntas con respuesta múltiple, donde el sujeto en cuestión deberá valorar en una escala de 0 a 3 el grado en el cual se identifica personalmente con la respuesta que ha contestado en el mismo (donde 0 es que no te identificas en absoluto, pudiendo concluir que no presentas los síntomas sobre los que versa la pregunta; y 3 es que hay una identificación absoluta, por lo cual, el sujeto padecería los síntomas). Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas a partir de los 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión.

Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas.

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los

síntomas de ansiedad. Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR)² y The Anxiety Checklist (ACL). 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.

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como screening en población general.

9.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con el programa de dominio público SPSS versión 20 se realizó la obtención de frecuencias simples de las variables incluidas en el estudio, posteriormente se realizó su análisis bivariado, se obtuvieron frecuencias simples y porcentajes, prueba de χ^2 con la cual se valoró asociación, y se obtuvo OR así como el valor de p.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se apegó a las normas éticas de la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud y la Normativa vigente en el IMSS para el desarrollo de investigación.

- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987. Artículo 17 fracción I. Investigación sin riesgo.

- El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. Se solicitó consentimiento informado a los médicos residentes que participaron, se les informó el objetivo del estudio y se garantizó confidencialidad de los resultados.
- Para mantener la confidencialidad de la identidad de los encuestados, únicamente el investigador tendrá acceso a los correos electrónicos, números telefónicos y nombres de los participantes y no se evidencia a ningún participante por ningún motivo.

Los médicos residentes con ansiedad y/o depresión fueron referidos a SPPSTIMSS (servicio de prevención y promoción a la salud de trabajadores del IMSS), para llevar a cabo las acciones correspondientes.

RESULTADOS

Se encuestaron a 60 médicos residentes de 27 a 40 años de edad adscritos al Hospital General Regional no.1 Vicente Guerrero de Acapulco en el mes de noviembre del 2020, de los cuales 35 son hombres y 25 mujeres de la especialidad de medicina del trabajo, urgencias médico quirúrgicas, anestesiología y cirugía y ginecología rural. El resto de los médicos residentes que no participaron en nuestro estudio fue porque no desearon hacerlo, y otros se encontraban en su período de vacaciones. La prevalencia de médicos residentes fue de 22% para ansiedad y 30% para depresión.

Variables sociodemográficas

El género que prevaleció en el estudio fue el sexo masculino con un 58.3% (35/60). La edad de los participantes varió de 27 a 40 años con un promedio de 31 años (DE ± 3.5) media de 31 y moda de 28 años. El 53.3% (32/60) de los encuestados son mayores de 30 años.

El mayor porcentaje de los encuestados 68.3% (41/60) son solteros, los restantes se encuentran casados.

El 45% (27/60) son residentes de primer año, 33.3% (20/60) pertenecen al tercer grado y solo 21.7% (13/60) cursan su segundo grado de especialidad.

De los encuestados la especialidad con mayor número de residentes fue urgencias médicas con un 48.3% (29/60), 21.7% (13) pertenecen a la especialidad de anestesiología, el 20% (12/60) a medicina del trabajo y ambiental y solo un 10% (6/60) a cirugía y ginecología rural.

Con respecto a las horas de guardia realizadas por semana se obtuvo que el mayor porcentaje 78.3% (47/60) realizan guardias de 72 horas por semana y 21.7% (13/60) guardias de menos de 12 horas por semana estos corresponden a la especialidad de medicina del trabajo y ambiental, de los cuales solo 3 de los participantes presentaron algún grado de depresión.

Se encontró que solo el 50% (30/30) de los encuestados recibió el curso manejo de estrés, esto resulto no tener asociación para presentar algún grado de ansiedad o depresión.

El 1.7% (1/60) tuvo diagnóstico previo de ansiedad, y el 8.3% (5/55) presentó diagnóstico previo de depresión.

Lo antes mencionado puede verse en la tabla 1.

