



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI"
HOSPITAL DE PEDIATRÍA

11237



FRECUENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD
EN MÉDICOS RESIDENTES EN PEDIATRÍA



T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA MÉDICA

P R E S E N T A:

DRA. GINA MARIANA MALAGÓN CALDERÓN



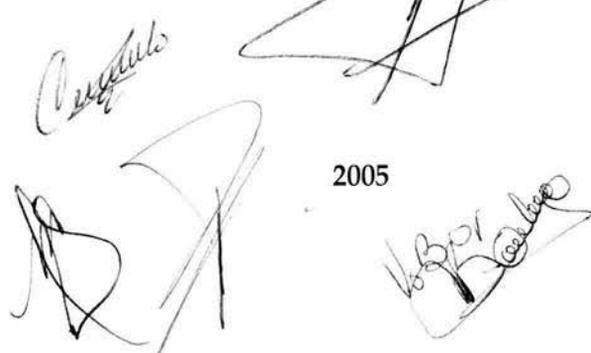
ASESORES:

PSICÓLOGA CONSUELO VILLANUEVA VINUELA
DR. HÉCTOR J. GONZÁLEZ CABELLO

MÉXICO, D.F.

2005

0348457





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

INDICE:

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	1
JUSTIFICACIÓN	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
HIPÓTESIS	9
OBJETIVO	10
DISEÑO DEL ESTUDIO, MATERIAL Y METODOS	11
DEFINICIÓN DE VARIABLES	13
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	21
CONCLUSIONES	22
REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS	23
ANEXO 1	25
ANEXO 2	26
ANEXO 3	27
ANEXO 4	29
ANEXO 5	30

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Gina Mariana
Malagón Calderón

FECHA: 22/09/05

FIRMA: [Firma]

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos mentales son un problema creciente en la población general y ocupan la 16° causa de egreso hospitalario en el sistema nacional de salud de México.¹ En México en una reciente Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica se reportó que el 28.6% de la población en general presentó alguno de los 23 trastornos psiquiátricos de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) en algún momento de su vida. Los trastornos más frecuentes fueron ansiedad (A) 14.3%, uso de sustancias adictivas 9.2% y trastornos afectivos 9.1% (entre los que se incluyen episodio depresivo mayor, episodio depresivo menor, distimia).² En EEUU se ha estimado que la depresión (D) en la población americana adulta tiene cifras que varían entre el 7% y 15%.³, Y la ansiedad, se ha estimado del 2 al 5% en la población general durante alguna época de la vida de los individuos.⁴

DEFINICIONES

El trastorno de A generalizada es un padecimiento esencialmente psiquiátrico, cuya característica esencial es A y preocupación excesivas (expectación aprensiva) relacionadas con múltiples acontecimientos y situaciones. El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación. La ansiedad y la preocupación se acompañan cuando menos de tres síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), aumentar de peso (anorexia nerviosa), tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la A no aparece únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático. A los individuos afectados les provoca malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Según Spieldberger ⁵ el "Estado-ansiedad" se refiere a ansiedad que relaciona al momento presente y "el rasgo-ansiedad" se refiere a una dimensión estable de personalidad.⁶

La D se define como un período durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés o placer en las actividades que realiza el individuo.

El DSMIV clasifica los cuadros depresivos como sigue:

1. El episodio depresivo mayor se define como un período de cuando menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también experimenta síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Los síntomas deben ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante por parte del individuo.⁵

2. Trastorno depresivo mayor. La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.

3. Trastorno distímico. La característica esencial del trastorno distímico es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los sujetos con trastorno distímico describen su estado de ánimo como triste o desanimado.

4. Trastorno depresivo no especificado. Incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios antes mencionados. Se incluyen: 1) El trastorno disfórico premenstrual. 2) Trastorno depresivo menor. 3) Trastorno depresivo breve recidivante 4) Trastorno depresivo pospsicótico en la esquizofrenia 5) Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia, 6) Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo, pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancia. Es importante mencionar que para establecer el diagnóstico de A y D, no es necesario realizar estudios de laboratorio, y el diagnóstico se basa en los criterios del DSMIV.⁵

Para detectar D y A, se han empleado pruebas psicológicas específicas, y aunque están validadas, su principal debilidad es la de que pueden ser manipulables, si no se es sincero en el momento de contestar la prueba, para evitarlo se han utilizado algunas estrategias útiles en niños pero no en adultos, por lo que la confiabilidad de las pruebas depende de la honestidad con la que se conteste, que se logra en ocasiones con el anonimato y el consentimiento informado. Todo lo anterior hace pensar que la frecuencia de D y A esté subestimada. Las pruebas psicológicas para la detección de depresión, validadas y ampliamente usadas son: El inventario de depresión de Beck⁷ y la escala de Hamilton (HAM-D).⁸ se utilizan para detectar y estadificar la depresión. Otra prueba empleada de auto evaluación de rasgos depresivos es la de Zung. Para la ansiedad la prueba más utilizada es el Inventario de estado-rasgo de Ansiedad de Spielberger (STAI).⁹ Así mismo se encuentra la escala de ansiedad de Hamilton, la cual se encuentra estandarizada y validada.¹⁰

El STAI categorizó los síntomas de ansiedad de acuerdo con el puntaje en rasgo de ansiedad bajo <33, medio 33-49 y alto > 49. La escala de ansiedad de Hamilton va de 0 a 50, y el valor de corte es de 14 puntos. El inventario de depresión de Beck (BDI) estadifica en depresión leve cuando tiene un resultado entre 11 y 19, depresión moderada con de 20 a 25 puntos y depresión severa con más de 26 puntos. La puntuación en la escala de Hamilton clasifica como normal una puntuación entre 0 a 7, depresión menor 8 a 12 puntos, menos que depresión mayor 13 a 17, depresión mayor 18 a 29 puntos, mas que depresión mayor con puntos de 30 a 52.

