



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E

INVESTIGACIÓN

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MF N #1

“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS
RESIDENTES DE PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGR C/MF No 1 DEL IMSS,
CUERNAVACA MORELOS”**

Número de registro SIRELCIS: R-2020-1702-034

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DULCE MARÍA LÓPEZ LEGUÍZAMO

ASESORES DE TESIS:

ANGÉLICA TOLEDO HERNÁNDEZ

ROSALBA MORALES JAIMES

CUERNAVACA, MORELOS, AGOSTO 2022





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.

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE
PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGR C/MF N° 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DULCE MARIA LÓPEZ LEGUIZAMO

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ

COORD. DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL

DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.

COORD. AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.

COORD. AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.

DRA. SARAH RODRIGUEZ ROJAS

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ROSALBA MORALES JAIMES.

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE
PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGR C/MF No 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DULCE MARIA LÓPEZ LEGUÍZAMO

ASESORES DE TESIS

DRA. ANGÉLICA TOLEDO HERNÁNDEZ.

Médico Familiar adscrita al HGR C/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez”

DRA. ROSALBA MORALES JAIMES.

Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar del HGR C/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez”

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE
PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGR C/MF No 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DULCE MARIA LÓPEZ LEGUÍZAMO

PRESIDENTE DEL JURADO

DR. DANIEL REAL JUÁREZ

Médico Psiquiatra adscrito al HGR C/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez”

SECRETARIO DEL JURADO

MONICA AYDE HERNÁNDEZ MEDINA

Médico Familiar adscrita al HGR C/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez”

VOCAL DEL JURADO

DRA. ANGÉLICA TOLEDO HERNÁNDEZ

Médico Familiar adscrita al HGR C/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez”

VOCAL DEL JURADO

DRA. ROSALBA MORALES JAIMES

Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar del HGR C/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1702
H GRAL ZONA -MF- NUM 5

Registro COFEPRIS 17 CI 17 631 850

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 17 CEI 001 20190121

FECHA Jueves, 01 de octubre de 2020

Dra. ANGELICA TOLEDO HERNANDEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGR C/IF No 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS" 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-2020-1702-034

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

Juan Carlos Velázquez Olmos
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1702

Imprimir

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD

Índice

1	Resumen	7
2	Marco teórico	8
3	Marco referencial	21
4	Justificación	26
5	Planteamiento del problema	28
6	Objetivos	30
7	Material y métodos	31
8	Recolección de datos	32
9	Operalización de variables	33
10	Instrumentos de evaluación	39
11	Análisis estadístico	42
12	Consideraciones éticas	43
13	Recursos, financiamiento, factibilidad	44
14	Resultados	45
15	Discusión	52
16	Conclusiones	54
17	Cronograma de actividades	55
18	Referencias bibliográficas	56
19	Anexos	58

DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico principalmente a mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. A mis hermanos por estar siempre presentes, por brindarme todo su apoyo, acompañándome a lo largo de esta etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer en estas líneas el apoyo que muchas personas y colegas me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo. En primer lugar, quisiera agradecer a mis padres; María y Carlos que me han ayudado en toda mi formación. A mis hermanos Iván e Itzel por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, gracias.

A Juan Carlos Acosta Y Patricia Ibarra gracias por su apoyo, por compartir momentos significativos conmigo y por estar dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mi tutora, Angie, por haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos. Al Dr. Cid, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi formación como especialista, gracias por la enseñanza de sus valiosos conocimientos.

A mis amigas: Mel, Pau, Yaz y MJ, con las que compartí dentro y fuera del IMSS, que se convirtieron en hermanas de vida, gracias por todo su apoyo, enseñanzas y diversión.

“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGR C/MF No 1 DEL IMSS, CUERNAVACA MORELOS”

López Leguízamo D. Toledo Hernández A. Morales Jaimes R.

Introducción: la familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad, es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad. El síndrome depresivo incluye una serie de trastornos de estado de ánimo cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad, que afectan significativamente a la capacidad funcional de la persona.

Objetivo: evaluar la asociación entre la funcionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Material y métodos: estudio observacional, transversal, analítico, retrospectivo que se llevó a cabo en el HGR C/MF No 1, del IMSS Cuernavaca, Morelos; participaron 74 médicos residentes de primer grado del ciclo escolar 2021-2022. Se utilizó un cuestionario de factores sociodemográficos para caracterizar a la población, FACES III para clasificar a la familia de acuerdo a su funcionalidad e inventario de depresión de Beck para determinar la presencia y gravedad de síntomas depresivos.

Resultados: familias funcionales en 29 residentes (39.19%), moderadamente disfuncionales en 18 residentes (24.32%) y disfuncionales en 27 residentes (36.49%). 37 residentes se encontraban sin síntomas depresivos (50%), 14 presentaron síntomas depresivos leves (18.92%), 19 síntomas depresivos moderados (25.68%) y 4 (5.41%), síntomas depresivos severos dos semanas previas a la realización de la encuesta. 32 residentes con disfunción familiar presentaron algún grado de sintomatología depresiva. Los residentes con disfunción familiar tienen 19.98 veces más probabilidad de presentar síntomas depresivos con relación a los que viven en una familia funcional ($p < 0.0000$).

Conclusiones: La disfunción familiar se asocia a síntomas de depresión en médicos residentes de primer año. La prevalencia de síntomas depresivos superó lo reportado por literatura consultada, encontrándose 50% de residentes con síntomas depresivos, por lo que es importante la implementación de intervenciones en cuanto a salud mental con el fin de evitar la aparición de depresión, así como complicaciones asociadas a la misma que puedan afectar el desempeño y la formación de los Médicos residentes.

Palabras clave: Funcionalidad familiar. Síntomas depresivos. Médicos residentes. Asociación.

Marco Teórico

Depresión

El síndrome depresivo incluye una serie de trastornos de estado de ánimo cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad, estado que puede ser transitorio o permanente. (1) El rasgo compartido de todos estos trastornos es la presencia de estado de ánimo triste, sensación de vacío o irritabilidad, acompañado de síntomas somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional de la persona. Lo que los diferencia entre sí, es la duración de los síntomas, la temporalidad o la supuesta etiología. (2) Se caracterizan por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento (3). Estos síntomas incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de libido, la fatiga y la disminución de la actividad, la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana, además, de los sentimientos de culpa e inutilidad. (3) También, se encuentran a la baja los sentimientos de autoestima, existe una pérdida de la confianza, sentimientos de impotencia, y en una gran parte de la población que padece la depresión mayor se presenta una ideación suicida, intentos de autolesión o suicidio. (3)

Se sabe que la depresión o la ansiedad alteran el desempeño laboral de las personas; Se ha calculado que la prevalencia de depresión es mayor entre los médicos residentes un 10% más que en la población general. La depresión es el desorden psiquiátrico más común entre las mujeres médicas. (4) La depresión y el desgaste son muy prevalentes entre los residentes de todo el mundo; la depresión se manifiesta en 7 a 56% de ellos. (1). 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. (5) A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos. (3)

El trastorno depresivo mayor es el trastorno clásico de este grupo. Esta caracterizado por episodios de al menos dos semanas de duración en los cuales se presentan cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, además de remisiones entre

episodios. Una forma más crónica de depresión es el trastorno depresivo persistente o distimia que se presenta cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños. El trastorno disfórico menstrual corresponde a una forma de trastorno depresivo que comienza después de la ovulación y remite pocos días después de la menstruación, pero que tiene un impacto importante en la funcionalidad de las pacientes. Con el síndrome depresivo se puede asociar un número elevado de sustancias de abuso, medicamentos y algunas afecciones médicas orgánicas; las cuales se engloban en el diagnóstico de trastorno depresivo debido a otra afección médica. (2)

Para el diagnóstico diferencial de la depresión se debe indagar entre una serie de síndromes orgánicos, trastornos mentales y trastornos del estado de ánimo que cursan con sintomatología depresiva. Entre los trastornos orgánicos se encuentran; patología tiroidea, diabetes, enfermedad de Cushing, tuberculosis, VIH, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, neoplasias, o dolor crónico. (6)

En cuanto a enfermedades psiquiátricas con manifestaciones depresivas tenemos que la ansiedad subjetiva puede coexistir con depresión hasta un 80% de los casos; en cuanto a los trastornos adaptativos la sintomatología depresiva está directamente relacionada con un estresor identificable; además de trastornos del sueño, trastornos del espectro psicótico y trastornos somatomorfos entre otros. (6)

Una vez descartado que los síntomas depresivos sean causados por enfermedad orgánica o trastorno mental podemos hacer el diagnóstico de depresión. El DSM-V clasifica a los trastornos depresivos de acuerdo a la presentación clínica: (6)

- a) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- b) trastorno de depresión mayor y episodio depresivo mayor.
- c) trastorno depresivo persistente o distimia.
- d) trastorno disfórico premenstrual.
- e) trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento.
- f) trastorno depresivo debido a otra afección médica.

g) otro trastorno depresivo especificado.

h) trastorno depresivo no especificado (6)

La prevalencia de sintomatología depresiva según la Ensanut fue de 15.4% en 2006, 13.7% en 2012, 13.6% en 2018-2019 y 15.0% en 100k (7). Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%. Este trastorno afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres. (3)

En América Latina, este análisis sitúa a la depresión como primera causa de discapacidad, con 7,8% de la discapacidad total y un intervalo entre 5,9% en Canadá y 9,4% en Paraguay. Se evidencia un patrón subregional de mayor discapacidad en América del Sur, tal como indica lo siguiente: (8)

1) Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia son los cinco primeros países en la tabla clasificatoria de la discapacidad por depresión.