Tabla 1. Factores sociodemográficos de los residentes del HGR No. 1 Vicente Gro. para evaluación de ansiedad y depresión:

FACTORES	CATEGORÍAS	N (60)	%
GÉNERO	Hombres	35	58.33
	Mujeres	25	41.67
EDAD	<30 años	28	46.67
	>30 años	32	53.33
ESTADO CIVIL	Solteros	41	68.33
	Casados	19	31.67
ESPECIALIDAD	Urgencias médicas	29	48.33
	Anestesiología	13	21.67
	Medicina del trabajo	12	20.0
	Cirugía y ginecología	6	10.0
GRADO ACADÉMICO	R1	27	45.0
	R2	13	21.67
	R3	20	33.33
HORAS DE GUARDIA/SEM	>24h	13	21.67
	<24h	47	78.33
CURSO MANEJO DE ESTRÉS	Curso manejo de estrés	30	50.0

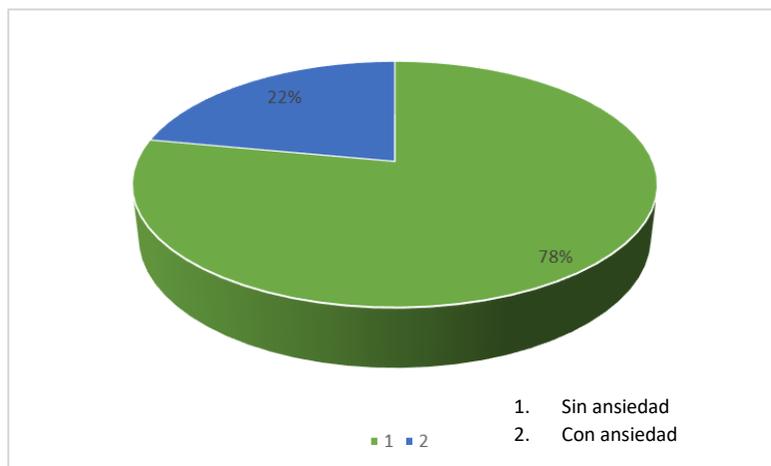
De acuerdo a los resultados del test de Beck para ansiedad cada ítem tiene un valor de 0-3 puntos y clasifica la ansiedad de 0-21 puntos ansiedad leve, de 22 a 35 puntos ansiedad moderada y más de 36 puntos ansiedad severa. De acuerdo a la GPC de ansiedad refiere que la puntuación media para ansiedad patológica es de 25 puntos y en sujetos normales 15 puntos, siendo esta una ansiedad adaptativa.

La depresión con los resultados obtenidos en el inventario de Beck donde cada ítem tiene un valor de 0-3 puntos, clasifica la depresión de 0-13 puntos depresión mínima, 14-19 puntos depresión leve, 20-28 puntos depresión moderada y 29-63 depresión grave, tomando como punto de cohorte para depresión de acuerdo a la GPC y guías NICE un puntaje mayor de 9 puntos.

Prevalencia de ansiedad en médicos residentes del HGR No.1 Vicente Guerrero

La prevalencia de ansiedad en médicos residentes fue de un total del 22% (13/60).

Figura 1. Prevalencia de ansiedad en médicos residentes del HGR No.1 Vicente Guerrero



Encontrando del total de médicos de residentes que presentan este trastorno las siguientes características en nuestra población como se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas de médicos residentes con ansiedad

<i>Factores</i>	<i>Categorías</i>	<i>N(13)</i>	<i>%</i>
Género	Mujer	4	30.7
	Hombre	9	69.2
Edad	≤30 años	5	38.4
	>30 años	8	61.5
Estado civil	Solteros	7	53.8
	Casados	6	46.1
Especialidad	Clínicas:		
	Urgencias médicas	4	30.7
	Medicina del trabajo	3	23.0
	Quirúrgicas:		
	Anestesiología	4	30.7
Grado académico	Cirugía y Ginecología	2	15.3
	R1	7	53.8
	R2	1	7.6
	R3	5	38.4
Horas de guardia	≤24 horas	1	7.6
	>24 horas	12	92.3
Curso manejo de estrés	Si	5	38.4
	No	8	61.5