El tratamiento para ambas entidades, incluyen a la psicoterapia y/o farmacoterapia cuyo impacto ha sido variable. Dentro de la psicoterapia esta la terapia individual y la terapia grupal. Con relación a la terapia grupal, los resultados establecen que no mejoran las condiciones del individuo durante el tratamiento psiquiátrico, lo que después de finalizarlo, si se hace evidente. La terapia grupal se asocia a una reducción en la severidad de depresión y ansiedad debido a una mejoría en la percepción del apoyo social. Es posible que los cambios favorables en los síntomas depresivos les permitieran a los individuos, adquirir comportamientos socialmente más aceptados, que faciliten las relaciones sociales y por lo tanto el apoyo social.¹¹

PANORAMA GENERAL

Los Médicos no están exentos de ser susceptibles de los trastornos mencionados, y su riesgo aumenta debido a que diversos factores externos e internos, le provocan o favorecen estrés, tanto en su etapa formativa como en su desempeño posterior; se ha descrito que hasta en un 75% de los médicos son

infelices con la calidad de sus vidas profesionales. Entre las causas se encontraron, entre otros: sensación de falta de calidad en su desempeño, falta de tiempo para convivir con su familia, así como pocos incentivos financieros. Por otra parte se modifican sus principios profesionales, hay pérdida de autoridad, consume cada vez más tiempo en otras actividades que son percibidas como infructíferas como son reuniones administrativas y requerir de permiso para usar los recursos materiales. La falta de un sueldo acorde a su responsabilidad le obliga a trabajar horas extras, e incluso horarios sobrepuestos, además de que necesita mantenerse actualizado al ritmo de la literatura médica.¹²

ESTUDIANTES

Desde su etapa de preparación en la licenciatura y posteriormente durante el período de la especialización, el ambiente de educación y práctica médica ha sido considerado como el más estresante de las profesiones. Los médicos se perciben como perfeccionistas, muy especializados y profesionistas muy exigentes. Sin embargo también son propensos a presentar adicciones como abuso de alcohol, además de suicidios.¹³ Se han publicado trabajos que reportan algunas alteraciones conductuales en los estudiantes de medicina, entre ellas las denominadas conductas antisociales que son definidas como aquel comportamiento que rompe las normas establecidas para favorecer una adecuada convivencia en un grupo sociocultural y enumeradas en la clasificación del DSM IV.⁵

La presencia de tres o más de estas conductas califica el comportamiento habitual de una persona como sospechosa de ser antisocial; con este criterio se ha cuantificado una frecuencia del 13 al 17%, entre los estudiantes de medicina, lo que resulta inquietante, ya que se trata de una población cuya futura labor profesional debe sustentarse en el mayor equilibrio mental posible, y altos valores éticos, ya que tendrá en sus manos la vida de muchos seres humanos ¹⁴. Aunado al hallazgo de conductas antisociales entre los estudiantes de medicina, se reportan también trastornos del tipo de la depresión entre 18 y 29% y para los trastornos de ansiedad entre el 15 y 18%. Las conductas violentas auto agresivas se encuentran con una frecuencia entre el 20 y 23%, que resulta preocupante, de los cuales aproximadamente el 4% ha tenido un intento suicida y con respecto a las hetero-agresivas (idea de matar a alguien) se cuantificó en promedio en el 12%. El intento y la ideación suicidas se han asociado más a depresión, mientras que la idea de matar a alguien a conductas antisociales.

En México, entre los médicos en formación en la UNAM se encontró que hasta el 48% de 1000 estudiantes que consultaron el servicio de salud mental en la facultad de medicina sufría depresión y ansiedad en grados diversos.¹⁵

Aunque se ha mencionado a la religión, como un buen soporte social para evitar o disminuir el estrés, entre los estudiantes de medicina sólo 50%, considera que la religión es un mecanismo de soporte social efectivo; y con respecto a las actividades recreativas que son otra fuente de soporte social, sólo el 25% de los estudiantes, invierte tiempo en ellas, estos factores dificultan el alivio normal de las tensiones. Mención especial merece el importante soporte social que constituye la relación de pareja en la etapa del ciclo vital de los estudiantes de medicina y solo el 50% afirma tener relación de pareja.¹³ Los estudiantes médicos sufren niveles altos de tensión, ansiedad, y depresión a lo largo de su entrenamiento. Respecto al sexo, son las mujeres quienes presentan niveles más altos de ansiedad y depresión, incluso desde la etapa de estudiantes.¹⁶

Aun con todos los problemas descritos, en los que evidentemente se requeriría de algún tipo de apoyo, tanto social como profesional, se observa que hasta un 30% de los estudiantes de medicina considera que pedir ayuda es dañino para su imagen y su futura carrera profesional ¹⁷

Los grados de D y A se correlacionan con las preocupaciones expresadas sobre el ambiente escolar médico y el plan de estudios, y competencia personal. La pérdida de oportunidad de mantener fuentes sociales y recreativas de satisfacciones. Estudiantes que habían sido académicamente menos exitosos en la escuela médica, informaron un nivel algo más alto de síntomas depresivos. Estudiantes médicos que inician con niveles altos de ansiedad y depresión, y optimismo bajo, tienen más riesgo de presentar depresión y síntomas de ansiedad en el año escolar. Los grupos de convivencia social de los estudiantes con un docente, pueden disminuir la distancia entre ambos y proveer la oportunidad para la convivencia recíproca entre sí, fuera de la atmósfera competitiva del aula. Un conocimiento del estado emocional de sus compañeros, le da la oportunidad al individuo de ser consciente que el fenómeno es compartido por muchos otros, además de permitir atribuir las preocupaciones elevadas a un cambio de desarrollo natural, en lugar de un indicador de fracaso¹⁸. Sesiones con los tutores disminuyen la ansiedad en los estudiantes de medicina, hasta en 99% de los estudiantes¹⁶

RESIDENTES

Existen reportes en los que se ha determinado la frecuencia de la A y D en médicos residentes, y se encontró hasta un 30-33%, síntomas compatibles con D, de los cuales el 4% podría considerarse incluso como una depresión mayor; por otra parte en un 37% hubo datos de A.^{19 20}

Se ha descrito la denominada "historia psicológica natural del médico residente de medicina interna"; que inicia en el primer año, con una fase de excitación ("el mes mas largo del año"), seguido por una fase de inseguridad con duración aproximada de dos meses; una etapa depresiva que varía desde un mes pero que puede prolongarse hasta por 5 meses, relacionado con su capacidad de adaptación, posteriormente sigue un período de aburrimiento y fastidio inacabable durante un promedio de dos meses, en algunos llega al final la sensación de júbilo y confianza en sí mismo y en su actividad médica. En contraste con el segundo y tercer año de residencia, hay una disminución progresiva en la tensión y un aumento en la satisfacción²¹. Está definido el "síndrome del residente estresado" que consiste en la presencia de perturbaciones cognitivas episódicas, enojo crónico, escepticismo, desarmonía familiar y a veces depresión, abuso de drogas, ideación suicida y en ocasiones consumado. También considera al paciente como su enemigo, y aprende progresivamente a saber cómo "librarse" de ellos y cómo "escapar" del hospital.^{1 22 23}

El estudio de seguimiento a través de todo el primer año de residencia,²⁰ mostró un modelo de fluctuación, se encontró como los meses con más altos puntajes de depresión a Mayo y Enero y él más bajo en Diciembre y Febrero.