2) una mayoría clara de países sudamericanos se encuentran en el nivel o por encima del nivel del país (7,7%) y del nivel global regional (7,8%)

Otro aspecto importante de la depresión es que afecta principalmente a los jóvenes: casi 10 millones de los 14,5 millones de APD por depresión en la Región de las Américas corresponden al grupo etario de 15 a 50 años. (8)

En México de acuerdo con los datos de la encuesta nacional de evaluación y desempeño 2002-2003 (ENED) en un periodo anual previo a la entrevista el 5.8% de las mujeres y en el 2.5% de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con depresión; la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. (9)

Por grupo de edad en las mujeres menores de 40 años fue de 4% y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mujeres mayores de 60 años. En los hombres la prevalencia por grupo de edad fue de 1.6% y 5.0% respectivamente. (9) Según la OMS la expectativa al 2020 es que la depresión será la segunda causa de discapacidad, después de la enfermedad cardiovascular a nivel mundial. (10)

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. Datos de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica (ENEP) aplicada en 2003 señalan: (9)

- Una de cada 5 personas presenta al menos un trastorno mental en su vida.
- 13.9% refirió haber padecido alguno de los trastornos mentales durante el año previo a la encuesta, 5.8% en los últimos 30 días.
- Los hombres presentan prevalencia más alta para cualquier trastorno que las mujeres (30.4% vs 27.1%).
- Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en los hombres.

El hecho de encontrarse dentro de las cinco principales causas de discapacidad a nivel nacional resalta la transición epidemiológica rápida de México. Además, es uno de los principales factores de riesgo para muerte por suicidio, el cual representa una de las primeras 5 causas de muerte en sujetos de entre 15 y 34 años en nuestro país. (11)

La etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales. (5) Las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), en gran parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos. Posteriormente, se reportó un mayor riesgo para las personas de desarrollar el trastorno depresivo por la interacción de la vulnerabilidad genética con el ambiente. (3)

Adicionalmente, existe evidencia que relaciona el estrés crónico con el trastorno depresivo, lo que ocasiona un deterioro de las neuronas que les impide hacer las adaptaciones apropiadas para el funcionamiento normal del sistema nervioso central. (3)

Se conocen diversos factores de riesgo y factores pronósticos para la depresión como lo son:

- Temperamentales: El neocriticismo (la afectividad negativa) es un factor de riesgo bien establecido para el comienzo del trastorno depresivo mayor.
- Ambientales: Los acontecimientos adversos en la infancia, especialmente cuando son múltiples experiencias de diversos tipos, constituyen un potente conjunto de factores de riesgo.

- Genéticos y fisiológicos: Los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor tienen un riesgo dos a cuatro veces mayor que el de la población general. El riesgo relativo parece ser mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. La heredabilidad es de aproximadamente el 40%, y los rasgos neuróticos de la personalidad cuentan en proporción considerable para esta asociación genética.
- Modificadores del curso: Todos los trastornos no afectivos mayores aumentan el riesgo de que un sujeto desarrolle depresión. El trastorno por consumo de sustancias, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad se encuentran entre los más frecuentes, y la presencia de síntomas depresivos puede oscurecer y retrasar su reconocimiento. Las enfermedades médicas crónicas o incapacitantes también aumentan el riesgo de episodios de depresión mayor. (12)

Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan:

- a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo.
- b) tener un bajo nivel socioeconómico.
- c) estar desempleado (más en hombres).
- d) aislamiento social.
- e) tener problemas legales.
- f) experiencias de violencia.
- g) consumir sustancias adictivas.
- h) la migración.

Existen criterios diagnósticos que ha establecido la Asociación Americana de Psiquiatría a través del DSM V los cuales son:

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer. (12)

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Los Criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor (12).

Los exámenes psicopatológicos son la herramienta más importante para el diagnóstico de los trastornos mentales. Si se sospecha de cualquier trastorno del síndrome depresivo, se recomienda realizar una exploración psicopatológica de las áreas que suelen verse más afectadas por estos cuadros. Lo primero que hay que hacer es investigar los cambios en la esfera afectiva, ya que representa el conjunto de estados del ánimo que el individuo vive de forma personal y subjetiva: (6)

Anhedonia, ansiedad, disforia, inadecuación afectiva o paratimia, labilidad afectiva, incontinencia afectiva, alexitimia, rigidez afectiva, frialdad o indiferencia afectiva, apatía,

abulia, sueño, insomnio, hipersomnia, apetito, libido, pensamientos de muerte pasivos, pensamientos de muerte activos e ideación suicida.

Otras alteraciones psicopatológicas que se deben indagar en la exploración de un cuadro depresivo son: Atención, forma y contenido del pensamiento y psicomotricidad. (6)

El diagnóstico de los trastornos depresivos se basa en la identificación de los signos y síntomas (y los criterios clínicos descritos anteriormente). Según la CIE 10, la presencia de al menos tres de los síntomas más típicos de la depresión, no estando presente la idea suicida, durante al menos dos semanas se clasifica como depresión leve. Episodio depresivo moderado es aquel que manifiesta cuatro o más síntomas de depresión, sin la idea suicida, al menos durante dos semanas, y episodio depresivo grave es aquel con tres o más síntomas de depresión, incluida la idea de intento suicida, al menos durante las últimas dos semanas. (10) Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes. (10)

En cuanto al tratamiento de la depresión mayor, se reporta que, el tratamiento convencional es por medio de medicamentos antidepresivos y de la terapia cognitiva, que demostró ser eficaz en cerca de 60% de los pacientes. Por otra parte, la depresión resistente al tratamiento se produce hasta en 40% de los pacientes. (3)

El tratamiento antidepresivo farmacológico se reserva para los episodios moderados a severos (y en algunos casos específicos para los leves). Hasta el momento, la gran mayoría de los fármacos utilizados tienen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico. (11)

El incremento de la disponibilidad de neurotransmisores en la hendidura sináptica permite la regulación a la baja de los receptores postsinápticos así como su desensibilización, y estos cambios adaptativos en los receptores resultan en alteraciones en la expresión de determinados genes, incluidos factores neurotróficos como el BDNF y por ende permiten la sinaptogénesis. Los efectos secundarios suelen presentarse dentro de los primeros días de iniciar un fármaco debido al aumento de los neurotransmisores implicados, mientras que el

efecto clínico de mejoría en los síntomas depresivos puede tardar de 2 a 4 semanas tras el inicio debido a que requiere de estos cambios adaptativos en los receptores (11).

En general, la eficacia de los antidepresivos actuales es comparable entre ellos. Sin embargo, algunos metaanálisis favorecen discretamente al escitalopram, mirtazapina, sertralina y venlafaxina sobre otros, en cuanto a respuesta. A pesar de lo anterior, con la evidencia actual, las guías de tratamiento sugieren que la decisión entre los distintos antidepresivos debe basarse en las características sintomáticas del cuadro depresivo, comorbilidades, efectos secundarios, interacciones farmacológicas y disponibilidad en el medio. El tratamiento de un primer episodio depresivo debe durar entre 6 y 12 meses posterior a la remisión de los síntomas para evitar la recurrencia (11).

El uso adecuado de escalas clinimétricas es de enorme utilidad para apoyar el diagnóstico de depresión, así como para contar con una medida objetiva de los cambios terapéuticos que permite monitorizar su evolución. (14) Existen diversos instrumentos disponibles, se describen a continuación algunos de ellos:

Inventario de depresión de Beck (Beck depression inventory o BDI) ha sido desarrollado y validado usando población con trastornos psiquiátricos o sanas. (12). Es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de los síntomas depresivos tanto en adolescentes como adultos. (13). Dentro del desarrollo y uso de dicho test, se han aplicado a pacientes con diagnósticos de trastornos mentales severos, trastornos depresivos, pacientes con abuso de sustancias y estudiantes adolescentes y adultos, así como en la consulta externa de psiquiatría, pediatría, medicina interna y finalmente, medicina familiar. (12).

Escala de Hamilton. Fue desarrollada en 1960 por Hamilton, es un instrumento de 21 preguntas. Las primeras 17 exploran la sintomatología depresiva asignando una severidad de menor a mayor gravedad (de 0 a 4). Las últimas cuatro preguntas exploran la variación diurna, la despersonalización o desrealización, los síntomas paranoides y los síntomas obsesivos. Está diseñado para que sea aplicado por un clínico. La calificación final se obtiene de los primeros 17 reactivos. Un puntaje de 15 o más señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. (14)

Cuestionario clínico para el diagnóstico del Síndrome Depresivo. Fue desarrollado en México, y consta de 20 reactivos que corresponden a los síntomas frecuentes de depresión en nuestro medio sociocultural. Está diseñada para ser auto aplicada y requiere sólo de una breve explicación al paciente. El diseño permite sumar individualmente las cuatro columnas y luego multiplicar cada una por el factor correspondiente para obtener la calificación final, como sigue: Normal, de 20 a 35 puntos; reacción de ansiedad, de 36 a 39 puntos; depresión incipiente de 40 a 45 puntos; depresión media de 46 a 55 puntos; y depresión severa, de 66 a 80 puntos La consistencia interna de este instrumento es de alfa de Cronbach de 0.86.17 La terminología utilizada por Calderón difiere discretamente de la enunciada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (14)

Funcionalidad familiar

La familia es un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad y se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción; desde el punto de vista funcional y psicológico, implica además compartir un mismo espacio físico; desde el punto de vista sociológico no importa si se convive o no en el mismo espacio para ser considerado parte de la familia. (17)

El funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. (18)

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, que dependerá del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible. Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional. (19)

Se ha considerado a la familia como un sistema funcional cuando es capaz de cumplir con sus funciones, enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar y la crisis por la que pueda atravesar. (19)