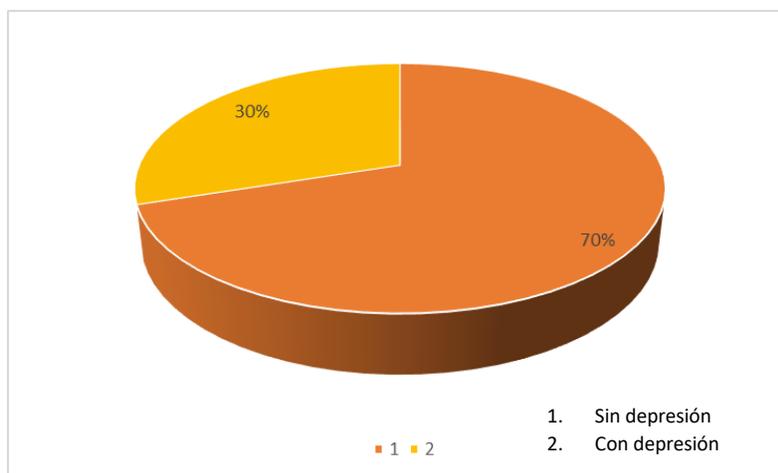
De lo anterior podemos destacar que los médicos residentes que presentan ansiedad en el HGR No.1 Vicente Guerrero en un 69.2% (9/13) son hombres; predomina en mayores de 30 años en un 61.5% (8/13); de los cuales el 53.8% (7/13) son solteros; se presenta con mayor frecuencia en las especialidades clínicas predominando en urgencias médicas en un 30.7% (4/13) sin embargo cabe destacar que dentro de las especialidades quirúrgicas se presenta con el mismo porcentaje en la especialidad de anestesiología; el grado académico que resulto mayormente afectado fueron los residentes de primer año con un 53.8% (7/13), los residentes de tercer año presentaron una frecuencia del 38.4% (5/13) y en menor porcentaje los residentes de 2do año con un 7.6% (1/13); con respecto a las horas de guardia los residentes más afectados son los que realizan más de 72 horas de guardia por semana en un 92.3% (12/13); el curso de manejo de estrés solo lo recibieron el 38.4% (5/13).

El porcentaje de ansiedad leve fue de 78.3% (47/60) todos con un puntaje menor a 15 puntos, lo cual se considera una ansiedad adaptativa, se encontró en un 20% (12/60) presentan ansiedad moderada y en un 1.6% (1/60) ansiedad severa.

Prevalencia de depresión en médicos residentes del HGR No.1 Vicente Guerrero IMSS Acapulco.

La prevalencia de depresión en los médicos residentes del HGR del hospital Vicente Gro. fue de 30% (18/60).

Figura 2. Prevalencia de depresión en médicos residentes del HGR No.1 Vicente Guerrero IMSS Acapulco.



Los médicos residentes que presentan trastorno de depresión tienen las siguientes características las cuales se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas de médicos residentes con depresión.

Factores	Categorías	N(18)	Porcentaje
Género	Mujer	4	22.2
	Hombre	14	77.7
Edad	≤30 años	6	33.3
	>30 años	12	66.6
Estado civil	Solteros	12	66.6
	Casados	6	33.3
Especialidad	Clínicas:		
	Urgencias médicas	8	44.4
	Medicina del trabajo	3	16.6
	Quirúrgicas:		
	Anestesiología	3	16.6
	Cirugía y Ginecología	4	22.2
Grado académico	R1	8	44.4
	R2	2	16.6
	R3	8	44.4
Horas de guardia	≤24 horas	3	16.6
	>24 horas	15	83.3
Curso manejo de estrés	Si	9	50.0
	No	9	50.0

De lo anterior se observa que para el trastorno depresivo al igual que en ansiedad predomina en el sexo masculino sin embargo en esta el porcentaje es mayor, se encuentra un 77.7% (14/18); el 66.6% (12/18) son mayores de 30 años; el estado civil que presenta predominio al igual que para ansiedad son los residentes solteros 66.6% (12/18); dentro de las especialidades que se encuentran más afectadas predomina nuevamente urgencias médicas con un 44.4% (8/18), seguida de cirugía y ginecología con un 22.2% (4/18) y en menor e igual porcentaje medicina del trabajo y anestesiología 16.6% (3/18); el grado académico en el que predomina en este trastorno resultaron ser los residentes de primer y tercer año con el mismo porcentaje 44.4% (8/18) respectivamente y en menor frecuencia los de segundo año con un 16.6% (2/18); respecto a las horas de guardia los residentes más afectados nuevamente resultan ser los que realizan 72 horas de guardia por semana en un 83.3% (15/18); el curso de manejo de estrés en estos residentes lo recibieron solo el 50% (9/18).