Al momento de estudiar los estados D y A y su relación con las rotaciones, se detectó que los índices mas altos se presentaron durante la rotación por la Unidad de Cuidados Intensivos I (UCI I), seguido de Urgencias 1 y 2, mientras que los más bajos se encontraron en consulta externa. En forma sorpresiva se encontró que una rotación por la denominada UCI II el nivel de D y A fue menor que en la UCI I y Urgencias, y aunque en ambas se tratan pacientes en estado grave y esto influye en el nivel de tensión, es posible que la razón principal para esta diferencia fuera que en dicha UCI II, se otorgó más tiempo libre a los residentes.²⁰

A pesar de que en teoría la D y A pueden afectar la relación médico paciente de los MR, al efectuar una encuesta de satisfacción, los pacientes expresaron un nivel alto de agrado con la atención recibida hasta del 95%, del trato tanto profesional como personal, por parte de los médicos residentes.

Con respecto a la influencia del sexo, también en el ámbito de residencia se ha reportado en varios estudios al sexo femenino como un factor de riesgo para los síntomas de A y D (frecuencia de D en las mujeres de 40% y 32% en los varones).^{24 25} Queda en duda si es porque las mujeres presentan más D y A que los hombres o si es porque las médicas aceptan, informan y solicita ayuda más a menudo que los varones.²⁰

Firth ²⁶ detectó en un cuestionario aplicado a los residentes, que las respuestas más comunes que les provocaba angustia eran: hablar con los pacientes terminales 20%, efectos en la vida privada 12%, enfrentar el sufrimiento o la muerte 10%, la presentación de casos clínicos en la entrega de guardia 10%, la relación con los médicos adscritos 5%, el trabajo académico 5%, sensación de falla profesional 4%, los procedimientos clínicos 4%, y la relación con otros médicos 3%.

Los síntomas de depresión más frecuentemente encontrados en los residentes son: cambios del apetito, alteraciones del estado de ánimo, disminución de actividades recreativas, sentimiento de tristeza, y alteraciones del sueño-vigilia, los posibles factores intercurrentes identificados fueron pérdida de seres queridos, no haber procreado hijos, y embarazo durante la residencia, entre otros. También se pudo identificar algún tipo de modificación en el comportamiento ante los pacientes como la denominada indiferencia o deshumanización.

El 23% de los residentes considera que su comportamiento es humanístico durante la residencia y el 61% informa que se siente más "cínico" ante los pacientes. También aquí el sexo femenino constituye un factor de riesgo (77% de las mujeres, contra 56% de sus compañeros varones). Dentro de las posibles explicaciones, se encuentra la preocupación por el embarazo y la maternidad, 85% de las mujeres cree que la residencia aumenta las complicaciones del embarazo. 28% mujeres residentes sienten que la presión de la facultad retrasa el embarazo. Y 52% cree que sus parejas estaban resentidas sobre el retraso del embarazo y la de maternidad. Al respecto se ha documentado un aumento en el número de productos pretérmino en madres durante la residencia sin ser significativo. Sin embargo, un reciente estudio de Israel mostró una incidencia aumentada de óbitos, y un 1988 un estudio mostró una tendencia al incremento de la hipertensión inducida por el embarazo durante la residencia. Respecto a los hijos, este se considera como un factor protector para la D y la A.^{27 28}

Por otra parte existen nuevas fuentes de estrés para los MR entre las que se incluyen: bajas probabilidades de empleo al término de la residencia, que los pacientes cada vez son más complejos o crónicos, hay una exigencia creciente por dominar los nuevos conocimientos científicos y clínicos, rápidamente renovados.^{24 27}

En los años setentas la preocupación en las instituciones formadores de médicos especialistas, e independiente de la superación en los aspectos académicos, se centró en mejorar el bienestar general de los médicos residentes, fue así como se concertó el mejoramiento de los espacios de descanso, se incluyeron refrigerios de media noche, además de acceso a la biblioteca fuera de horario habituales de oficina (fines de semana y días festivos).

Cohen describe su perspectiva de la residencia en los años setentas refiriendo que existe una diferencia importante entre el estado actual de ansiedad entre los residentes de aquella época y los de ésta. El estado psicológico se relata como mucho menos preocupante que el que actualmente se observa en los residentes actuales. Las tensiones, profesional y personal, que los residentes experimentan ahora, parecen ser mucho más intensas que en el pasado. Las cargas bajo las cuales los residentes laboran afectan una tasa inaceptable de su bienestar, y como resultado hay una incidencia más alta de síntomas depresivos

y altos niveles de deshumanización. Por lo anterior es esencial para tratar de conservar la integridad de la medicina, atender el estado actual de la salud mental de los residentes.²⁹

El entrenamiento exitoso de médicos humanistas es una prioridad, y las tensiones actuales pueden frustrar el logro de esa meta en algunos residentes.²⁸ Peterlini y sus colaboradores proponen reuniones mensuales de los MR con sus profesores en donde se evalúen los problemas de los MR y se discuta libremente; recomiendan también que en esas reuniones se incluya a un psicólogo, a fin de compartir las experiencias y discutir las estrategias para mejorar las condiciones de salud mental de los MR; y conseguir estrategias útiles para tolerar la tensión generada por las áreas cognoscitivas y el desarrollo de habilidades.²⁰

Debido a ese reporte, actualmente en EEUU y de manera preventiva, se regulan cuidadosamente las horas de trabajo clínico, y se exige supervisión frecuente de la tensión del MR; ya que se ha propuesto que hay una relación inversamente proporcional entre el número de horas de trabajo y la pérdida de capacidad resolutoria de los MR.²⁴

Como resultado del incremento de los problemas de salud mental entre los residentes, se ha reportado que un psicólogo en el equipo de trabajo del residente es esencial para la identificación temprana y referencia de los problemas subyacentes a la conducta y actuación preocupante del residente. Los problemas psicológicos identificados entre los residentes han requerido intervenciones tales como envíos a centros especializados, psicoterapia sola o combinada con farmacoterapia, e incluso sugerencia para cambio de carrera. La identificación temprana y la intervención profesional en la patología mental del residente pueden dar apoyo y aumentar la posibilidad de completar el entrenamiento de la residencia satisfactoriamente.³⁰

JUSTIFICACIÓN:

La alta frecuencia reportada en la literatura de A y D en médicos residentes, obliga a preguntarse:

1. ¿Qué consecuencias tienen los problemas de salud mental, en el futuro desempeño profesional de los médicos en formación afectados?
2. ¿Cuántos de estos individuos desarrollarán, si es que no lo han hecho ya, trastornos psiquiátricos específicos, depresivos o ansiosos, de alcoholismo u otros?
3. ¿Cuántos se afectan en su rendimiento general, especialmente académico y asistencial?

Si los individuos presentan un eje sindrómico ansioso-depresivo, aunado a situaciones estresantes y reducidas posibilidades de drenaje de tensión por vías socialmente aceptadas, se aumenta el riesgo de canalizar tales tensiones por vías inadecuadas. Si a estas circunstancias se agregan las conductas violentas, auto o hetero-agresivas, esta población tiene un alto riesgo de morbi-mortalidad, además de que aun identificado el problema, los médicos no buscan ayuda profesional, se justifica la búsqueda de A y D en el médico en período de especialización en pediatría, y así tratar de evitar el posible impacto negativo en su desempeño clínico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se desconoce cual es la frecuencia y grado de depresión y ansiedad, en los médicos residentes de pediatría médica y que repercusión tiene en su desempeño clínico y su aprendizaje. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿CUÁL ES LA FRECUENCIA Y GRADO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CMN XXI?