La familia es un todo tanto para la sociedad como para el individuo, la evaluación de la familia no es una tarea fácil, requiere tiempo, algo que normalmente no se cuenta en el ámbito de la atención primaria de la salud donde el médico familiar ejercerá la mayor parte de su tiempo, pero es necesario el conocimiento de los instrumentos de valoración. Se ha demostrado la importancia fundamental que tiene la familia en la formación de la enfermedad en el individuo. (17)

El entorno que rodea a un individuo desde la infancia temprana hasta la vida adulta tiene repercusiones tanto positivas como negativas y por lo general no es un motivo de estudio en la consulta médica, aunque debería serlo (18)

Evaluar la funcionalidad de la familia se ha convertido en una necesidad sentida y real de la práctica integral de la medicina de familia. (20). Evaluar el funcionamiento familiar a través de procedimientos rigurosos se ha convertido en una necesidad real de la práctica psicológica. Se utilizan actualmente una gran variedad de instrumentos para evaluar la familia a nivel de grupo (considerando el sistema familiar como un todo) La gran mayoría de los instrumentos están validados para ser utilizados en el contexto en el cual se han originado, pero no han sido adaptados a otros contextos. (21) Tanto en México como en España, se ha usado con mayor frecuencia el Apgar familiar. Sin embargo, su utilización en la práctica clínica del médico de familia en México no es generalizada, argumentándose que es un instrumento breve y que la información que se obtiene para evaluar la funcionalidad familiar es escasa, por lo que es necesario utilizar, además del Apgar, otros instrumentos. (20)

Existen diversos instrumentos que pretenden evaluar la funcionalidad de la familia. Entre los más importantes se encuentran los siguientes: (20)

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil. El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. (22)

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia. (22)

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III; de Olson, Portner y Lavee, 1985; Olson, 1992) es la 3ª versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones. En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. (22)

Residencia medica

La especialización médica en México data 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. En 1906 se estableció en la Escuela de Medicina un programa de cursos para graduados de diversas especialidades. (1)

A partir de la creación de la primera residencia del Hospital General, en 1942, la realización de estos cursos se hizo regular y ordenada. La residencia hospitalaria se constituyó en una forma de adiestramiento y preparación para los médicos jóvenes recién graduados. Esa residencia se realizaba dentro del hospital durante un tiempo exclusivo, con reconocimiento y respaldo de una institución universitaria. En la actualidad los médicos residentes se ocupan de funciones asistenciales, crean relaciones estrechas con sus profesores, forjan una enseñanza estrecha debido a que participan en la docencia y ayudan a los residentes de menor grado gracias a los conocimientos que han obtenido en los servicios. (1)

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México ha desarrollado el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) –aprobado en 1994–, que evaluará el

cumplimiento de los programas de los diferentes cursos que se impartirán en las especializaciones médicas (UNAM, 1994). (1)

Residencia médica y depresión

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; el desempeño que exige la residencia limita o nulifica, lo cual afecta considerablemente el desarrollo integral del individuo. Cuando los médicos se integran a un ámbito laboral – después del egreso de la facultad–, se enfrentan a un proceso de adaptación y aprendizaje constante, que tiene implicaciones personales, educativas y sociales. (1)

En determinados momentos lo anterior puede generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés, y en casos extremos puede desencadenar 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. (1)

Mata, et al. mencionan en su estudio “Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis” en el año 2015, haciendo una revisión de estudios de depresión en médicos residentes desde enero de 1963 hasta septiembre del 2015, tomando 31 estudios transversales y 23 longitudinales, se concluyó que existe una prevalencia del 28.8% los cuales han venido en aumento a través de los años. (12).

Fahrenkopf, et al. En su estudio titulado “Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study” publicado en 2007, se estudiaron 123 médicos residentes de pediatría de Estados Unidos, donde el 20% tuvieron alto riesgo de padecer depresión, 26% tuvieron antecedente de depresión y 11 residentes tomaban antidepresivos en el momento, de los cuales 3 tenían depresión. El número de errores en tratamiento por mes fue de 1.55 en residentes con depresión y 0.25 en residentes sin depresión, por lo que se encontró que los médicos con depresión presentan errores 6 veces más que un médico sin depresión (12).

En el estudio realizado por Plata, et al, “Depresión y ansiedad en la residencia médica” que consta de un estudio descriptivo y transversal realizado del 1 de mayo al 31 de octubre de 2010 en el Hospital Regional 1º de Octubre, de la Ciudad de México, donde 35 residentes participaron en el estudio, 12 (34%) padecieron alguno o ambos trastornos; a diferencia de los artículos revisados, se decidió entrevistar a los médicos para conocer más a fondo el origen de la problemática que generaba sus trastornos; se realizaron 15 entrevistas de corroboración y en todas ellas los residentes respondieron que se sentían excesivamente cansados y que la exigencia del trabajo no les permitía ocuparse de las otras esferas de su vida, lo cual les generaba conflictos, presión, tristeza o angustia excesiva, y estas situaciones o emociones se aunaban a los compromisos de vida (1,12).

Funcionalidad familiar y depresión en médicos residentes

En la literatura no existen artículos que relacionen la funcionalidad familiar con síntomas depresivos en médicos residentes. Se ha estudiado que los factores del entorno personal como la violencia, la inseguridad y las crisis aumentan el riesgo de padecer síntomas depresivos, tomando en cuenta que el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros tales como la depresión, y la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, se considera importante el estudio de ésta relación con el fin de mejorar el desempeño de los médicos residentes y por lo tanto mejorar la calidad de la atención médica.

Marco referencial

- Título: Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal.
- Autores y año de publicación: Saldaña Ibarra, O. y López Ozuna, v., 2014.
- Objetivo: Describir la prevalencia de depresión en residentes de diferentes especialidades con un componente de estrés agregado por sus actividades de la secretaria de salud del DF.
- Metodología: Se realizó un estudio observacional a 119 residentes de un universo de 310: 29 fueron de la especialidad de Medicina de Urgencias, 38 de Cirugía General, 38 de Medicina Interna y 14 de Medicina Familiar; seleccionados de manera accidental según su disposición de tiempo para contestar el cuestionario SRQ con el objetivo de identificar la presencia de depresión.
- Resultados principales: En este estudio el 64.71% de residentes fueron clasificados con depresión leve; 27.73 % con depresión moderada y 7.56% con depresión grave. Encontraron mayor incidencia de depresión leve en hombres y de mujeres en depresión moderada y severa, los residentes de entre 27 y 32 años de edad presentaron mayor probabilidad de tener depresión moderada y severa, en cuanto a especialidad los residentes que tuvieron mayor probabilidad de presentar depresión severa fueron los de cirugía general y los de menor probabilidad Medicina interna, por último, el grado donde se presentaron más casos probables de depresión fue primer año.
- Conclusiones: El estudio concluyó que la sociedad está empezando a reconocer a la depresión como un problema importante de salud pública. Subestimándose el impacto de la depresión tanto en términos del sufrimiento personal como de la carga económica sobre el sistema de salud y la comunidad. Si existiera un programa de salud mental para la atención del médico residente se podría no sólo detectar a los médicos residentes deprimidos y dar tratamiento inicial, sino también disminuir el grado de renuncias a la especialidad médica.

- Título: Depresión y ansiedad en la residencia médica.
- Autores y año de publicación: Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, et al. 2011
- Objetivo: Indagar la existencia de trastornos depresivos o ansiosos en residentes de distintas especialidades, identificar las causas que los producen y canalizar a los residentes que los padecieron al servicio correspondiente para su evaluación y tratamiento.
- Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y transversal del 1 de mayo al 31 de octubre de 2010 a los médicos residentes adscritos al Hospital Regional 1° de Octubre, de las especialidades de Medicina Interna, Urgencias, Terapia Intensiva y Anestesiología. Los instrumentos que se aplicaron fueron: las escalas de depresión y de ansiedad de Hamilton. Además, se realizó un reporte con las repercusiones personales, familiares o laborales que se presentaron en los residentes con ansiedad y depresión.
- Resultados principales: se aplicaron los instrumentos a 35 médicos residentes de los cuales en el servicio de Anestesiología 50% padecieron depresión y ansiedad; en Terapia Intensiva 33% manifestaron ambos trastornos, en Medicina Interna, 17% padecieron depresión y ansiedad. En total 9 residentes (25.7%) presentaron síntomas de ansiedad y depresión.
- Conclusiones: el estudio concluyó que la prevalencia del trastorno ansioso o depresivo fue mayor en los residentes más jóvenes los cuales además cursaban el primer año de la residencia siendo anestesiología la especialidad que tuvo más residentes con ansiedad y depresión siendo las jornadas de trabajo extenuantes y los horarios demandantes las principales causas de estos trastornos.

- Título: Asociación entre síndrome de burnout y Funcionalidad familiar en médicos residentes.
- Autores y año de publicación: Marecos-Bogado S, Moreno M. 2018.
- Objetivo: Determinar la asociación entre síndrome de Burnout y funcionalidad familiar en médicos residentes adscritos al Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, Paraguay, en el año 2017.
- Metodología: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal con muestreo no probabilístico a criterio. Se incluyó a médicos residentes de primero a cuarto año, de especialidades troncales del Hospital de Clínicas. La recolección de muestra se realizó mediante un cuestionario que incluyó datos sociodemográficos, el cuestionario de “*MaslachBurnoutInventory*” para medir síndrome de Burnout y el test de Apgar familiar para valorar funcionalidad familiar.
- Resultados principales: Se incluyó a 104 médicos residentes de los cuales el 24% presento síndrome de burnout siendo el componente de despersonalización el que más se presentó. En cuanto a funcionalidad familiar el 19.2% presentaron disfunción familiar leve y 6.7% presentaron disfunción familiar moderada. Se encontró asociación significativa entre síndrome de Burnout y disfunción familiar leve y moderada.
- Conclusiones: Se concluyó que un tercio de los residentes padecieron síndrome de burnout, un tercio de los residentes contó con disfunción familiar leve y moderada al momento del estudio, por lo tanto, existe asociación significativa entre el síndrome de Burnout y la funcionalidad familiar. Se encontró además asociación significativa entre la presencia de burnout, la especialidad médica y el año en curso de los médicos residentes.