En nuestro estudio encontramos que el 70% (42/60) de los médicos residentes presentan depresión mínima, estos con un puntaje menor a 9 puntos lo cual no se considera patológico; el 26.6% (16/60) presentan depresión leve y un 3.3% (2/60) presentan depresión grave.

Encontramos que 16.6% (10/60) presentaron trastorno mixto de ansiedad y depresión.

Análisis bivariado

Se realizó un análisis bivariado tomando en cuenta el test de Beck y la tabla de factores sociodemográficos empleada a los médicos residentes del HGR Vicente Gro., encontrando los resultados como se muestran en las tablas 4 y 5 para cada trastorno respectivamente.

Tabla 4. Análisis bivariado para ansiedad

Factores	Categorías	Ansiedad		OR	IC 95%	P
		Con	Sin			
Sexo	Mujeres	4	21	0.55	0.14-2.04	0.18
	Hombres	9	26			
Edad	≤ 30 años	5	17	1.10	0.31-3.91	0.44
	>30 años	8	30			
Estado civil	Solteros	7	34	0.44	0.12-1.57	0.10
	Casados	6	13			
Especialidad	Clínicas	6	35	0.29	0.08-1.04	0.02
	Quirúrgicas	7	12			
Grado académico	R1 y R2	8	32	0.75	0.20-2.68	0.33
	R3	5	15			
Curso manejo de estrés	Si	5	25	0.55	0.15-1.93	0.17
	No	8	22			
Horas de guardia	>24h/sem	12	35	4.11	0.48-35.06	0.08
	≤ 24 h/sem	1	12			

De acuerdo al análisis realizado para este trastorno no se encuentra factores asociados para presentar ansiedad en los médicos residentes.

Tabla 5. Análisis bivariado para depresión

Factores	Categorías	Depresión		OR	IC 95%	P
		Con	Sin			
Sexo	Hombres	14	21	3.5	0.98- 12.4	0.02
	Mujeres	4	21			
Edad	≤ 30 años	6	19	0.60	0.19- 1.91	0.19
	>30 años	12	23			
Estado civil	Solteros	12	29	0.89	0.27- 2.91	0.42
	Casados	6	13			
Especialidad	Clínicas	11	30	0.62	0.19- 2.00	0.21
	Quirúrgicas	7	12			
Grado	R1 y R2	10	30	0.5	0.15- 1.57	0.11
	R3	8	12			
Curso manejo de estrés	Si	9	21	1	0.33- 3.01	0.50
	No	9	21			
Horas de guardia	> 24h/sem	15	32	1.5	0.37- 6.51	0.27
	≤ 24 h/sem	3	10			

Con el análisis anterior se determina que con una validez marginal resulta ser de mayor riesgo ser médico residente del sexo masculino con un valor de P de 0.02.

Respondiendo a nuestros objetivos podemos determinar que no existe significancia con los residentes que obtuvieron el curso de manejo de estrés contra los que no lo obtuvieron.

13. DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes del HGR No. 1 Vicente Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social de Acapulco, así como determinar los factores asociados, de lo cual resultó una prevalencia de 22% para ansiedad y 30% para depresión, dentro de los factores asociados encontramos las horas de guardia de más de 24 horas para ansiedad, y pertenecer al sexo masculino para depresión.

Los participantes fueron 60 médicos residentes, se había calculado un total de 86 médicos residentes, 5 de ellos se encontraban dentro de su período vacacional, una residente se encontraba en el servicio social y no fue posible localizarla, y el resto no desearon participar.

La edad promedio en nuestra población fue de 31 años, lo cual concuerda con García Mejorado KV et al, así como otros estudios mencionados donde se presentan los mismos rangos de edad para las diferentes especialidades.

Montiel Jarquín et al refiere que la prevalencia de ansiedad es mayor en el primer grado académico en un 36.84% para depresión y 30.76% para ansiedad comparado con los residentes de último año que presentaron 10.5% y 11.53% para ansiedad y depresión respectivamente, es decir disminuye la prevalencia. ¹ En nuestro estudio observamos que el mayor porcentaje de ansiedad se encuentra en los residentes de primer año con un 53.8% (7/13) para el trastorno de ansiedad y en igualdad de porcentajes para depresión en primer y tercer grado académico con un 44.4% (8/18).