HIPÓTESIS

1. La frecuencia de depresión entre los médicos residentes de pediatría del HP CMNXXI es mayor que el de la población en general (9.1% vs. 33%).²
2. La frecuencia de ansiedad entre los médicos residentes de pediatría del HP CMNXXI es mayor que el de la población en general (14.3% vs. 37%).²

OBJETIVO:

GENERAL:

Determinar la frecuencia y el grado de depresión y ansiedad en los médicos residentes de pediatría del hospital de pediatría CMN siglo XXI,

ESPECÍFICO:

1. Clasificar los resultados obtenidos, de acuerdo a los grados de depresión y ansiedad.
2. Descripción de los factores demográficos en la población estudiada.

DISEÑO DEL ESTUDIO, MATERIAL Y METODOS:

DISEÑO:

Transversal, descriptivo

MATERIAL Y MÉTODOS:

LUGAR: El estudio se realizó en la ciudad de México D. F., en el Hospital de Pediatría CMNXXI, que es una a unidad hospitalaria de nivel III de atención, sede del curso de especialización en Pediatría Médica, de la División de estudios de Postgrado de la facultad de Medicina de la Universidad nacional Autónoma de México. En sus instalaciones se encuentran fijos los médicos residentes de segundo tercero y cuarto años de la especialización, ya que el primer año de la misma se realiza en un Hospital General de Zona o de nivel II de atención. Se efectuó bajo los siguientes criterios:

a. Criterios de Inclusión

1. Ser médico residente de segundo tercer año o cuarto año de pediatría del Hospital de Pediatría de CMNXXI durante el periodo 1º de marzo del 2004 al 28 de Febrero del 2005
2. Aceptar y contestar las pruebas y el consentimiento informado

b. Criterios de Exclusión:

1. Aquellos que estaban de vacaciones o en rotación externa.

c. De Eliminación:

1. Deseo personal de abandonar el estudio en el momento que sea
2. No firmar el consentimiento informado
3. Pruebas incompletos

TAMAÑO DE LA MUESTRA

No se realizó el cálculo matemático, ya que se trató de una muestra por conveniencia, e incluir a todos los médicos residentes presentes en la unidad al momento del estudio. Sin embargo un cálculo teórico para confiabilidad del 99%, mostró que era necesaria una muestra de 42 residentes, cifra que se superó.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Empleando el programa SPSS

Se determinaron Medidas de tendencia central y dispersión.

SISTEMA DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Formatos escritos:

- a. Ansiedad: Escala de Hamilton para ansiedad
- b. Depresión: La escala de Hamilton para depresión
- c. Hoja de recolección de datos

Hoja electrónica SPSS

RECURSOS HUMANOS

1. Tesista
2. Tutor
3. Tutor metodológico

RECURSOS MATERIALES

Pruebas psicológicas, Hojas de recolección de datos, Equipo de cómputo

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

No requirió y los pocos recursos que se utilizaron como hojas de papel, discos o tinta fueron aportados por los investigadores.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el estudio se usó una encuesta psicológica, que pudo trastocar el estado emocional del individuo y se consideró que es una investigación con riesgo mayor al mínimo y por lo tanto requirió carta de consentimiento informado, en apego a las normas éticas internacionales y nacionales para investigación en sujetos humanos³¹

El protocolo fue analizado por el comité de investigación del Hospital de Pediatría del CMNXXI así como del Instituto con **número de aprobación del proyecto 2004-3603-0062**

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA DE TRABAJO

El lunes 8 de Noviembre del 2004 después del "Seminario de tesis", se invitó a todos los médicos residentes de pediatría (2, 3 y 4º años) del HP de CMNXXI a participar en esta tesis. Se les informó la finalidad del estudio y acerca de cómo debían llenar las escalas de medición. Se solicitó autorización con una hoja de consentimiento informado. Se aplicó a todos los residentes presentes en ese momento, a los que faltaron se les dio una nueva cita para participar en el trabajo de investigación, lo cual se llevó a la brevedad posible para evitar sesgos.

Cada cuestionario llevó una clave o pseudónimo, que únicamente sabía el participante. Los individuos que se detectaron con resultados altos en las escalas de depresión y ansiedad tienen la opción de asistir de manera voluntaria al servicio de salud mental para que se les canalice para tratamiento individual.

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo	Escala
Depresión	Período durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Experimenta otros síntomas como: cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.	La puntuación en la escala de Hamilton clasifica: Normal una puntuación entre 0 a 7 puntos Depresión menor 8 a 12 puntos Depresión menos que depresión mayor 13 a 17 puntos Depresión mayor 18 a 29 puntos Mas que depresión mayor con puntos de 30 a 52.	Independiente	Cualitativa ordinal Valores: Normal D. menor D. menos que mayor D. Mayor D. más que mayor
Ansiedad:	Es un padecimiento psiquiátrico, cuya característica esencial es angustia y preocupación excesivas relacionadas con múltiples acontecimientos y situaciones.	Obtener una puntuación igual o menor a 14 en la escala de ansiedad de Hamilton se considera normal. Más de 14 puntos es positiva la prueba para ansiedad.	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica Valores: Ansiedad presente, Ansiedad ausente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Tiempo de vida en años	Independiente	Cuantitativa discontinua Años de edad
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	sexo biológico	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica Masculino o femenino
Año	Grado académico e institucional que cursa	Grado que cursa y en el que esta inscrito	Independiente	Cualitativa ordinal 2º, 3º, 4º
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Condición de soltería, matrimonio, viudez, unión libre, separado	Independiente	Cualitativa nominal
Hijos	Procrear hijos, tener a su cargo el cuidado de los hijos	Tener hijos a su cargo	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica Sí No

Número de hijos	Cantidad que se tiene de hijos	Número de hijos que tiene a su cargo	Independiente	Cualitativa discontinua
Recreación y esparcimiento	Acción y efecto de divertir Recreo, pasatiempo, solaz	Número de horas semanales invertidas en actividades fuera del hospital para recreo, pasatiempos y diversión	Independiente	Cuantitativa discontinua
Importancia de la religión	Importante: Que tiene importancia, Convenir, interesar, ser de mucha entidad o consecuencia	La percepción que tiene el individuo sobre la trascendencia en su vida de la religión	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica Sí No
Pareja	Mantener una relación amorosa con otra persona	Tener una pareja independiente del estado civil	Independiente	Cualitativa nominal dicotómica Sí No
Domicilio	Acción y efecto de estar y compartir el mismo domicilio con otras personas	Especificar con quien comparte el domicilio	Independiente	Cualitativa nominal Familia Amigos Sólo