- Título: Depresión en médicos residentes y médicos internos de pregrado del Hospital General Regional con Medicina Familiar no. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Cuernavaca, Morelos.
- Autores y año de publicación: Toledo A, Juárez N, Gutiérrez A, 2018.
- Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en médicos residentes y médicos internos de pregrado adscritos al Hospital General Regional con Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Cuernavaca, Morelos en el año 2018.
- Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y prospectivo. Para la evaluación de depresión se aplicó a los médicos residentes y médicos internos de pregrado, el inventario de depresión de Beck, así como un cuestionario sociodemográfico para la caracterización de los participantes.
- Resultados principales: se aplicó el instrumento a 169 médicos en formación de los cuales el 33.73% presentaron algún grado de depresión: 47 (26.63%) presentaron depresión leve, 10 (5.92%) presentaron depresión moderada y 2 (1.18%) presentaron depresión severa. El resto de médicos en formación (112) no presentó ningún grado de depresión al momento del estudio.
- Conclusiones: La prevalencia de depresión en los Médicos Residentes y Médicos Internos de Pregrado superó lo reportado por literatura nacional e internacional, con un 33.7%, encontrándose relación significativa con los antecedentes heredofamiliares psiquiátricos y patologías encontradas, y la jornada laboral diaria mayor de 12 horas con la aparición y gravedad de la depresión.

- Título: Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina.
- Autores y año de publicación: Fouilloux Morales C, et al 2013.
- Objetivo: Identificar si los síntomas depresivos que presentaban los estudiantes de primer año de la licenciatura de Médico Cirujano de la UNAM estaban asociados con un bajo rendimiento escolar.
- Metodología: Participaron 774 estudiantes del primer año de la carrera de Médico Cirujano, En la evaluación de los síntomas depresivos se utilizaron el Inventario de Beck para Depresión y la subescala de depresión de la lista de 90 síntomas (SCL-90). Para el análisis estadístico Se realizaron análisis descriptivos, χ^2 , t de Student y regresión logística.
- Resultados principales: El porcentaje de estudiantes con síntomas depresivos fue de 23% (hombres 12.3%, mujeres 28.4%), con una diferencia significativa en la presencia de síntomas depresivos entre mujeres y hombres estudiantes de medicina (OR=2.8). El 68% de los alumnos que tenían síntomas depresivos reprobaron alguna materia, lo que supuso un mayor riesgo de reprobación de 2.4 veces, comparados con quienes no tenían dicha sintomatología.
- Conclusiones: La sintomatología depresiva es un factor de riesgo importante para reprobado alguna asignatura o tener un bajo rendimiento escolar.

Justificación

El síndrome depresivo incluye una serie de trastornos de estado de ánimo cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad, cuyo rasgo compartido es la presencia de estado de ánimo triste y sensación de vacío o irritabilidad, acompañado de síntomas somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional de la persona y presentan una alta incidencia, los cuales se han convertido en un problema de salud pública en el mundo, principalmente en personas jóvenes, los trastornos incluidos en este síndrome pueden agravarse o precipitar su aparición en diferentes circunstancias, una de ellas es la residencia médica.

Por definición, estos trastornos mentales causan malestar significativo en la actividad social o laboral del médico residente. También se ha reportado que producen deseos de abandonar la residencia e incluso se identifican como causas de deserción. Tomando en cuenta a la funcionalidad familiar como un factor importante para enfrentar y superar las distintas etapas del ciclo vital, se considera importante su estudio en médicos residentes, ya que viven un proceso de aprendizaje y adaptación constante que puede desencadenar periodos de angustia ansiedad o temor. En este proceso es importante contar con una buena red de apoyo familiar que los ayude a sobrellevar estos periodos para evitar que aparezcan síntomas de depresión. No existen en la literatura estudios que relacionen la funcionalidad familiar con los síntomas depresivos en médicos residentes, aun cuando el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedad. Por todo lo anterior comentado y siendo el síndrome depresivo la primera causa de enfermedad psiquiátrica en México se considera de suma importancia investigar si existe asociación entre funcionalidad familiar y síntomas de depresión en residentes.

El presente estudio aplicó el test de FACES III para valora funcionalidad familiar en los médicos residentes de primer año del HGR C/UMF 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos, el inventario de depresión de Beck para determinar la presencia y gravedad de síntomas depresivos y analizar si existe asociación entre la disfunción familiar y la presencia de sintomatología depresiva. Con los resultados del estudio se envió al servicio de psicología a los médicos residentes que presentaron síntomas depresivos para que recibieran el

tratamiento adecuado y esto les permita mejorar su funcionalidad familiar, así como su desempeño en la residencia.

Este estudio pretende además marcar una pauta para la realización de estrategias que permitan identificar síntomas depresivos en los médicos residentes, derivarlos a psicología de manera adecuada y así mejorar la residencia médica en nuestro hospital.

Planteamiento del problema

Según la OMS la expectativa al 2020 es que la depresión será la segunda causa de discapacidad, después de la enfermedad cardiovascular a nivel mundial. Aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión a nivel mundial, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos. La prevalencia de sintomatología depresiva según la Ensanut fue de 15.4% en 2006, 13.7% en 2012, 13.6% en 2018-2019.

Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%. En América Latina, se sitúa a la depresión como primera causa de discapacidad, con 7,8% de la discapacidad total y un intervalo entre 5,9% en Canadá y 9,4% en Paraguay. Otro aspecto importante de la depresión es que afecta principalmente a los jóvenes. La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. De acuerdo con los datos de la encuesta nacional de evaluación y desempeño 2002-2003 (ENED) en un periodo anual previo a la entrevista el 5.8% de las mujeres y en el 2.5% de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología depresiva. Se ha documentado que la depresión altera el desempeño laboral de los médicos residentes.

La depresión tiene gran prevalencia entre los residentes de todo el mundo; según la literatura, la depresión se manifiesta en 20-35% de ellos. Se ha estudiado que los factores del entorno como la violencia, la inseguridad y las crisis familiares aumentan el riesgo de padecer síntomas depresivos. Tomando en cuenta que el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades tales como la depresión entre sus miembros. Así mismo la funcionalidad familiar como la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, dependerá del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible. Como se ha comentado previamente, la depresión en los médicos residentes ha

sido documentada en varios países y estados de México, pero no se han llevado a cabo estudios que relacionen la funcionalidad familiar con síntomas depresivos en médicos residentes.

Con base en lo anterior la realización de este estudio es factible ya que en el hospital se cuenta con todos los recursos humanos y materiales para llevarse a cabo.

La pregunta de investigación es: ¿La disfunción familiar en residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No.1 del IMSS, Cuernavaca Morelos impacta en la gravedad de síntomas depresivos?

Objetivos

Objetivo general

- Evaluar la asociación entre disfunción familiar con la presencia y gravedad de síntomas depresivos en médicos residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Objetivos específicos

- Determinar la funcionalidad familiar en médicos residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.
- Identificar síntomas depresivos que presentan los médicos residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca, Morelos, según el inventario de depresión de Beck.
- Caracterizar sociodemográficamente a los médicos residentes de primer año adscritos HGR C/MF No.1 del IMSS, Cuernavaca Morelos

Hipótesis de trabajo

Ho: La presencia de disfunción familiar no se asocia con la presencia y gravedad de síntomas depresivos en los médicos residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Ha: La presencia de disfunción familiar en médicos residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos impacta en la presencia y gravedad de síntomas depresivos.

Material y métodos

Diseño del estudio: Estudio observacional, con diseño transversal, analítico (no paramétrico), retrospectivo que se llevó a cabo en el HGR C/UMF No 1, del IMSS Cuernavaca, Morelos.

Universo: Médicos residentes de todas las especialidades de primer año adscritos al HGR C/UMF No 1, del IMSS Cuernavaca, Morelos, Del ciclo escolar 2020-2021.

Tamaño de muestra: Totalidad de médicos residentes de primer año del HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Tipo de muestreo: No se realizó muestreo ya que se incluyó a la totalidad de médicos residentes de todas las especialidades de primer grado adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS Cuernavaca Morelos.

Periodo de recolección de muestra: octubre 2021 – diciembre 2021.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Médicos residentes de todas las especialidades de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS Cuernavaca Morelos del ciclo escolar 2020-2021 que desearon participar voluntariamente en el estudio, firmaron el consentimiento informado y contestado adecuadamente el cuestionario de datos demográficos, el FACES III e inventario de depresión de Beck.

Recolección de datos

Previa autorización de los comités de evaluación y con la anuencia de la directora del hospital se informó a la coordinación de enseñanza el inicio de recolección de datos del presente estudio. La investigadora responsable por medio de la coordinadora clínica de educación e investigación en salud, notificó vía mensaje de texto, a los residentes de las distintas especialidades de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos, acerca de la elaboración de este estudio y se les invitó a participar en el mismo, los residentes que aceptaron y cumplieron con los criterios de selección fueron citados en el aula de enseñanza del hospital de acuerdo a su jornada laboral cuando se encontraban de preguardia, y día hábil, para evitar influir en las respuestas de los instrumentos de medición. En el aula se les informó del objetivo del estudio y se leyó el consentimiento informado aclarando dudas. Previa firma de consentimiento informado, se aplicaron a todos los médicos residentes tres herramientas, la primera, un cuestionario de datos sociodemográficos con los ítems necesarios para la caracterización de la población; posteriormente, el cuestionario FACES III y el inventario de depresión de Beck. Al terminar de aplicar las herramientas, se transcribieron los datos recabados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office Excel 2010 y posteriormente, se transfirieron dichos datos al paquete estadístico STATA v.13 para su análisis.

Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición o categorías	Fuente de obtención de datos
síntomas depresivos.	Manifestaciones subjetivas del síndrome depresivo que incluyen: estado de ánimo triste, sensación de vacío o irritabilidad, acompañado de alteraciones somáticas y cognitivas que afectan la capacidad funcional de la persona.	Clasificación de acuerdo al inventario de depresión de Beck dos semanas previas al estudio.	Dependiente	Análisis univariado: cualitativa ordinal. Análisis bivariado: nominal dicotómica	*Sin sintomatología depresiva *Sintomatología depresiva leve. 10-16 puntos *Sintomatología depresiva moderada. 17-29 puntos. *Sintomatología depresiva severa. 30 o más puntos.	Inventario de depresión de Beck
Funcionalidad familiar	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada	Tipo de familia de acuerdo al cuestionario FACES III al	Independiente	Análisis univariado: cualitativa ordinal.	* rígida 10-19 puntos *estructurada 20-24 puntos *flexible 25-28	Cuestionario FACES III

	una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar.	momento del estudio.		Análisis bivariado: nominal dicotómica	puntos *caótica 29-50 puntos *no relacionada 10-34 puntos *semirrelacionada 35-40 puntos *relacionada 41-45 puntos *aglutinada 46-50 puntos.	
Residencia medica	Etapa de la educación médica de posgrado. Se refiere a un médico general que practica la medicina, generalmente en un hospital o clínica, bajo la supervisión directa o indirecta de un médico registrado en	Especialidad médica que el individuo actualmente está cursando.	Covariable	Cualitativa nominal	*Medicina familiar *Cirugía general *Ginecología y obstetricia *Medicina interna *Pediatria *Medicina de urgencias *Anestesiología	Cuestionario sociodemográfico

	esa especialidad.					
Edad	Tiempo en años transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha actual	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Covariable	Cuantitativa de razón	Años	Cuestionario sociodemográfico
Sexo	Condición biológica del sexo de la persona que contesta.	Características fenotípicas que presenta el individuo al momento del estudio.	Covariable	Cualitativa nominal Dicotómica	Femenino Masculino	Cuestionario sociodemográfico
Estado civil	Condición particular que caracteriza a una persona de acuerdo a sus vínculos personales con otro individuo.	Modo de vivir de acuerdo a las leyes, al momento del estudio.	Covariable	Cualitativa nominal politómica	Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo	Cuestionario sociodemográfico
Hijos	Un hijo es el descendiente directo de un animal o de una persona. Los hijos	Número de hijos vivos al momento del estudio.	Covariable	Cuantitativa discreta	*Ninguno *1 *2 *3 *4 o mas	Cuestionario sociodemográfico

	pueden ser biológicos o fruto de la adopción.					
Área de rotación	Área del hospital donde desarrolla sus actividades diarias.	Área donde se encuentra rotando al momento del estudio.	Covariable	Cualitativa politómica	*urgencias *piso *consulta externa *quirófano *tococirugía	Cuestionario sociodemográfico
Jornada laboral	Tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo por el cual ha sido contratado.	Horas de trabajo diario que llevan a cabo cuando no están de guardia o postguardia.	Covariable	Cuantitativa discreta.	* 6 a 8 horas al día. *8 a 10 horas al día. *10 a 12 horas al día. *Más de 12 horas al día	Cuestionario sociodemográfico
Cohabitantes	El que cohabita, coexiste, aposenta, aloja, domicilia, habita, o aloja conjuntamente con otras personas.	Individuos con los que vive el individuo al momento del estudio.	Covariable	Cualitativa politómica	*Vivir Solo *Vivir con su familia *vivir con compañeros *vivir solo cohabitando con familia fin de semana *vivir con compañeros cohabitando con	Cuestionario sociodemográfico

					<p>familia fin de semana</p> <p>*vivir solo cohabitando con familia en vacaciones</p> <p>*vivir con compañeros cohabitando con familia en vacaciones</p>	
Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos	Antecedentes de patologías psiquiátricas en familiares, principalmente de primer grado, que poseen una asociación hereditaria comprobada.	Existencia de familiares cercanos con enfermedades psiquiátricas diagnosticadas al momento del estudio.	Covariable	Cualitativa politómica	<p>*Presencia</p> <p>*Ausencia</p>	Cuestionario sociodemográfico
Consumo de alcohol	El consumo de una bebida alcohólica de forma diaria, semanal, mensual u ocasional en el último año.	Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas al momento del estudio	Covariable	Cualitativa politómica	<p>*En los últimos días.</p> <p>*En las últimas semanas.</p> <p>*En los últimos meses.</p> <p>*Ocasionalmente.</p> <p>* Nunca ha tomado.</p>	Cuestionario sociodemográfico

Consumo de tabaco	El consumo de cigarro de forma diaria, semanal, mensual u ocasional en el último año.	Frecuencia de consumo de tabaco al momento del estudio.	Covariable	Cualitativa politómica	*En los últimos días. *En las últimas semanas. *En los últimos meses. *Ocasionalmente. * Nunca ha fumado.	Cuestionario sociodemográfico
-------------------	---	---	------------	------------------------	---	-------------------------------

Instrumentos de evaluación

Inventario de depresión de Beck: ha sido desarrollado y validado usando población con trastornos psiquiátricos o sanas. Dentro del desarrollo y uso de dicho test, se han aplicado a pacientes con diagnósticos de trastornos mentales severos, trastornos depresivos, pacientes con abuso de sustancias y estudiantes adolescentes y adultos, así como en la consulta externa de psiquiatría, pediatría, medicina interna y finalmente, medicina familiar. (12)

Desarrollada por Beck en 1961 hace uso de 21 ítems o preguntas que involucran diversos aspectos del comportamiento como lo son:

1. Estado de ánimo.
2. Pesimismo.
3. Sentimiento de fracaso.
4. Insatisfacción.
5. Sentimiento de culpa.
6. Sentimiento de castigo.
7. Odio a sí mismo.
8. Auto acusación.
9. Intentos suicidas.
10. Periodos de llanto.
11. Irritabilidad.
12. Aislamiento social.
13. Indecisión.
14. Imagen corporal.
15. Capacidad laboral.
16. Trastornos del sueño.
17. Cansancio.
18. Pérdida del apetito.
19. Pérdida de peso.

20. Hipocondría.

21. Libido.

Cada una contiene cuatro tipos de respuestas evaluadas entre 0, 1, 2 y 3. Cuenta con una sensibilidad de 88.2% y una especificidad del 92.1% con una alfa de Cronbach de 0.87 por lo que lo hace una herramienta confiable para su uso en gran cantidad de población, sirviendo para realizarse entre médicos residentes. (12)

En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10). La suma de todas las respuestas varía de 0 a 63, en donde cuanto mayor es el resultado obtenido, más intensa es la depresión del sujeto. (15,16).

Interpretación del puntaje:

- Puntaje entre 0-9: sin síntomas depresivos.
- Puntaje entre 10-16: síntomas depresivos leves.
- Puntaje entre 17-29: síntomas depresivos moderados.
- Puntaje de 30o más: síntomas depresivos severos.

FACES III La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar es la 3º versión de la serie de escalas FACES y ha sido desarrollada para evaluar dos de las principales dimensiones del Modelo Circunflejo: la cohesión y la flexibilidad familiar. Se ha adaptado a una variedad de contextos culturales y se calcula que existen más de 700 estudios que utilizan FACES en sus distintas versiones. En la mayoría de los casos, la escala logra discriminar diferentes grupos familiares (por ejemplo, clínico y no clínico), lo cual constituye una fuerte evidencia de validez de constructo de la misma. (21)

En estudios previos se ha descrito el proceso de traducción y adaptación transcultural de FACES III en población mexicana y su fiabilidad en su versión en el español que se habla en México. Se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,70 y se concluyó como

un valor alto y adecuado comparado con la versión anglosajona, desarrollada por Olson et al^{8,9}, que observaron una fiabilidad media en sus trabajos de 0,80. (21)

La Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III en español (México) contiene 20 preguntas planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert (10 para evaluar cohesión familiar y 10 para adaptabilidad familiar), distribuidas en forma alterna en preguntas numeradas como nones y pares, respectivamente. Las 20 preguntas tuvieron un valor de puntuación de 1 a 5 (nunca, 1; casi nunca, 2; algunas veces, 3; casi siempre, 4, y siempre, 5) y se contestó en un promedio de 5 min. (21)

La cohesión se obtiene de la suma de los puntajes de las preguntas nones y se mide de la siguiente manera: (23)

- no relacionada 10-34 puntos
- semirrelacionada 35-40 puntos
- relacionada 41-45 puntos
- aglutinada 46-50 puntos.

Por su parte, la adaptabilidad se obtiene de la suma de los puntajes de las preguntas pares y se mide de la siguiente manera: (23)

- rígida 10-19 puntos
- estructurada 20-24 puntos
- flexible 25-28 puntos
- caótica 29-50 puntos

Análisis estadístico

Se realizó la recolección de datos y se registró en una hoja de cálculo de Excel. Posteriormente, para análisis de datos se usó el paquete estadístico STATA 13. Se realizó análisis descriptivo, en variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión según la dispersión de las variables; para variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Se realizó análisis bivariado utilizando estadísticos de prueba adecuados de acuerdo al tipo de variable y distribución: comparando las variables cualitativas entre grupos de interés (con y sin sintomatología depresiva) mediante la prueba chi cuadrada si las frecuencias fueron mayores de 5 o exacta de Fisher si las frecuencias esperadas fueron menores. Se utilizó cálculo de razón de momios para determinar la asociación de funcionalidad familiar y síntomas depresivos con IC al 95%.