En un estudio publicado en el año 2014, realizado en el Hospital Centro Médico Nacional La Raza perteneciente al IMSS, en residentes de diversas especialidades (cirugía, anestesiología, medicina interna, anatomía patológica y urología) se encontró una prevalencia de 22.2% para depresión y 56.5% para ansiedad en médicos residentes, comparado con nuestro estudio en el cual se observó una prevalencia de 22% para ansiedad y 30% para depresión esto podría variar debido a las especialidades cursadas en nuestro hospital, de acuerdo a este estudio los residentes de primer año son los que tienden a padecer estos trastornos por el proceso de cambio y adaptación al que se ven sometidos concordando con el nuestro ya que ambos trastornos predominan en residentes de primer grado, sin embargo en este estudio las especialidades quirúrgicas son las que se ven mayormente afectadas en un 34.4% para cirugía general y anestesiología en un 27.78%.¹⁴

En Argentina en el año 2019 reporta que la mala calidad de sueño se asocia con síntomas depresivos en un 71.7%, lo cual puede relacionarse con las horas de guardia realizadas, ya que en nuestro estudio de los residentes con trastorno de ansiedad 92.3% (12/13) trabajan 72 horas de guardia por semana, y de los residentes con trastorno de depresión el 83.3% (15/18) realizan 72 horas de guardia por semana, se sabe que el sueño es necesario para una buena salud mental y el sueño insuficiente tiene efectos negativos sobre el estado de ánimo, el rendimiento cognitivo y la función motora. Después de 8 horas de trabajo, el rendimiento y la capacidad de concentración del individuo disminuyen, mientras que aumentan la fatiga y la posibilidad de errores, por lo que trabajar de noche y por horas excesivas que restringen la oportunidad de dormir están implicados en el compromiso de la salud y seguridad en el trabajo tanto de médicos como de pacientes.³¹

Los factores comúnmente asociados a trastornos como ansiedad y depresión en residentes son los siguientes: sobrecarga de trabajo, sueño, quejas de los pacientes y sus familiares, conocimientos insuficientes, ambientes académicos poco estimulantes, un alto grado de competitividad e incertidumbre respecto al futuro profesional, así como aspectos socioculturales y financieros. Es por esto por lo que los médicos residentes presentan importantes factores de riesgo para el desarrollo de depresión y se observa que, a mayor carga de trabajo, tanto físico como mental y emocional (rango de residencia, tipo de guardias, servicio asignado), mayor

frecuencia y gravedad de la alteración de la calidad de sueño y de la aparición de depresión, lo que influye negativamente en el rendimiento académico y asistencial, y es una condición de riesgo para errores que pondrían en peligro la salud del médico y del paciente.³¹

En nuestro estudio podemos observar que de los médicos residentes con trastorno de ansiedad y depresión son solteros en un 53.8% (7/13) y 66.6% (12/18) para ansiedad y depresión respectivamente, en los artículos consultados se observa que los trastornos como ansiedad o depresión tiende a presentarse en los médicos residentes solteros en un 90% según Rangel Ramírez en su artículo publicado hace un año.

El curso que se impartió sobre manejo de estrés, fue llevado a cabo hace más de 1 año, esto explica la razón por la solo el 50% de los residentes lo han recibido, además en el momento en que se imparte algunos residentes se encuentran postguardia, deben salirse durante las sesiones para realizar pendientes, lo cual podría ser una de las causas por las que no resulta ser protector el haber recibido este curso.

Cabe mencionar que el tiempo en el cual se llevó a cabo nuestro estudio fue durante la pandemia de COVID-19 lo cual podría afectar gravemente la salud mental de nuestros participantes.