RESULTADOS:

Participaron en el estudio un total de 49 residentes, de los cuales 2 fueron eliminados del análisis por entregar incompletas las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad y /o la hoja de recolección de datos.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

En la tabla De los 47 participantes, la relación mujeres: hombres fue de 2.1:1, con una mediana de edad de 27 años. Con respecto al año académico: el 82% fueron MR2 y MR3. En cuanto al estado civil: el 66% son solteros 31(66%), y el resto están casados en unión libre. La relación entre los que no tenían hijos y los que sí tenían fue de 4.2:1. De los que tuvieron hijos el 100% tuvo un solo hijo. Respecto a las horas de esparcimiento el rango fue de 0 a 36 hrs. a la semana, distribuyéndose: 21 (44.7%) de 0 a 5 hrs. por semana, 17 (36.2%) de 6 a 10 hrs. y 9(19.1%) más de 11 hrs. 27(57.4%). No encontramos diferencias entre el grupo que consideran importante su religión y los que no lo consideraban importante, ya que la relación fue de 1.35:1. Del total de residentes participantes la relación entre los que refirieron mantener una relación de pareja y los que no fue de 1.76:1. En lo que se refiere a su domicilio 5(10.6%) viven solos, 25(53.2%) con su familia y 17(36.2%) con amigos.

Tabla 1: Datos demográficos de grupo de médicos residentes estudiados

Variable	Moda, mediana, o media
Sexo	Masculino 15 (32%) Femenino 32 (68%)
Edad	27.89 años
Año	R2 20 (42.5%) R3 19 (40.5%) R4 8 (17%)
Estado civil	Casado (a) 31 (32%) Soltero (a) 15 (66%) Unión libre 1 (2%)
Hijos	Si 9 (19%) No 38 (81%)
Recreación y esparcimiento	0 a 5 20 (42.5%) 6 a 10 18 (38.5%) >11 9 (19%)
Importancia de la religión	Si 27 (57.5%) No 20 (42.5%)
Pareja	Si 30 (64%) No 17 (36%)
Domicilio	Familia 25 (53.5%) Amigos 17 (36%) Solo (a) 5 (10.5%)

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y /O ANSIEDAD

En la evaluación de ansiedad con la escala de Hamilton se encontró 22(46.8%) positivos y 25(53.2%) negativos para ansiedad.

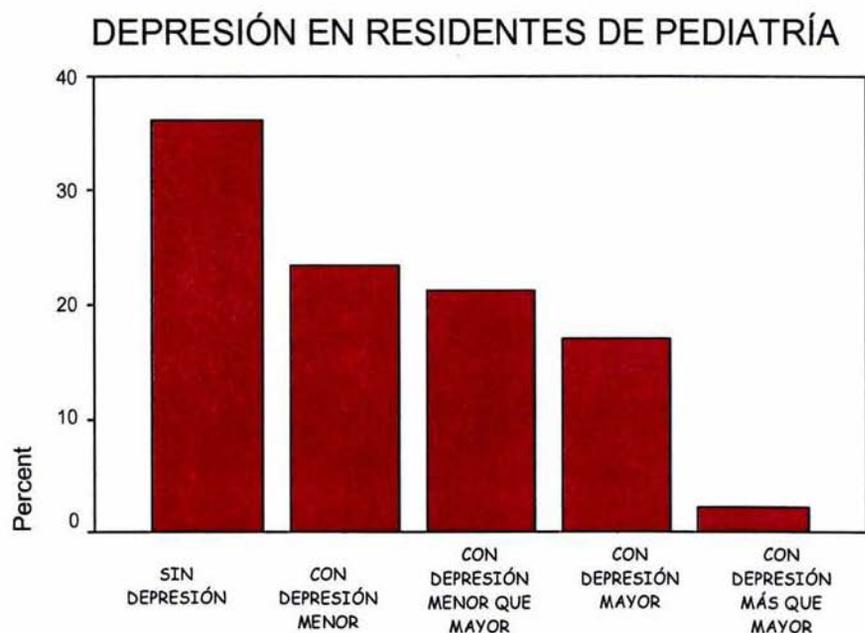
Tabla 2 Resultados de Ansiedad en los médicos residentes evaluados:

	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	22	47%
NO	25	53%
TOTAL	47	100%

En cuanto a la depresión 17(36.2%) se consideraron con resultados normales, depresión menor 11(23.4%), depresión menor que mayor 10(21.3%), depresión mayor 8(17%), más que depresión mayor 1 (2.1%)

Tabla 3 Resultados de Depresión en los médicos residentes evaluados:

	NÚMERO	PORCENTAJE
SI	30	64% (100%)
D. Menor	11	23% (37%)
D. Menos que mayor	10	21% (33%)
D Mayor	8	17% (27%)
D Más que Mayor	1	2% (3%)
NO	17	36%
TOTAL	47	100%



RESULTADOS DE ANSIEDAD ENCONTRADOS EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMNXXI

Tabla 4 Resultados de Ansiedad en los médicos residentes evaluados y sus características demográficas:

VARIABLE	RESULTADOS EN LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (SI = CON ANSIEDAD, NO = SIN ANSIEDAD)		RELACIÓN S /N
SEXO	Femenino 32 (100%)	SI 14 (44%) NO 18 (56%)	0.78:1
	Masculino 15 (100%)	SI 8 (53%) NO 7 (47%)	1.14:1
AÑO	R2 20 (100%)	SI 10 (50%) NO 10 (50%)	1:1
	R3 19(100%)	SI 10 (53%) NO 9 (47%)	1.1:1
	R4 8 (100%)	SI 2 (25%) NO 6 (75%)	0.33:1
ESTADO CIVIL	Casado (a) 15 (100%)	SI 5 (33%) NO 10 (67%)	0.5:1
	Soltero (a) 31 (100%)	SI 17 (55%) NO 14 (45%)	1.2:1
	Unión libre 1(100%)	SI 0 (0%) NO 1 (100%)	0:1
HIJOS	Si tiene hijos 9 (100%)	SI 1 (11%) NO 8 (89%)	0.1:1
	No tiene hijos 38 (100%)	SI 21 (55%) NO 17 (45%)	0.38:1
IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN	Si considera importante 27 (100%)	SI 13(48%) NO 14 (52%)	1.3:1
	No considera importante 20 (100%)	SI 9 (45%) NO 11 (55%)	0.81:1
RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO	<5 20 (100%)	SI 8 (40%) NO 12 (60%)	0.67:1
	6 A 10 18 (100%)	SI 8 (44%) NO 10 (56%)	0.8:1
	>11 9 (100%)	SI 6 (67%) NO 3 (33%)	2:1
PAREJA	Si tiene relación de pareja 30 (100%)	SI 13 (43%) NO 17 (57%)	0.76:1
	No tiene relación de pareja 17 (100%)	SI 9 (53%) NO 8 (47%)	1.1:1
DOMICILIO	Familia 25 (100%)	SI 9 (36%) NO 16 (64%)	0.56:1
	Amigos 17 (100%)	SI 11 (65%) NO 6 (35%)	1.8:1
	Solo (a) 5 (100%)	SI 2 (40%) NO 3 (60%)	0.66:1