Consideraciones éticas

Se aplicaron los cuestionarios de manera personalizada a los médicos residentes, en un sitio privado, apartado de su lugar de trabajo para evitar ambientes estresantes, se mantuvo la confidencialidad de los residentes en todo momento, al mismo tiempo, el acceso a las bases de datos obtenidas en el estudio estuvo limitado a los investigadores responsables y asociado.

El presente estudio se llevó a cabo en acuerdo y tomando en cuenta los aspectos éticos médicos que conllevan a su realización. Basándonos en lo estipulado por el código de Núremberg se solicitó a cada participante la firma de un consentimiento informado de forma voluntaria. Con respecto a la declaración de Helsinki se respetó la autonomía del participante, el principio de beneficencia pretendiendo lograr un mayor beneficio con el mínimo riesgo. Así como el respeto por la intimidad del sujeto durante todo el estudio y el guardar secreto sobre su nombre al publicar los resultados obtenidos.

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Capítulo V de la investigación en grupos subordinados en su Artículo 58 apartados I, II y III considerándose a este grupo como subordinado y vulnerable siendo estudiantes, se respetó el rechazo o retiro del consentimiento durante su estudio sin afectar su situación escolar o laboral, sin hacer uso de prejuicios de acuerdo con los resultados obtenidos.

Con base en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, en su artículo 17 se clasifica en riesgo mínimo debido a que se trató de un estudio que obtuvo datos a través de procedimientos comunes.

Recursos, financiamiento, factibilidad

Recursos humanos: Investigadora responsable e investigadoras asociadas

Recursos materiales: Cuestionarios (factores sociodemográficos, inventario de depresión de Beck, FACES III). Laptop, Paquete de Office 2016 (Word, Excel, PowerPoint), Programa estadístico STATA 13, Copias fotostáticas, Artículos de oficina (bolígrafos, lápices, gomas, sacapuntas, hojas, impresora, tablas porta documentos, clips)

Recursos físicos.: Instalaciones del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos.

Recursos financieros: Correrán a cargo de la investigadora responsable Dra. Angélica Toledo Hernández, médico familiar adscrito al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Factibilidad del estudio: El presente protocolo de estudio es factible ya que en el HGR C/MF No1 del IMSS, Cuernavaca Morelos, se cuenta con la infraestructura y equipo necesarios, los investigadores involucrados cuentan con la experiencia necesaria en la realización de proyectos de investigación y se cuenta con el apoyo del personal del hospital.

Resultados.

Durante los meses de octubre a diciembre de 2021 se llevó a cabo la recolección de muestra que consistió en la aplicación de cuestionario de datos sociodemográficos, cuestionario faces III e inventario de depresión de Beck, a un total de 74 médicos residente de primer año adscritos al HGRC/UMF 1 del IMSS, Cuernavaca. Morelos. De los cuales 41 fueron mujeres (55.41%) y 33 hombres (44.59%) con un promedio de edad de 28 años. Las especialidades que participaron en el estudio fueron Medicina Familiar, Urgencias, Pediatría, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna y Anestesiología. El estado civil que predominó fue soltero con 59 participantes (79.73%) En cuanto al número de hijos, 65 residentes (87.84%) afirmó no tener hijos. La mayoría de los residentes viven con su familia (27.03%) seguido de los que viven con compañeros y visitan a su familia en vacaciones (16.22%). Con respecto a la jornada laboral diaria se obtuvo que 29 participantes (39.19%) trabajan de 10 a 12 horas al día, en días que no se encuentran de guardia. En cuanto al área de rotación, 19 residentes se encontraban rotando por hospitalización (25.68%), 17 por quirófano (22.97%) y 15 por consulta externa (20.27%) en diferentes servicios de las diferentes especialidades. De acuerdo con los resultados obtenidos con respecto a las toxicomanías se encontró que 65 residentes (87.84%) ha tomado bebidas alcohólicas en algún momento de su vida, 15 residentes afirmaron haber tomado dentro de los 7 días previos a la realización de los cuestionarios. Por otra parte 42 residentes (56.76%) refiere no haber fumado nunca Se investigó acerca de los antecedentes heredofamiliares psiquiátricos de cada residente, encontrándose 14 residentes con antecedentes psiquiátricos (18.92%). (Tabla 1).

Tabla 1. Frecuencias de las variables sociodemográficas de los Médicos Residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.

Variable	Frecuencia	%
Sexo		
Hombre	33	44.59
Mujer	41	55.41
Categoría		
Medicina familiar	16	21.62
Urgencias	10	13.51
Pediatría	6	8.11
Cirugía general	10	13.51
Ginecología y obstetricia	8	10.81
Medicina interna	12	16.22
Anestesiología	12	16.22
Estado civil		
Soltero	59	79.73
Casado	8	10.81
Divorciado	1	1.35
Viudo	0	0
Unión libre	6	8.11
Número de hijos		
Ninguno	65	87.84
1	5	6.76
2	2	2.70
3	2	2.70
4 o más	0	0
Con quien vive		
Solo	11	14.86
Con compañeros	9	12.16
Con familia	20	27.03
Solo, visitando familia fin de semana	10	13.51
Compañeros, visitando familia fin de semana	2	2.70
Solo, visitando familia vacaciones	10	13.51
Compañeros, visitando familia vacaciones	12	16.22
Jornada laboral		
6-8 horas	9	12.16
8-10 horas	12	17.57
10-12 horas	29	39.19
Más de 12 horas	22	31.05

Servicio		
Urgencias	14	18.92
Hospitalización	19	25.68
Consulta externa	15	20.27
Quirófano	17	22.97
Tococirugía	9	12.16
Consumo de alcohol		
Últimos 7 días	15	20.27
Últimas 4 semanas	11	14.86
Últimos 3 meses	14	18.92
Ocasionalmente	25	33.78
Nunca	9	12.16
Consumo de tabaco		
Últimos 7 días	8	10.81
Últimas 4 semanas	4	5.41
Últimos 3 meses	4	5.41
Ocasionalmente	16	21.62
Nunca	42	56.76
AHF enfermedad psiquiátrica		
Si	14	18.92
No	60	81.08
Edad (años)		
	Promedio	D E
	28.10	1.72

De acuerdo al cuestionario faces III los datos obtenidos se clasificaron en 3 categorías: familia funcional, moderadamente disfuncional y disfuncional, encontrándose familias funcionales en 29 residentes (39.19%), moderadamente disfuncionales en 18 residentes (24.32%) y familias disfuncionales en 27 residentes (36.49%), en las cuales la cohesión fue mayormente aglutinada en 33.78% y flexibilidad caótica en el 50% de los residentes. (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de funcionalidad familiar de Médicos Residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos de acuerdo a Faces III (N=74)

Funcionalidad familiar	N	%
Cohesión		
No relacionada	7	9.46
Semirrelacionada	18	24.32
Relacionada	24	32.43
Aglutinada	25	33.78
Flexibilidad		
Rígida	3	4.05
Estructurada	20	27.03
Flexible	14	18.92
Caótica	37	50.00
Tipo de funcionalidad familiar		
Funcional	29	39.19
Moderadamente disfuncional	18	24.32
Disfuncional	27	36.49

De acuerdo con el puntaje obtenido en el Inventario de Depresión de Beck, se clasificaron en 4 categorías que fueron de un estado sin sintomatología depresiva, hasta sintomatología depresiva severa, encontrándose que, 37 residentes se encontraban sin sintomatología depresiva (50%), sin embargo, el resto se refirió con sintomatología depresiva (50%) de la siguiente manera: 14 residentes presentaron sintomatología depresiva leve (18.92%), 19 residentes con sintomatología depresiva moderada (25.68%) y 4 residentes presentaron sintomatología depresiva severa al momento de realizar la encuesta(5.41%). (tabla 3).

Tabla 3 frecuencia de síntomas depresivos de Médicos Residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos de acuerdo al inventario de depresión de Beck (n=74)

Depresión	N	%
Sin sintomatología depresiva	37	50.00
Sintomatología depresiva leve	14	18.92
Sintomatología depresiva moderada	19	25.68
Sintomatología depresiva severa	4	5.41

Con los datos obtenidos de los de estos instrumentos, para revisar si existen significancia estadística entre la funcionalidad familiar con los síntomas de depresión y las covariables, se realizaron las pruebas de chi cuadrada y exacta de Fisher para el análisis bivariado, donde se encontró que existen resultados estadísticamente significativos entre la disfunción familiar y residentes con presencia de sintomatología depresiva ($p= 0.000$). Al igual que con la variable con quien viven entre los residentes con depresión y sin depresión, (valor de $p= 0.048$). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en las variables de sexo, categoría, número de hijos, estado civil, AHF psiquiátricos, jornada laboral, consumo de alcohol y consumo de tabaco entre residentes con síntomas de depresión y sin síntomas de depresión. (tabla 4).

Tabla 4 análisis bivariado entre funcionalidad familiar, síntomas de depresión y covariables en Médicos Residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos. (n=74)			
	Sin depresión	Depresión	Valor p
Funcionalidad			
Funcional	24 (64.86)	5 (13.51)	* 0.000
Disfuncional	13 (35.14)	32 (86.49)	
Sexo			
Hombre	18 (48.65)	15 (40.54)	* 0.483
Mujer	19 (51.35)	22 (59.46)	
Categoría			
Medicina Familiar	8 (21.62)	8 (21.62)	& 0.221
Urgencias	4 (10.81)	6 (16.22)	
Pediatría	3 (8.11)	3 (8.11)	
Cirugía	5 (13.51)	5 (13.51)	
GyO	7 (18.92)	1 (2.70)	
Medicina interna	7 (18.92)	5 (13.51)	
Anestesiología	3 (8.11)	9 (24.32)	
Hijos			
Sin hijos	31 (83.78)	34 (91.89)	& 0.479
Con hijos	6 (16.22)	3 (8.11)	
Con quien vive			
Solo	11 (29.73)	20 (54.05)	& 0.048
Compañeros	16 (43.24)	7 (18.92)	
Familia	10 (27.03)	10 (27.03)	
Estado civil			
Soltero	27 (72.97)	33 (89.19)	& 0.136
En pareja	10 (27.03)	4 (10.81)	

AHF Psiquiátricos			
Si	7 (18.92)	7 (18.92)	* 1.000
No	30 (81.08)	30 (81.08)	
Jornada laboral			
6-8 horas	5 (13.51)	4 (10.81)	
8-10 horas	7(18.92)	6 (16.22)	& 1.000
10-12 horas	14 (37.84)	15 (40.54)	
>12 horas	11 (29.73)	12 (32.43)	
Consumo de alcohol			
Si	31 (83.78)	34 (91.89)	& 0.479
No	6 (16.22)	3 (8.11)	
Consumo de tabaco			
Si	16 (43.24)	16 (43.24)	& 1.000
No	21 (56.24)	21 (56.24)	
			* Prueba Chi 2 & Prueba exacta de Fisher

Para el análisis multivariado los grupos de variables politómicas se recategorizaron a dicotómicas para identificar la odds ratio; la variable depresión a con depresión y sin depresión; funcionalidad familiar en funcional y disfuncional (OR 19.98); los residentes con disfunción familiar tienen 19 veces más probabilidad de presentar síntomas depresivos. Edad en mayores de 28 años y menores de 28 años (OR 1.44); categoría en clínicas y quirúrgicas (OR 0.901); estado civil en soltero y en pareja (OR 0.287); jornada laboral en < 10 horas y > de 10 horas (OR 1.30); cohabitantes en solo y acompañado (0.403); consumo de alcohol en ha consumido y no ha consumido (OR 2.69) y consumo de tabaco en ha consumido y no ha consumido (1.81), en cuanto a genero se obtuvo una OR de 2.82 y AHF psiquiátricos de 1.49. (tabla 5).

Tabla 5: Asociación entre funcionalidad familiar, síntomas de depresión y covariables en Médicos Residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos.(n=74)

Variable	OR	Valor de P	Intervalo de confianza 95%
Funcionalidad familiar	19.98	0.000	89.6834
Genero	2.82	0.140	11.21563
Edad	1.44	0.581	5.406777
Categoría	0.901	0.887	3.769684
Estado civil	0.287	0.137	1.487685
Jornada laboral	1.30	0.357	2.284138
Cohabitantes	0.403	0.170	1.475157
Consumo de alcohol	2.69	0.347	21.14232
Consumo de tabaco	1.81	0.402	7.340442
AHF Psiquiátricos	1.49	0.649	8.345101

Discusión

La presencia de sintomatología depresiva en médicos en formación ha sido ampliamente estudiada, pero, por otra parte, hacen falta estudios que hablen de funcionalidad familiar. En el presente estudio, los resultados obtenidos nos permiten inferir que existe asociación entre el tipo de funcionalidad familiar y síntomas de depresión en residentes de primer año, ya que el 84.49% de los residentes que presentaron síntomas depresivos contaban con algún grado de disfuncionalidad familiar. Del 13.51% de residentes con depresión y buena funcionalidad ninguno vive con su familia en este momento. Así mismo 54.05% de los residentes que presentaron síntomas de depresión vivían solos al momento del estudio, lo que concuerda con la literatura acerca de la buena funcionalidad familiar y las redes de apoyo como un determinante para la conservación de la salud. Según el estudio de Plata-Guarneros y colaboradores (1) en 2014 aplicaron las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton a 35 médicos residentes de los cuales el 34.2% presentaron ansiedad y depresión, 15.8% menos que en el presente estudio, encontrándose también que el servicio con mayor incidencia fue anestesiología, lo que concuerda con los datos obtenidos en los médicos residentes de nuestro hospital donde anestesiología tuvo un 75% de residentes con síntomas de depresión. En el estudio Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina de Fouilloux Morales C, et al llevado a cabo en la UMAN en 2013 (13) se encontró que el porcentaje de estudiantes con síntomas depresivos fue de 23%, con base al inventario de depresión de Beck, 27% menos que en nuestro estudio, presentándose mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres, lo cual concuerda con nuestro estudio (59.46%) y con una diferencia significativa en la presencia de síntomas depresivos entre mujeres y hombres estudiantes de medicina (OR=2.8).

En cuanto a la gravedad de los síntomas depresivos, en el estudio de Saldaña Ibarra, O. y López Ozuna (8) en 2011, con base en SRQ, el 64.71% de residentes encuestados fueron clasificados con depresión leve, 27.73 % con depresión moderada y 7.56% con depresión grave, lo que difiere con el presente estudio en donde la mayoría de residentes con síntomas de depresión presentaron depresión moderada (51.36%). Encontraron mayor incidencia de depresión en mujeres (52.10%) lo que concuerda con nuestros datos (55.41%), y en cuanto a especialidad los residentes que tuvieron menor probabilidad de presentar depresión fueron los de Medicina interna al igual que en el presente estudio. Hablando acerca de funcionalidad

familiar en el artículo publicado por Marecos-Bogado S, Moreno M (16) en 2018, con base en el APGAR familiar, se observó en un 74,1% funcionalidad normal; en un 19,4% disfunción moderada; y en un 6,7% disfunción severa. Encontrándose diferencias con nuestros datos ya que en los residentes que participaron en el presente estudio se observó 39.19% de familias funcionales, 24.32% moderadamente disfuncionales; y 36.49% disfuncionales, los porcentajes del presente estudio para disfuncionalidad familiar son superiores a los presentados en el estudio previo, además se encontró mayor prevalencia de disfuncionalidad familiar severa. En un estudio realizado por Toledo A, Juárez N, y Gutiérrez A en 2018 (10) en nuestro hospital, donde se aplicó en inventario de depresión de Beck a 169 médicos en formación, de los cuales 26.63% presentaron depresión leve, 10 5.92% presentaron depresión moderada y 1.18% presentaron depresión severa; cifras inferiores a lo encontrado en 2021, donde encontramos 18.92% de los residentes encuestados presentaron depresión leve; 25.68% depresión moderada y 5.41% tenían síntomas de depresión severa. Como fortalezas del presente estudio identificamos que no existen muchas investigaciones acerca de funcionalidad familiar y síntomas de depresión por lo tanto consideramos que pueden servir de referencia para trabajos futuros.

Una debilidad del estudio, es que nuestra población de residentes es pequeña compara con otras sedes, además al haberse utilizado instrumentos autoaplicables no garantizamos al 100% la honestidad de los residentes, ya que aún existe estigmatización de los problemas de salud mental, es importante destacar que el diagnostico de depresión no debe hacerse solo con base al inventario de depresión de Beck, ya que se requiere de una entrevista clínica diagnóstica, evaluación y correlación clínica concomitante, así mismo algunos artículos que se utilizaron como marco referencial no aplicaron los mismos instrumentos, lo cual puede causar sesgo de interpretación. Sin embargo, la realización de este estudio nos permite dar pauta a nuevas líneas de investigación en tema de funcionalidad familiar, ya que no existe mucha investigación al respecto y es un tema muy importante para la residencia, sobre todo al inicio de la misma que es cuando en la mayoría de los casos sufre cambios. Si se desea, se puede dar continuidad al estudio, tomando en cuenta a los residentes de todos los grados para aumentar el tamaño de muestra y comparar entre grados académicos, además se puede aumentar la fortaleza metodológica con un estudio longitudinal.

Conclusiones

La disfunción familiar se asocia a síntomas de depresión en médicos residentes de primer año adscritos al HGR C/MF No 1 del IMSS, Cuernavaca Morelos (OR 19.98). La mala funcionalidad familiar prevaleció sobre la buena funcionalidad familiar. La prevalencia y gravedad de síntomas depresivos en los Médicos Residentes, superó lo reportado por la literatura consultada, encontrándose en este estudio un 50% de residentes con sintomatología depresiva, desde leve hasta severa al momento de responder las encuestas. Los residentes con disfunción familiar tienen 19.98 veces más probabilidad de presentar síntomas depresivos con relación a los que viven en una familia funcional ($p < 0.0000$). Así mismo las personas que viven los residentes, con la aparición y gravedad de los síntomas de depresión ($p=0.048$). Por lo que es importante la toma de decisiones y la implementación de intervenciones en cuanto a refuerzo de redes de apoyo en médicos residentes con disfunción familiar y estrategias para monitorizar la salud mental con el fin de evitar la aparición de depresión, así como complicaciones asociadas a la misma que puedan afectar el desempeño y la formación de los Médicos residentes de nuestra sede.

Cronograma de actividades.

Actividades	Marzo 2020 Julio 2020	Agosto 2020 Octubre 2020	Noviembre 2020 Diciembre 2020	Octubre 2021 Diciembre 2021	Enero 2022 Abril 2022	Mayo 2022 Julio 2022
Búsqueda de bibliografía						
Elaboración del protocolo.						
Presentación de protocolo a los comités de ética e investigación para su autorización.						
Registro SIRELCIS						
Recolección de datos						
Análisis y escritura de resultados.						
Discusión						
Conclusión del estudio						
Envío a sinodales						
Correcciones finales						
Defensa de Tesis.						

- **Realizado.**
- **Pendiente.**

Referencias bibliográficas:

1. Plata M, Flores L, Curiel O, et al. Depresión y ansiedad en la residencia médica. *RevEspMedQuir* 2011;16(3):157-162.
2. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
3. Pérez E, Cervantes V. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *RevBio.* 2017; 28(2):89-115.
4. Garza C, Villareal E, Vargas E, et al. Factores asociados a depresión en residentes de medicina familiar. *RevMexMed Fam.* 2018; 5: 137-141.
5. Mascarúa E, Vázquez E, Córdova J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam.* 2014;21(2):55-57.
6. Álvarez M.A, Vidal C, Llaveró M, Ortuño F. Actualización clínica de los trastornos depresivos. *Enfermedades psiquiátricas III. Medicine.* 2019;12(86):5041-51
7. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S, Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana salud pública de México / vol. 62, no. 6, noviembre-diciembre de 2020.
8. Salud OPdl. La carga de los trastornos mentales en la región de las Américas, 2018. Washington, D.C : OPS; 2018.
9. CmdgdpcI. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo México Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009. p. 2.
10. Saldaña O, López V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. evidencia medica e investigación en salud, 2014;7(4):169-177.
11. Perez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM.* 2017; 60(5):7-16.
12. Toledo A, Juárez N, Gutiérrez A. Depresión en médicos residentes y médicos internos de pregrado del hospital general regional con medicina familiar no. 1 del instituto mexicano del seguro social en Cuernavaca, Morelos. [especialidad] Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018.

13. Fouilloux C, et al. Síntomas depresivos y rendimiento escolar en estudiantes de Medicina. *Salud Mental* 2013;36(1):59-65.
14. Almanza J. Depresión: Prevención y manejo en el primer nivel de atención. *RevSanidMilitMex* 2004; 58(3): 209-222.
15. Jurado S, Villegas M, Méndez L. et al. La estandarización del inventario de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud mental*. 1998;21(3): 26-31.
16. Estrada B, Delgado C, Landero R, et al. Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 2015;14(1):15-26.
17. Torres L, Ortega P, et al. Dinámica familiar en familias con hijos e hijas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 2008;10(2): 31-56.
18. Szwako A. Relación entre funcionalidad familiar y Síndrome de Burnout en residentes de medicina familiar. *Rev. Salud Pública*. 2013;4(1): 21-26.
19. Marecos S, Moreno M. Asociación entre síndrome de Burnout y funcionalidad familiar en médicos residentes. *Medicina Clínica y Social*. 2018;2(2):54-64.
20. Ponce R, Gómez F, et al. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Aten Primaria* 2002;30 (10):624-630.
21. Schmidt V, Barreyro J, Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*. 2010;3(2): 30-36.
22. Suarez M, Alcalá M. APGAR familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *RevMed La Paz*, 2014;20(1): 53-57.
23. Balcázar, Ramírez Y, Rodríguez M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *RevEspMedQuir* 2015; 20:135-143.

Anexos

Anexo 1: cuestionario de datos sociodemográficos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
“IGNACIO GARCIA TELLEZ”
CUERNAVACA MORELOS
“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMAS DE DEPRESION EN
MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGRC/MF
N°1 IMSS, CUERNAVACA MORELOS”

Cuestionario de datos sociodemográficos

Instrucciones: señale con una x los espacios correspondientes a su respuesta.

Nombre: _____

Edad: _____ sexo _____ fecha: _____

Categoría: _____

1. Estado civil

Soltero () Casado () Divorciado () Viudo () Unión Libre ()

2. Número de hijos

Ninguno () 1 () 2 () 3 () 4 o más ()

3. ¿Con quién vive actualmente?

Solo () Con compañeros () Con familia ()

Solo, visitando familia fin de semana () Con compañeros, visitando familia fin de semana () Solo, visitando familia en vacaciones () Con compañeros, visitando familia en vacaciones ()

4. ¿Cuál es su jornada laboral diaria (sin contar los días de guardia)?

6-8 horas () 8-10 horas () 10-12 horas () más de 12 horas ()

5. ¿En qué servicio se encuentra rotando actualmente?

Urgencias () hospitalización () consulta externa () quirófano () tococirugía ()

Otro _____

6. Consumo de alcohol

Ha tomado en los últimos 7 días. () Ha tomado en las últimas 4 semanas. ()

Ha tomado en los últimos 3 meses. () Ha tomado ocasionalmente. ()

Nunca ha tomado. ()

7. Consumo de tabaco

Ha fumado en los últimos 7 días. () Ha fumado en las últimas 4 semanas. ()

Ha fumado en los últimos 3 meses. () Ha fumado ocasionalmente. ()

Nunca ha fumado. ()

8. ¿Tiene usted antecedentes heredofamiliares de enfermedades psiquiátricas?

No () Si () Especifique: _____

Anexo 2: Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad familiar: FACES III

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Categoría: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 20 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor se acople a su dinámica familiar. Marque con una X la casilla correspondiente al enunciado elegido. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo. Gracias.

Describa a su familia:	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.					
Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.					
Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
Nos sentimos muy unidos.					
En nuestra familia los hijos toman las decisiones.					
Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
En nuestra familia las reglas cambian.					
Con facilidad podemos planear actividades en familia.					
Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
En nuestra familia es difícil identificar quién tiene la autoridad.					
La unión familiar es muy importante.					
Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

Anexo 3: Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Categoría: _____ Fecha: _____

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 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.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. 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.
- 1^a. 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
- 3^a. 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.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

hacer.

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

1 Estoy 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.

Puntaje Total:

Anexo 4: consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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:	Funcionalidad familiar y síntomas de depresión en médicos residentes de primer año adscritos al HGRC/MF no1 IMSS, Cuernavaca Morelos.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Cuernavaca Morelos a de del 2021.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se ha reportado en la literatura que una fuente de insatisfacción en médicos residentes se relaciona con situaciones familiares y ambientales, No hay estudios que relacionen la funcionalidad familiar con los síntomas depresivos en residentes médicos aun cuando el funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros, siendo la depresión la primera causa de enfermedad psiquiátrica en México. Objetivo: Evaluar la relación entre la funcionalidad familiar y la presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de primer año adscritos al HGRC/MF No 1 IMSS, Cuernavaca Morelos.
Procedimientos:	Se realizará un cuestionario auto aplicable de datos sociodemográficos, un instrumento para medir funcionalidad familiar (FACES III) y otro para identificar síntomas de depresión (inventario de depresión de Beck) a médicos residentes de primer año adscritos al del HGRC/MF No 1 IMSS Cuernavaca, Morelos.
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo de llenado del cuestionario, no existen riesgos para el paciente.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Asesoramiento individual sobre las dudas e inquietudes acerca de su padecimiento e importancia del tratamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará al participante acerca de su resultado y en caso de ser necesario se realizará envío a valoración por psicología.

Participación o retiro:	El participante está en su derecho en cualquier momento de explicar sus dudas, cambiar de opinión y decidir si desea o no continuar participando sin que afecte la atención médica del instituto.						
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrá el respeto por la intimidad del sujeto durante todo el estudio y el guardar secreto sobre su nombre al publicar los resultados obtenidos y se mantendrá confidencialidad de la información de acuerdo a los lineamientos éticos vigentes.						
Beneficios al término del estudio:	Notificar sobre los resultados del estudio a los residentes participantes en el estudio del HGRC/MF No.1.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador responsable:	DRA. ANGÉLICA TOLEDO HERNÁNDEZ: Matrícula 99183330. Médico especialista en Medicina Familiar, adscrita al turno matutino del área de DiabetIMSS del Hospital General Regional con Medicina Familiar no.1 . Correo: angie_058@hotmail.com Tel: 7771628416.						
Colaboradores:	Dra. Rosalba Morales Jaimes. Médico familiar con doctorado en ciencias de la salud publica adscrita al HGRC/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez” Matrícula: 11807431. Teléfono: 777 319 0226 Correo electrónico: mjross_mf@hotmail.com . Dulce Maria López Leguízamo Residente de Medicina Familiar adscrita al HGRC/MF No 1 “Lic. Ignacio García Téllez” Matrícula: 99189245 Teléfono: 777 108 1346 Correo electrónico: dul.leguizamo@gmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 17028 del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 5 del IMSS: Dirección: Blvd. Lázaro Cárdenas S/N Colonia Centro, municipio de Zcatepec de Hidalgo. Teléfono: 7343472431, 7343478509, 7343472549. Correo electrónico: comitedeetica.17028@gmail.com							
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p> </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Testigo 1</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">Testigo 2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> <td style="text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </td> </tr> </table>		<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>	Testigo 1	Testigo 2	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma del sujeto</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p>						
Testigo 1	Testigo 2						
<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>						
Clave:							

Anexo 5: carta de no inconveniencia.

Cuernavaca Morelos a 26 de mayo del año 2020

ASUNTO: Autorización para el abordaje de médicos residentes con fines de investigación.

Dra. Delia Gamboa Guerrero
Directora del HGR con MF No. 1

PRESENTE

Por medio de la presente le solicito a usted muy atentamente me sea autorizado el abordaje de médicos residentes de primer año del HGR con MF No.1 con la finalidad de obtener datos necesarios para el trabajo de investigación con fines de tesis de la alumna de especialidad en medicina familiar: López Leguizamo Dulce María, denominado **"FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SINTOMAS DE DEPRESION EN MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO ADSCRITOS AL HGRC/MF N°1 IMSS, CUERNAVACA MORELOS"** el cual será desarrollado bajo criterios de confidencialidad y respeto a la privacidad de los médicos residentes. Dicho estudio no transgrede los derechos humanos y se apeg a los principios éticos vigentes.

Agradeciendo de ante mano su atención a mi solicitud y en espera de una respuesta favorable, quedo a su disposición.

Atentamente


Dra. Angélica Toledo Hernández
Médico especialista en medicina familiar e
Investigador responsable



COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGR CMF No. 1
CUERNAVACA, MORELOS

Ccp. Dra. Gladhis Ruiz Catalán Coordinadora Clínica de educación e investigación en salud de la UMF No. 1


H.G.R. C.M.F. No. 1
CUERNAVACA, MOR
26 MAY 2020
DIRECCIÓN


COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HGR CMF No. 1
CUERNAVACA, MORELOS