Un artículo publicado por Torres Muñoz et al menciona que dentro de las repercusiones más importantes de esta pandemia se encuentra el impacto a la salud mental del personal sanitario que atiende a pacientes con COVID-19, debido al riesgo de desarrollar desde trastornos psicológicos hasta enfermedades mentales. Hasta el momento, los datos científicos basados en evidencia e intervenciones de salud mental dirigidas a los trabajadores del área de la salud con que contamos son escasos.⁴¹

Dentro de las variables que pueden contribuir a la carga emocional del personal del área de salud se encuentran el número exponencialmente creciente de casos sospechosos y confirmados, las largas y extenuantes horas de trabajo; la escasez cada vez mayor de equipo de protección personal (EPP) que va acreciendo con el tiempo, la gran cobertura y difusión por parte de los medios de comunicación y redes sociales, la falta hasta el momento de un tratamiento específico y eficaz o de una vacuna. La angustia de convertirse en un paciente más y ver cómo compañeros de trabajo son contagiados y ocupan camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de tomar decisiones difíciles como la utilización de recursos cada vez más escasos en pacientes igualmente necesitados, brindar la mejor atención médica posible a pacientes gravemente enfermos en un sistema de salud colapsado. Mantener el equilibrio entre las propias necesidades mentales y físicas y las de los pacientes, la angustia de ser un foco de infección para familiares y seres queridos, así como la difícil tarea de equilibrar los deseos propios con el deber.

Todo esto puede desencadenar alteraciones mentales, como depresión, trastorno de estrés postraumático e incluso ideación suicida. ⁴¹

Otra de las limitaciones encontradas en nuestro estudio es que gran parte de los participantes son foráneos lo cual puede contribuir a que presenten este tipo de trastornos por el proceso de adaptación, el encontrarse lejos de casa y de su familia quienes son redes de apoyo en pacientes con este tipo de trastornos.

De acuerdo a la carga de trabajo el número de pacientes que actualmente acude a las unidades hospitalarias ha disminuido por lo cual esto podría resultar beneficioso para no desarrollar este tipo de trastornos a diferencia de la cantidad de población que se atendía previo a la pandemia.

Otra de las limitaciones encontradas es debido a que nuestro estudio es un estudio transversal y esto puede tener inferencias de causalidad, fundamentalmente por la ambigüedad temporal que surge al medir simultáneamente la exposición y la enfermedad, no podemos precisar la secuencia de eventos, es decir, si la exposición sucedió antes, durante o después de nuestros resultados.

14. CONCLUSIÓN

La prevalencia de ansiedad en médicos residentes del HGR Vicente Gro. de Acapulco es del 22% y de depresión del 30%, con lo que se cumple la hipótesis planteada para la prevalencia de depresión no así para ansiedad, y de acuerdo al grado académico con mayor prevalencia no cumplimos con nuestra hipótesis ya que los médicos residentes con trastorno de ansiedad la mayor prevalencia es en residentes de primer grado en un 53.8% (7/13), y para depresión en igual porcentaje entre residentes de primer y tercer grado en un 44.4% (8/18).

15. RECOMENDACIONES

Presentar estrategias de detección de depresión y ansiedad al inicio de la residencia con el objeto de que los alumnos vulnerables reciban atención oportuna que les permita continuar con su adiestramiento.

Se sugieren la creación de programas que tengan como objetivo disminuir la carga mental y los niveles de estrés en los médicos residentes (talleres de control del estrés, de motivación, mejora de la autoestima) para prevenir las enfermedades que afecten la salud mental.

Se sugiere también la aplicación periódica de pruebas de ansiedad y depresión para examinar el estado de los residentes que recibieron el tratamiento y conocer el aumento o disminución de los casos detectados.

Establecer horarios de trabajo y de estudio que permitan el adecuado descanso y recreación, con el fin de evitar el aumento en la frecuencia de estos padecimientos.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Montiel Jarquína AJ, Torres Castillo ME, Herrera Velasco MG et al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Med.* 2015;16(2):116-125.
- 2.- Plata Guarneros M, Flores Cabrera L, Curiel Hernández O, et al. Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Rev de Especialidades Médico-Quirúrgicas.* 2011; 16 (3): 157-162.
- 3.- Alva Diaz C, Nieto Gutiérrez W, Taype Rondan A, et al. Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Rev Colomb Psiquiat.* 2019; 316: 7
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.03.007>.
- 4.- Aguilera ML, Ajpop F, Aqueche G, et al. Niveles de ansiedad de médicos residentes. *Rev Guatem Cir* 2015; 21: 23-27.
- 5.- NOM-001-SSA3-2018. (2018), NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2018 Educación en salud, para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.
- 6.- Mascarúa Lara E, Vázquez Cruz E, Córdova Soriano JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam.* 2014; 21(2):55-57.
- 7.- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaría de Salud. 2010.
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- 8.- Tortella Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom.* 2014; 110 (65).
- 9.- Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar y subjetividad fortaleza.* 2003; 3 (1): 10 – 59.