RESULTADOS DE DEPRESIÓN ENCONTRADOS EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMNXXI

Tabla 5 Resultados de Depresión en los médicos residentes evaluados y sus características demográficas:

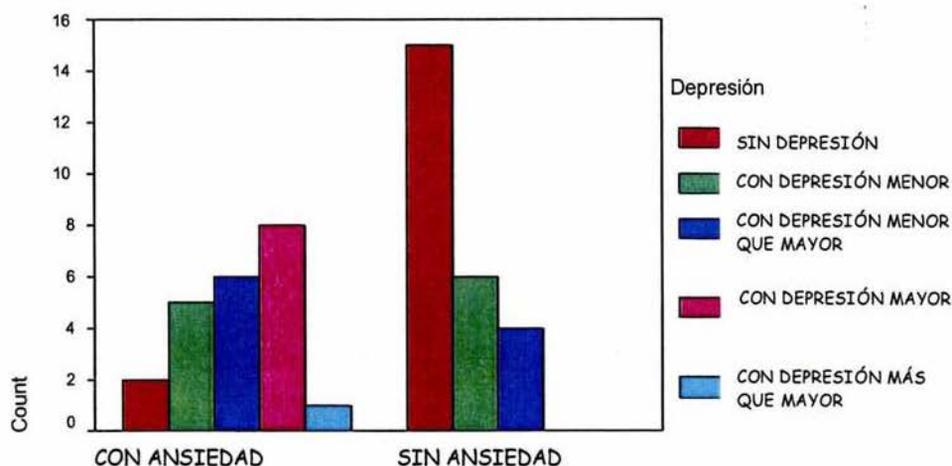
VARIABLE	RESULTADOS EN LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD (SI = CON ANSIEDAD, NO = SIN ANSIEDAD)		RELACIÓN S /N
SEXO	Femenino 32 (100%)	SI 21 (66%)	1.9:1
		NO 11 (34%)	
	Masculino 15 (100%)	SI 9 (60%)	1.5:1
		NO 6 (40%)	
AÑO	R2 20 (100%)	SI 14 (70%)	2.3:1
	R3 19(100%)	NO 6 (30%)	2.8:1
		SI 14 (74%)	
	R4 8 (100%)	NO 5 (26%)	0.33:1
		SI 2 (25%)	
	ESTADO CIVIL	Casado (a) 15 (100%)	SI 7 (47%)
NO 8 (53%)			
Soltero (a) 31 (100%)		SI 23 (74%)	2.88:1
		NO 8 (26%)	
Unión libre 1(100%)		SI 0 (0%)	0:1
		NO 1 (100%)	
HIJOS	Si tiene hijos 9 (100%)	SI 1 (11%)	0.1:1
		NO 8 (89%)	
	No tiene hijos 38 (100%)	SI 29 (76%)	3.2:1
		NO 9 (24%)	
IMPORTANCIA DE LA RELIGIÓN	Si considera importante 27 (100%)	SI 19 (70%)	2.38:1
		NO 8 (30%)	
	No considera importante 20 (100%)	SI 11 (55%)	1.2:1
		NO 9 (45%)	
RECREACIÓN Y ESPARCIMIENTO	<5 20 (100%)	SI 11 (55%)	1.2:1
		NO 9 (45%)	
	6 A 10 18 (100%)	SI 11 (61%)	1.57:1
		NO 7 (39%)	
	>11 9 (100%)	SI 8 (89%)	8:1
		NO 1 (11%)	
PAREJA	Si tiene relación de pareja 30 (100%)	SI 17 (57%)	1.3:1
		NO 13 (43%)	
	No tiene relación de pareja 17 (100%)	SI 13 (76%)	3.25:1
		NO 4 (24%)	
DOMICILIO	Familia 25 (100%)	SI 11 (44%)	0.79:1
		NO 14 (56%)	
	Amigos 17 (100%)	SI 15 (88%)	7.5:1
		NO 2 (12%)	
	Solo (a) 5 (100%)	SI 4 (80%)	4:1
		NO 1 (20%)	

RESULTADOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENCONTRADOS EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA CMNXXI

Tabla 6 Resultados de Ansiedad y Depresión en los médicos residentes evaluados:

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN			
ANSIEDAD	DEPRESIÓN		TOTAL
	SÍ	NO	
sí	20 (42.6%)	2 (4.2%)	22 (46.8)
NO	10 (21.3%)	15 (31.9%)	25 (53.2)
TOTAL	30 (63.9%)	17 (36.1)	47 (100%)

DEPRESION Y ANSIEDAD EN RESIDENTES DE PEDIATRÍA



El diseño del estudio es transversal descriptivo por lo que nos limitamos a puntualizar los resultados encontrados, sin embargo encontramos una probable asociación entre cursar el 2º ó 3er año de la residencia, como factor de riesgo para depresión con una OR de 7.6 y un IC 1.33-43.75, dato que debe ser tomado con cautela, y confirmado en un nuevo estudio en búsqueda de factores de riesgo.

DISCUSIÓN:

Nosotros estudiamos la frecuencia y el grado de depresión y ansiedad en los residentes de pediatría médica del Hospital CMN XXI inscritos durante el periodo del 1° de marzo del 2004 al 28 de Febrero del 2005.

En la literatura se reporta una frecuencia de depresión en residentes de 30 a 33% de los cuales 4% puede considerarse como depresión mayor, en nuestro estudio encontramos que 64% de los residentes presentaban al momento de realizar la recolección de datos algún grado de depresión, de los cuales 19% correspondió a depresión mayor y más que mayor.

En cuanto a la ansiedad en la literatura se reporta una frecuencia entre los residentes de 37%, en el presente estudio se encontró que 47% presentaban ansiedad. Mientras que en la población general en México (de acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica) se reporta una frecuencia de ansiedad del 14.3%, y de trastornos afectivos 9.1% (entre los que se incluyen episodio depresivo mayor, episodio depresivo menor, distimia).

Estos resultados en donde observamos un mayor porcentaje de depresión y ansiedad en los residentes de pediatría respecto a los residentes de otras especialidades, pueden ser explicados por el perfil académico del residente de pediatría, en donde se requiere de precisión tanto en el diagnóstico como en el tratamiento, así como una búsqueda constante del perfeccionismo lo cual conduce a una personalidad obsesiva. También es de considerarse el tipo de patologías que son atendidas en el tercer nivel de atención, las cuales son por lo general crónicas y graves, y constantemente el residente esta en contacto con la muerte de los pacientes.

Con respecto a la influencia del sexo, en la literatura se ha reportado al sexo femenino como un factor de riesgo para los síntomas de A y D, sin embargo en nuestro estudio no encontramos diferencias, ya que el 66% de las mujeres presento algún grado de depresión, mientras que el 60% de los hombres también. En el caso de ansiedad 44% de las mujeres presentaron ansiedad y 53% de los hombres. Esta falta de diferencia en la frecuencia de depresión y ansiedad entre los residentes de sexo femenino y masculino, puede explicarse por el tamaño de muestra ya que los estudios reportados en la literatura, han empleado muestras más grandes.

Se ha reportado que el 50% de los médicos consideran que la religión es un mecanismo de soporte social efectivo, en nuestro estudio los resultados fueron similares, ya que 55.5% de los MR respondieron que consideraban la religión como elemento importante para su desempeño laboral y académico.

Dos trabajos de tesis realizados dentro del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI abordan el estado mental y satisfacción de los residentes. En el trabajo de la Dra. Silva residente de 4° año de pediatría médica, se estudio el auto concepto con la escala de Tennessee, así como con el análisis de dibujos realizados por los residentes. El 100% de los residentes obtuvieron una calificación global baja en la escala de auto concepto de Tennessee. El 100% tuvieron calificación baja en identidad, 7.5% obtuvieron calificación baja en autosatisfacción, 88.7% en conducta, 90.6% en físico, 84.9% en ético-moral, 100% en persona, 71.7% en familia y 58.5% en social. El análisis de los dibujos demostró depresión en el 15.2%, angustia en el 3.8%, ansiedad en el 3.8%, y miedo en el 3.8%. Solamente el 7.5% manifestó datos de felicidad.³²

En un segundo estudio donde se evaluó la prevalencia de la insatisfacción en los residentes de pediatría se encontró que 53% manifestaron estar siempre satisfechos con la decisión de haber estudiado medicina, el 40% refirió estar casi siempre satisfecho, y 6.3% refirieron casi nunca. En cuanto a su satisfacción por haber estudiado pediatría, 64% contestaron siempre 32% casi siempre y 3.% casi nunca.³³

Estos resultados nos hace pensar en la preocupante salud mental del residente y por lo tanto Proponemos se realice un estudio de asociación para determinar en forma precisa los factores de riesgo para estas dos entidades patológicas y así ofrecer medidas de prevención y/ o tratamiento a los residentes con estos factores de riesgo. Así mismo se puede aplicar alguna de las medidas preventivas empleadas en otros países, como es la reunión mensual de los residentes con el grupo de profesores, con la ayuda de un psicólogo que intervenga como mediador, para tocar los temas y problemas por los que estén atravesando los residentes. Otro recurso con buen resultado, es la disponibilidad de un psicólogo dentro del área hospitalaria para ayuda a los residentes en forma confidencial.

CONCLUSIONES:

Se concluye que

1. la frecuencia de depresión y ansiedad en los residentes de pediatría del HP del CMNXXI es más alta a la reportada en la población abierta, así como en residentes de otras especialidades.
2. Así mismo se observó un mayor porcentaje de depresión mayor en los residentes de pediatría en comparación a los residentes de otras especialidades.
3. No hay diferencia en la presentación de A y D con relación a sexo, edad, importancia de la religión, número de hijos, estado civil, horas de recreación y el tener o no pareja.
4. La diferencia más aparente se presentó al comparar el grupo de R2 y R3 contra R4, atribuida a exceso de trabajo asistencial y diferentes tipos de responsabilidades.

La formación exitosa de los médicos residentes de pediatría competentes pero además humanistas es prioritaria, ya que las actuales condiciones sociales, que rodean el entorno del médico suman factores de tensión que incrementan en todo individuo susceptible el desarrollo de trastornos afectivos. El medio médico es por excelencia perfeccionista y aún más lo es el área de Pediatría, por lo cual los pediatras tienen más riesgo de desarrollar estos trastornos, además de que son estos médicos los que se ocupan de atender a los individuos más vulnerables de la población, por lo tanto es importante, que el médico residente de pediatría aprenda medidas de apoyo y mecanismos de defensa para lidiar con el estrés durante el desempeño diario de su profesión, como lo constituyen los grupos de apoyo interdisciplinarios tipo Balint.

REFERENCIAS BIBLIOHEMEROGRÁFICAS:

1. (Sistema Nacional de Información en Salud)
2. Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, y cols. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26: 1.
3. Blazer D, Kessler R, McGonagle K, Swartz M. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 979.
4. Weissman M. The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns. *J Psychiatr Res* 1988; 22: 99-114.
5. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV). Editorial MASSON. 2001. Páginas 894
6. Spielberger CD. State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). California: MindGarden, 1983.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson MD, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch General Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
8. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
9. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1970.
10. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50
11. Ogrodniczuk J, Joyce A, Piper W. Changes In Perceived Social Support After Group Therapy for Complicated Grief. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 524.
12. Kassirer J. Doctor Discontent. *N Engl J Med* 1998; 339: 1543.
13. Butterfield PS. The Stress of Residency. A review of the literature. *Arch Intern Med* 1988;148:1428-35
14. PERALES A, SOGI C, MORALES R. Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina* 2003; 64: 239
15. De la Fuente R. *Psicología Médica*, 1992, Ed Fondo De Cultura Económica, pp 433-439.
16. Howley L, Dickerson K. Medical students' first male urogenital examination: Investigating the effects of instruction and gender anxiety. *Med Educ* 2003; 8:14.
17. Gaughran F, Dineen M, Cole M, Daly R J. Stress in medical students. *Ir Med J* 1997; 90: 184-5.
18. Stewart S, Betson C, Lam, T, Marshall I, Lee P, Wong C. Predicting stress in first year medical students: a longitudinal study. *Medical Education*. 1997; 31: 163.
19. Schreier AR & Abramovitch H. American medical students in Israel: stress and coping. *Med Educ* 1996;30:445-52.
20. Peterlini M, Tibério I, Saadeh A, Pereira J, Martins M. Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med Educ* 2002; 36: 66-72.
21. Residents Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine. Stress and Impairment during Residency Training: Strategies for Reduction, Identification and management. *Ann Intern Med* 1988;15:154-61
22. Michie S & Sandhu S. Stress management for clinical medical students. *Med Educ* 1994;28: 528-33.
23. Wipf JE, Pinsky LE, Burke W. Turning interns into Senior Residents: Preparing residents for their teaching and leadership roles. *Academic Med* 1995;70:591-6
24. Murphy J, Laird N, Monson R, Sobol A, Leighton A. A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 209.