10.- Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Secretaría de Salud; 2015
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

11.- Galindo O. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2015; 12 (1): 51-58

12.- Beltrán MC, Freyre MA, Hernández Guzmán L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terap psicol*. 2012; 30 (1): 5-13.

13.- Vega Dienstmaier JM, Coronado Molina O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr*. 2014; 77 (2).

14.- Jiménez López JL, Arenas Osuna J, Ángeles Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53 (1): 20-28.

15.- Vázquez Ramírez LA, González Pedraza Avilés A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Aten Fam*. 2014; 21(4): 109-112

16.- Belló M, Puentes Rosas E, Medina Mora ME, Lozano R, et al. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2005; 47 (1): S4-S11.

17.-Ovejas López A, et al. Burnout y malestar psicológico en los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria*. 2020.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.014>

18.- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Washington DC: Author.

- 19.- Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, Garcia M. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II). 2014: 1-26
- 20.- Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth Cozens J, et al. (2002) Stress in UK intensive care unit doctors. *British Journal of Anaesthesia* 89: 873–881.
- 21.- Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, et al. (2011) Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints among Japanese physicians: a national cross-sectional survey. *Int J Behav Med* 18: 384–390.
- 22.- Medina M. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003; 26 (4):1-16
- 23.- Talavera B, Lourdes L, Martin J, Navarro A. et al. Factores de riesgo psicosocial en médicos de la provincia de Valladolid: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*. 2016; 48(6): 424-426.
- 24.- Angerer P, Weigl M. Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review. *Professions & Professionalism*. 2015; 5(1).
- 25.- Zhou J, Yang Y, Qiu X, Yang X, Pan H, Ban B, et al. (2016) Relationship between Anxiety and Burnout among Chinese Physicians: A Moderated Mediation Model. *PLOS ONE* 11(8): e0157013. doi:10.1371/journal.pone.0157013
- 26.- Talavera B, Luceño L, Martin J, Diaz E. Asociación entre la percepción de condiciones laborales adversas y depresión: una revisión sistemática. *Ansiedad y Estrés*. 2017; 23. 45-51
- 27.- Gong Y, Han T, Chen W, Dib HH, Yang G, et al. (2014) Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms and Related Risk Factors among Physicians in China: A Cross-Sectional Study. *Plos one* 9(7): e103242. doi:10.1371/journal.pone.0103242

- 28.- Gyórfy Z, Dweik D, Girasek E. Workload, mental health and burnout indicators among female physicians. *Human Resources for Health*. 2016; 14:12.
- 29.- Compton M, Frank E. Mental health concerns among Canadian physicians: results from the 2007-2008 Canadian Physician Health study. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 52: 542-547.
- 30.- Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Julia B, et al. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*. 2015; 31 (2): 743-750 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>.
- 31.- Rangel Ramírez LE, Ramírez CI. Deterioro cognitivo, síntomas de depresión y calidad de sueño en médicos residentes de posgrados clínicos y quirúrgicos. *Neurol Arg*. 2019; 11(4): 183–191.
32. García Mejorado KV, Secín Diep R, Guzmán Valdivia G. Prevalencia de síntomas depresivos y Ansiosos en médicos residentes e Internos de pregrado en el hospital Ángeles del pedregal. *Memorias del XIX Concurso Lasallista de Investigación, Desarrollo e Innovación clidi*. 2017; 7-11.
- 33.- Saldaña Ibarra O, López Ozuna VM. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. *Secretaría de Salud del Distrito Federal. Evid Med Invest Salud* 2014; 7 (4): 170-178.
- 34.- Acosta Fernández M, Aguilera Velasco MA, Pozos Radillo BE, Torres López TM, et al. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med*. 2017; 6 (23): 169-179.
- 35.- Balev J. Using a Bulgarian version of the beck Depression Inventory for screening nonclinical adolescents: findings and questions. Trabajo presentado en el XXVIth Congreso Internacional de psicología; Agosto; Montreal, Canadá;1996. p. 16-21.

- 36.- Kesler D, Lloyd K, Lewis G, Pereira GD. Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care. *BMJ*. 1999; 318(13): 436-9.
- 37.- Ahmed I, Banu H, Al Fageer R, Al Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care*. 2009; 24(3): 1-7.
38. Garnés Ros AF. Estudio de las fuentes de estrés laboral en médicos residentes. *Centro de Salud*. 2001; 9(9):568-72.
- 39.- Cuesta JDP, Saiz Ruiz J, Roca M, et al. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biol*. 2016; 23 (2): 67 -73.
40. Boceta Osuna J, Galán González Serna JM, Gamboa Antiñolo FM, et al. Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina. *Educ Med*. 2017; 18 (3): 179-187.
41. Torres Muñoz V, Farías Cortés JD, Reyes Vallejo LA, et al. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista Mexicana de Urología* ISSN: 2007-4085, 80 (3), mayo-junio 2020: 1-10.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD. COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero" y factores asociados.
Patrocinador externo(si aplica)	
Lugar y fecha.	Hospital General Regional No. 1 Vicente Guerrero Noviembre 2020
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General Regional No. 1 "Vicente Guerrero" y factores asociados.
Procedimientos	Aplicación del inventario de Beck para ansiedad y depresión respectivamente
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evaluación del nivel de ansiedad y depresión, y ser canalizado a psicología a quien lo amerite.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se les dará a conocer el resultado y con base en esto se comentará la importancia de recibir tratamiento
Participación o retiro:	En el momento que así lo desee Se mantendrán los resultados en forma confidencial y solo serán usados para fines del estudio
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable :	Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda 99122375 Médico especialista en Medicina Familiar Correo electrónico: irasema.urbina@imss.gob.mx
Colaboradores :	Dra. Merit Díaz Hernández Matrícula 99128668 Médico Residente de 3er año de la especialidad de Medicina Familiar correo electrónico: merit125@hotmail.com Tel Cel 7441924007
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:comision.etica@imss.gob.m	

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique con una “x” cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)		En absoluto (nada)	levemente	moderadamente	severamente
1	Torpe o entumecido.				
2	Acalorado.				
3	Con temblor en las piernas.				
4	Incapaz de relajarse.				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareado, o que se le va la cabeza.				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				

8	Inestable.				
9	Atemorizado o asustado.				
10	Nervioso.				
11	Con sensación de bloqueo.				
12	Con temblores en las manos.				
13	Inquieto, inseguro.				
14	Con miedo a perder el control.				
15	Con sensación de ahogo.				
16	Con temor a morir.				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos				
19	Con desvanecimientos.				
20	Con rubor facial.				
21	Con sudores, fríos o calientes.				

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido, si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1^b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2^a Duermo mucho más que lo habitual.

2^b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3^b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a . No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Delegación Estatal Guerrero
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIONM DE PLANEACION Y ENLACE ISNTITUCIONAL
HOPITAL GENERAL REGIONAL NUM. 1 VICENTE GEURRERO

Acapulco Guerrero 26 de Junio del 2020

ASUNTO: Carta de No Inconveniente

Dr. Cesar González Bonilla
Presidente del Comité Nacional de Investigación Científica
P R E S E N T E

Por este medio me permito manifestar que no existe Inconveniente que en este hospital se realice la ejecución del estudio de investigación que lleva título

"Ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Vicente Guerrero y factores asociados"

El protocolo está dirigido por la Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda investigador responsable adscrito a la Coordinación de Planeación y Enlace Institucional de la Delegación Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social,

Se le autoriza la revisión de expediente una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el comité de Investigación y que está basado en los principios éticos vigentes.

Así mismo el equipo de Investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han adquirido el compromiso además a jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"
Dr. Edgar Balbuena Herrera
Director del hospital General Regional núm. 1 "Vicente Guerrero"

Av. Cuauhtémoc No.95 Colonia Centro,
Acapulco de Juárez, Guerrero, C. P. 39300,
Directo 01 (744) 483-88-89

enida Cuauhtémoc No.95, Colonia Centro, Acapulco de Juárez, Guerrero, C. P. 39300, Tel. (744) 483-88-89

www.imsa.gob.mx