25. Toews L, Simpson B, Brenneis M, Cohen G. Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Acad Med* 1997;72:997-1002
26. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J* 1986; 292: 1177-80
27. Blazer D, Kessler R, McGonagle K, Swartz M. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979
28. Collier V, McCue J, Markus A, Smith L. Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform? *Annals of Internal Medicine* 2002; 136: 384
29. Cohen J. Heeding the Plea To Deal with Resident Stress. *Ann Intern Med* 2002; 136: 394.
30. Henry C, Kamela K, James W, Joseph J, Miren S. Impaired residents: identification and intervention. *Current Surgery* 2003; 60: 214.
31. DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MEDICA MUNDIAL
32. Silva C, Sepúlveda A. Autoconcepto del residente de pediatría del HP CMNXXI medido por dos métodos. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica, UNAM, 2005.
33. Flores A, Sepúlveda A. Insatisfacción durante la residencia de pediatría; prevalencia y factores asociados. Tesis de Especialidad en Pediatría Médica, UNAM, 2004.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 Y 4 DEL VALLE DE MEXICO
HOSPITAL DE PEDIATRIA DEL CMN SIGLO XXI

Carta de consentimiento informado

La (el) que suscribe _____ médico residente de la especialidad de Pediatría Médica, acepto participar en el protocolo de investigación denominado **Frecuencia y grado de Depresión y/o Ansiedad en Médicos Residentes en Pediatría**, he sido informado que mi participación consistirá:

1. Responder una encuesta escrita, con carácter de anónimo, de forma sincera y completa.
2. Debo anotar en la encuesta un seudónimo que solo yo conoceré y que en caso de solicitar la información obtenida en la encuesta tendré libertad de dirigirme al o los investigadores quienes me podrán hacer sugerencias.

Entiendo que los posibles beneficios que recibiré de la participación en el estudio se incluyen:

- Conocer el grado de ansiedad o depresión que tengo.
- Existe la alternativa de recibir ayuda especializada por personal de la salud mental, en caso de que así lo acepte.

Por otra parte se me ha informado también que con relación a riesgos potenciales por contestar la encuesta del estudio, estos no existen y en el caso extremo puedo entristecerme, situación por la cual durante la encuesta estará presente personal del Área de Salud mental, quien podrá entrevistarme para solucionar el problema.

Se me ha garantizado que podré retirarme del estudio en cualquier momento durante la encuesta sin ninguna repercusión en mi calificación como médico residente y aun en el caso de no querer participar no habrá ninguna consecuencia académica ni personal

Firma y nombre del residente

Firma y nombre del testigo

Firma y nombre del testigo

Investigadores: Dra. Gina M Malagón Calderón, Doctor Héctor J González Cabello, Psicóloga Consuelo Villanueva Viñuela.

Teléfono para localizarles: 5627 6900 extensión. 22472 y 22473

ANEXO 2

CONTESTE LOS SIGUIENTES DATOS USANDO LA CLAVE O PSEUDONIMO

CLAVE O PSEUDONIMO	
EDAD	
SEXO:	
AÑO DE RESIDENCIA QUE CURSA:	
ESTADO CIVIL	
TIENE HIJOS	
CUANTOS	
CUANTAS HORAS A LA SEMANA INVIERTE EN RECREACION Y ESPARCIMIENTO	
CONSIDERA QUE SU RELIGION ES IMPORTANTE PARA SU BUEN DESEMPEÑO LABORAL Y ACADEMICO	
TIENE UNA RELACION DE PAREJA CON OTRA PERSONA (NOVIAZGO, MATRIMONIO, UNION LIBRE)	
CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE	

ANEXO 3

CLAVE O PSEUDONIMO: _____

DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO YA SEA LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY.
LEA TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCIÓN Y MARQUE UNA

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.
2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.
 - a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.
6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.
7.
 - a. No me siento decepcionado de mí mismo.
 - b. Me he decepcionado a mí mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.
8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
9.
 - a. No pienso en matarme.
 - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - c. Me gustaría matarme.
 - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
 - a. No lloro más de lo de costumbre.
 - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
 - c. Ahora lloro todo el tiempo.
 - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.

- 11.
- Las cosas no me irritan mas que de costumbre.
 - Las cosas me irritan mas que de costumbre
 - Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
 - Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- No he perdido el interés por otras cosas.
 - Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
 - He perdido casi todo el interés por otras personas.
 - He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- Tomo decisiones casi siempre.
 - Postergo la adopción de decisiones mas que de costumbre.
 - Tengo mas dificultad para tomar decisiones que antes.
 - Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 - Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
 - Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
 - Creo que me veo feo.
- 15.
- Puedo trabajar tan bien como antes.
 - Me cuesta mas esfuerzo empezar a hacer algo.
 - Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 - No puedo trabajar en absoluto.
- 16.
- Puedo dormir tan bien como antes.
 - No puedo dormir tan bien como solía.
 - Me despierto una o dos horas mas temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
 - Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- No me canso mas que de costumbre.
 - Me canso mas fácilmente que de costumbre.
 - Me canso sin hacer nada.
 - Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- Mi apetito no es peor que de costumbre.
 - Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 - Mi apetito esta mucho peor ahora.
 - Ya no tengo apetito.
- 19.
- No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 - He rebajado mas de dos kilos y medio.
 - He rebajado mas de cinco kilos.
 - He rebajado mas de siete kilos y medio.
- 20.
- No me preocupo por mi salud mas que de costumbre.
 - Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 - Estoy preocupado por mis problemas físico y me resulta difícil pensar en otra cosa.
 - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 - Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
 - Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
 - He perdido por completo el interés en el sexo.

ANEXO 4

INSTRUCCIONES: INDIQUE LA INTENSIDAD CON LA QUE SE CUMPLE O NO LOS SÍNTOMAS ENUMERADOS EN LOS SIGUIENTES ITEMS EN EL ÚLTIMO MES:

0. Ausente
 1. Intensidad ligera
 2. Intensidad media
 3. Intensidad elevada
 4. Intensidad máxima (invalidante)

	0	1	2	3	4
1 Humor ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.	<input type="radio"/>				
2 Tensión: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>				
3 Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>				
4 Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>				
5 Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Mala memoria.	<input type="radio"/>				
6 Humor depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>				
7 Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>				
8 Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>				
9 Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>				
10 Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>				
11 Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>				
12 Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="radio"/>				
13 Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.	<input type="radio"/>				
14 Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.	<input type="radio"/>				

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 5

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS

CLAVE:	
EDAD	
SEXO:	
AÑO DE RESIDENCIA QUE CURSA:	
ESTADO CIVIL	
TIENE HIJOS	
CUANTOS	
CUANTAS HORAS A LA SEMANA INVIERTE EN RECREACION Y ESPARCIMIENTO	
CONSIDERA QUE SU RELIGION ES IMPORTANTE PARA SU BUEN DESEMPEÑO LABORAL Y ACADEMICO	
TIENE UNA RELACION DE PAREJA CON OTRA PERSONA (NOVIAZGO, MATRIMONIO, UNION LIBRE)	
CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE	
PUNTUACION OBTENIDA EN LA PRUEBA DE BECK PARA LA DEPRESIÓN	
PUNTUACION OBTENIDA EN LA PRUEBA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD	