



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR



**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF No. 33 DURANTE LA PANDEMIA POR LA ENFERMEDAD COVID-19**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. ANAKAREN OSORIO SOLIS.

Médica residente de tercer año del curso de especialización en medicina familiar.
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

ASESORA:

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL

Médica especialista en medicina familiar.
Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2021.





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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



98

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Viernes, 18 de diciembre de 2020

Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 DURANTE LA PANDEMIA POR LA ENFERMEDAD COVID-19** 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-2020-3511-063

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.

ATESTAMENTE

Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Intelectual


IMSS

SEGURO Y SERVICIO SOCIAL

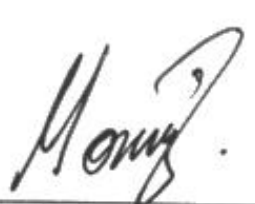
AUTORIZACIONES




DRA. MIRIAM IDALITH INFANTE MIRANDA
Coordinadora clínica de educación e investigación en salud
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".



DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
Médica familiar
Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar y asesora de tesis
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".



DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO
Médica familiar
Profesora adjunta del curso de especialización en medicina familiar.
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".



ANAKAREN OSORIO SOLIS
Médica residente de tercer año del curso de especialización en medicina familiar.
Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".

AGRADECIMIENTOS:

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”.

Albert Einstein.

“Donde quiera que se ame el arte de la medicina se ama también a la humanidad”.

Platón

A mis padres, hermanos y tía:

que siempre han puesto su confianza en mí y me han dado su apoyo incondicional. Sin ellos no sería la mujer que el día de hoy soy.

A mis amigas Rayo e Ivonne:

que han estado acompañándome lealmente paso a paso en el cumplimiento de mis metas.

A mi asesora de tesis:

por su paciencia, esfuerzo y compromiso académico, los cuales fueron imprescindibles para la realización de este trabajo de investigación.

A mis profesores:

quienes han aportado sus conocimientos para mi crecimiento profesional y formarme como médico especialista de medicina familiar.

ÍNDICE

<u>APARTADOS</u>	<u>PÁGINA</u>
1. Portada	1
2. Autorizaciones	3
3. Agradecimientos	4
4. Resumen	6
5. Introducción	7
6. Antecedentes	9
7. Planteamiento del problema	14
8. Objetivos	16
9. Material y Métodos	17
10. Resultados	19
11. Tablas y gráficos	21
12. Discusión	22
13. Conclusiones	24
14. Bibliografía	25
15. Anexos	28

RESUMEN

Ansiedad y depresión en médicos residentes de medicina familiar de la UMF No. 33 durante la pandemia por la enfermedad COVID-19.

Osorio Solis Anakaren ¹, Martini Blanquel Haydee Alejandra ².

Introducción: la pandemia por la enfermedad COVID-19 actualmente representa una amenaza para la salud y el bienestar tanto físico como mental de la sociedad. En este sentido, se ha observado que las personas pueden presentar un mayor nivel de ansiedad y depresión debido a los altos niveles de estrés y al aislamiento social. En el caso de los profesionales de la salud, lo anterior también está condicionado por la presencia de sentimientos de vulnerabilidad o pérdida de control, debido a una gran preocupación sobre su salud física y la de sus familias. **Objetivo:** determinar la presencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar de la UMF No. 33 El Rosario durante la pandemia por la enfermedad COVID-19. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en 61 médicos residentes adscritos a la UMF No. 33, a los cuales se les aplicó (previo consentimiento informado) los instrumentos de Beck para depresión y ansiedad. Posteriormente el análisis de resultados se hizo utilizando estadística descriptiva (proporciones y frecuencias). **Resultados:** el 30.4% de la muestra estudiada fueron hombres y 69.6% mujeres; de ellos, 32.1% fueron de primer año, el 33.9% a los R2 y el otro 33.9% a los R3 de medicina familiar; el rango de edad más frecuente fue el de 31 a 40 años (58.9% de la muestra). El total de la muestra presentan ansiedad: 41.07% tienen un nivel de ansiedad mínimo, 21.42% tienen ansiedad leve, 17.85% ansiedad moderada y 19.64% presentan ansiedad severa. Por otro lado, la mayoría de la muestra no tiene datos de depresión (62.50%). De los que si presentan esta condición, el 8.92% se encuentran ligeramente deprimidos, 17.85% están moderadamente deprimidos y 10.71% están gravemente deprimidos. **Conclusión:** la muestra estudiada presenta ansiedad en diferentes grados y un porcentaje importante también tiene datos de depresión. Por lo anterior, resultan necesarias estrategias que ayuden a mejorar la salud mental de los trabajadores de la salud y se les brinde manejo oportuno, con el objetivo de que recuperen su bienestar y ello impacte en la atención brindada a los derechohabientes.

Palabras clave: ansiedad, depresión, médicos residentes en medicina familiar.

1 Médica residente de tercer año del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario".

2 Médica familiar y profesora titular del curso de especialización en medicina familiar.

INTRODUCCIÓN:

El médico residente por definición, es el profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la cual se caracteriza por desempeñar un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante un tiempo estipulado y es avalado así como supervisado por una institución universitaria (1).

La actividad del médico residente es un fenómeno social difícil de comprender; pues incluye desde aspectos económicos, jurídicos, políticos, sociales, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa. (2) Por estas razones es indispensable estudiar más las condiciones de trabajo que tienen y considerar el impacto de su labor sobre la salud física, emocional y mental. (3) En este sentido, la evaluación de la salud mental debe comprender una amplia variedad de actividades que de manera directa o indirecta están relacionadas con el componente de bienestar mental, que de acuerdo con la OMS se incluye en la definición de salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. (4)

Se ha calculado que la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor entre los médicos residentes que en la población en general (3). Asimismo, dos de los factores de riesgo mayormente relacionados con la presencia de estas enfermedades son: el ámbito social (estado civil, no pertenencia a un culto religioso) y el estrés laboral al que están sometidos (como las guardias nocturnas y estar realizando el primer año de residencia). Las principales consecuencias de estas situaciones registradas son las actitudes negativas hacia sí mismo y el deterioro en el rendimiento académico. (5,6)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción adaptativa al cambio, o bien como un síntoma o parte de algún síndrome que acompaña a diversos

padecimientos médicos (4). Por otro lado, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (7).

Aunque la depresión está incorporada a una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como el caso del personal de salud q, la prevalencia de 12.8% se incrementa considerablemente en los hasta en un 47.5%. (2,3)

En el caso de México, López y colaboradores han reportado síntomas depresivos en residentes, principalmente asociados al estrés laboral, los cuales son consecuencia de las siguientes condiciones: a) físicas (jornadas largas de trabajo de permanencia continua durante más de 24 h, poco tiempo de descanso, privación del sueño); b) ambientales (falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional como lo son las humillaciones públicas, etcétera); c) organizacionales: (instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etcétera); y d) personales (edad, sexo, historia familiar, experiencia personal, etcétera). (8)

Por anterior, el surgimiento de virus SARS-Cov-2, causante de la pandemia por COVID-19, está afectando aún más al personal de salud, incluyendo los médicos residentes que forman parte de la primera línea de atención. Dicha afectación se observa sobre todo a nivel emocional, pues implica enfrentarse a situaciones constantemente estresantes y que retan los mecanismos de regulación emocional y a la capacidad de adaptación a la vida cotidiana. (9)

ANTECEDENTES

Existen diversas investigaciones que han buscado la presencia de ansiedad y depresión en el personal de salud. Tal es el caso de Huang Jizheng y colaboradores, quienes realizaron un estudio descriptivo y transversal en China en el mes de febrero de 2020. Los objetivos del estudio fueron conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19 y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Para ello, se contó con 246 participantes, obtenidos mediante un muestreo por conglomerados. Se les aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS). Se recuperaron 230 cuestionarios (tasa de recuperación del 93,5% de la muestra). En el estudio participaron 43 hombres (18,7%) y 187 mujeres (81,3%), con edades entre 20 a 59 años ($32,6 \pm 6,2$), donde 70 eran médicos (30,4%) y 160 eran enfermeras (69,6%). La tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de $42,91 \pm 10,89$ puntos. La incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron de 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente. La tasa de ansiedad femenina fue mayor que la de los hombres; y los puntajes de ansiedad femenina fueron más altos que en los hombres ($43,78 \pm 11,12$) vs ($39,14 \pm 9,01$), ($t = -2,548$, $P = 0,012$). Tanto la tasa como los puntajes de ansiedad entre las enfermeras fueron mayores en comparación con los médicos. La tasa de trastorno de estrés en el personal de salud fue del 27,39% (63/230) y el puntaje fue de $42,92 \pm 17,88$ puntos. El puntaje del instrumento de estrés postraumático del personal de salud femenino fue más alta que el de los hombres. (9)

Mascarúa-Lara y colaboradores en 2014 realizaron un estudio observacional, descriptivo y transversal en el Instituto Mexicano del Seguro Social (UMF No 6 del Estado de Puebla), cuyo objetivo fue identificar la presencia de ansiedad y/o depresión en un grupo de médicos residentes de la especialidad en medicina familiar (56 residentes), utilizando la escala para ansiedad de Hamilton y la escala para depresión de Beck. Dentro de sus resultados más relevante, se encontró que en la muestra estudiada predominó el sexo

femenino con 41 residentes (73.21%) contra 15 (26.79%) del masculino. De la población de 56 residentes, la media de edad fue de 30 años, con una desviación estándar de 3.98. Respecto al estado civil, 28 residentes (50%) estaban solteros, 24 (42.85%) casados y 4 (7.15%) en unión libre. De acuerdo con el año de residencia, 19 (33.9%) cursaban el tercer año, 19 (33.9%) el segundo y 18 (32.2%) el primero. Por su parte, 45 residentes (80.3%) no presentaron algún grado de depresión y se registró depresión leve solo en 11 individuos (19.7%). En cuanto a su estado civil, 54.5% fue soltero; llama la atención que los residentes en unión libre no presentaron depresión, sin embargo, al aplicar la prueba χ^2 , no se encontró diferencia estadísticamente significativa en este rubro ($\chi^2=1.05$, p de 0.59). En el segundo año de residencia se observó el mayor número de residentes con depresión (5; 45.4%); sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa al compararlo con el resto de grupos (χ^2 de 1.61 y una p de 0.447). De los 23 médicos residentes que presentaron algún grado de ansiedad, la ansiedad leve fue la más frecuente y sólo se reportó un caso de ansiedad severa. (11)

Por su parte, Jiménez et al. (2017) realizaron un estudio en el Instituto Mexicano del Seguro Social (CMN La Raza), el cual tuvo como objetivo describir la prevalencia y las características clínicas de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio y su correlación con trastorno mental en residentes de medicina a lo largo de un año académico. Para dicho estudio se incluyeron 108 residentes de segundo año de todas las especialidades adscritas, los cuales respondieron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después. En la primera medición se reportó una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión, 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio. Al los 12 meses se encontraron con valores finales similares a los basales después de un incremento en las mediciones intermedias. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ($p < 0.001$)

La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6 %. Casi todos los residentes que desarrollaron trastorno depresivo tenían antecedente personal de depresión. (12)

García y colaboradores (2020) realizaron una revisión sistemática siguiendo el formato PRISMA en las bases de datos electrónicas Pubmed, Scopus, Web of Science, CINAHL, PsycINFO y ScienceDirect entre los meses de enero y mayo de 2020, cuyo objetivo fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Para esta revisión fueron incluidos 13 estudios. Entre los resultados más relevantes, se reportó que la salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en la primera línea de batalla contra el virus, pero con valores por debajo de los de la población general. Aunque existió una amplia variabilidad de resultados, se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%), y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%). Por lo que se concluyó que la salud mental de los profesionales sanitarios que trabajan en primera línea de batalla se ve comprometida en tiempos de pandemia presentando niveles medio-altos de ansiedad, depresión, preocupación e insomnio, y, en menor medida, estrés. (13)

En junio 2020, Dosil y colaboradores realizaron un estudio de investigación el cual tuvo por objetivo evaluar los factores que pueden desestabilizar la salud mental de los profesionales sanitarios españoles durante la pandemia por COVID-19. El estudio se realizó con una muestra compuesta por 421 profesionales de la salud, a quienes se les empleó el DASS-21 para evaluar las variables de ansiedad, estrés y depresión, y la EAI (escala de insomnio de Atenas) para medir las dificultades con el sueño. Además, se recogieron otras variables descriptivas de la muestra que podrían estar relacionadas con estos niveles de sintomatología psicológica. Los resultados indican que el personal sanitario que vive acompañado de una persona con una enfermedad crónica tiene mayores niveles de ansiedad ($F [1,404] = 4,46, p = 0,028, \eta^2 = 0,013$) e

insomnio ($F [1,404] = 4,40, p = 0,037, \eta^2 = 0,011$), si bien el tamaño del efecto es pequeño. Por otro lado, aquellas personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 muestran mayores niveles de ansiedad ($F [4,404] = 7,52, p = 0,06, \eta^2 = 0,019$), estrés ($F [1,404] = 6,93, p = 0,009, \eta^2 = 0,018$) e insomnio ($F [4,404] = 4,83, p = 0,029, \eta^2 = 0,012$). Las personas que respondieron sentir miedo en su trabajo fueron también las que mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés presentaban, siendo el estrés la variable dependiente con mayor tamaño del efecto ($F [1,404] = 23,21, p = 0,001, \eta^2 = 0,057$), seguido de la ansiedad ($F [1,404] = 15,12, p = 0,001, \eta^2 = 0,038$) y de la depresión ($F [1,404] = 13,29, p = 0,001, \eta^2 = 0,034$). Por último, los y las profesionales que perciben que en general la población no está respetando las medidas que se han impuesto respecto al confinamiento, son las que mayores niveles de depresión ($F [1,404] = 17,37, p = 0,001, \eta^2 = 0,041$), ansiedad ($F [1,404] = 21,08, p = 0,001, \eta^2 = 0,049$), estrés ($F [1,404] = 20,65, p = 0,001, \eta^2 = 0,048$) e insomnio ($F [1,404] = 7,93, p = 0,001, \eta^2 = 0,019$) presentan, todas ellas con un tamaño del efecto intermedio, excepto el insomnio, que muestra un tamaño pequeño. Asimismo, se halló que las personas que han estado en contacto con personas infectadas por el virus de la COVID-19 y que conviven con un enfermo crónico, muestran mayores niveles de estrés ($F [1,402] = 8,40, p = 0,004, \eta^2 = 0,022$), con un tamaño del efecto pequeño (14).

Pappa y colaboradores realizaron una revisión sistematizada con el objetivo de sintetizar y analizar la evidencia existente sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio entre los trabajadores sanitarios durante el brote de Covid-19. Dos revisores evaluaron de forma independiente los artículos de texto completo de acuerdo con criterios predefinidos. Se evaluó el riesgo de sesgo para cada estudio individual y se agruparon los datos mediante metanálisis de efectos aleatorios para estimar la prevalencia de problemas específicos de salud mental. Se incluyeron trece estudios en el análisis con un total combinado de 33.062 participantes. La ansiedad se evaluó en 12 estudios, con una prevalencia combinada del 23,2% y la depresión en 10 estudios, con una tasa de prevalencia del 22,8%. Un análisis de subgrupos reveló diferencias ocupacionales y de género con las mujeres profesionales de la salud y

enfermeras que muestran tasas más altas de síntomas afectivos en comparación con el personal masculino y médico, respectivamente. Finalmente, la prevalencia del insomnio se estimó en 38,9% en 5 estudios. (15)

Luo, Guo, Yu, Jiang y Wang realizaron una revisión sistemática y un metanálisis sobre el impacto psicológico y mental del COVID-19 entre los trabajadores de la salud, la población general y los pacientes con mayor riesgo de COVID-19 publicados entre el 1 de noviembre de 2019 y el 25 de mayo de 2020. utilizando Embase, PubMed, Google Scholar y bases de datos COVID-19 de la OMS. Entre la búsqueda inicial de 9207 estudios, se incluyeron en la revisión 62 estudios con 162 639 participantes de 17 países. La prevalencia combinada de ansiedad y depresión encontrada en esta revisión fue del 33% (intervalo de confianza del 95%: 28% -38%) y 28% (23% -32%), respectivamente. La prevalencia de ansiedad y depresión fue la más alta entre los pacientes con afecciones preexistentes e infección por COVID-19 (56% [39% -73%] y 55% [48% -62%]), y fue similar entre los trabajadores de la salud y el público en general. Los estudios de China, Italia, Turquía, España e Irán informaron una prevalencia mayor que la agrupada entre los trabajadores de la salud y el público en general. Los factores de riesgo comunes incluyeron ser mujeres, ser enfermeras, tener un nivel socioeconómico más bajo, tener un alto riesgo de contraer COVID-19 y aislamiento social. Los factores de protección incluyeron tener suficientes recursos médicos, información actualizada y precisa y tomar medidas de precaución. En conclusión, las intervenciones psicológicas dirigidas a poblaciones de alto riesgo con gran sufrimiento psicológico son una necesidad urgente. (16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia por la enfermedad COVID-19 actualmente representa una amenaza para la salud y el bienestar tanto físico como mental de la sociedad, debido a los altos niveles de estrés y al aislamiento social. Esto se ve exacerbado en el personal de salud.

Luo, Guo, Yu, Jiang y Wang realizaron una revisión sistemática y un metanálisis sobre el impacto psicológico y mental del COVID-19 entre los trabajadores de la salud, la población general y los pacientes con mayor riesgo de COVID-19 publicados entre el 1 de noviembre de 2019 y el 25 de mayo de 2020. Utilizando Embase, PubMed, Google Scholar y bases de datos COVID-19 de la OMS. Entre la búsqueda inicial de 9207 estudios, se incluyeron en la revisión 62 estudios con 162 639 participantes de 17 países. La prevalencia combinada de ansiedad y depresión encontrada fue del 33% (intervalo de confianza del 95%: 28% -38%) y 28% (23% -32%), respectivamente. La prevalencia de ansiedad y depresión fue la más alta entre los pacientes con afecciones preexistentes e infección por COVID-19 (56% [39% -73%] y 55% [48% -62%]), y fue similar entre los trabajadores de la salud y el público en general. Los estudios de China, Italia, Turquía, España e Irán informaron una prevalencia mayor que la agrupada entre los trabajadores de la salud y el público en general. Los factores de riesgo comunes incluyeron ser mujeres, ser enfermeras, tener un nivel socioeconómico más bajo, tener un alto riesgo de contraer COVID-19 y aislamiento social. Los factores de protección incluyeron tener suficientes recursos médicos, información actualizada y precisa y tomar medidas de precaución. En conclusión, las intervenciones psicológicas dirigidas a poblaciones de alto riesgo con gran sufrimiento psicológico son una necesidad urgente. (16)

Por otro lado, Jiménez (2017) realizó una investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social (CMN la Raza) que incluyó 108 residentes de segundo año, cuyo objetivo fue describir la prevalencia y las características clínicas de los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio y su correlación con trastorno mental en residentes de medicina a lo largo de un año académico. Se les aplicó el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-

estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después. En la primera medición se reportó lo siguiente: una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión, 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ($p < 0.001$). La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6 %. (12)

García y colaboradores (2020) realizaron una revisión sistematizada que incluyó 13 estudios, con el objetivo de analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Dentro de los resultados más destacados tenemos los siguientes: se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%), y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%). (13)

Como vemos, existe un beneficio incuestionable de un diagnóstico temprano en el caso de ansiedad y depresión en médicos residentes, sobre todo considerando las condiciones actuales que vivimos ante la pandemia y que hasta el momento no se han realizado este tipo de estudios dentro de nuestra unidad. (2).

Por lo anterior, nos permitimos hacer la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar de la UMF No. 33 durante la pandemia por la enfermedad COVID-19?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar de la UMF No. 33 El Rosario durante la pandemia por la enfermedad COVID-19.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar variables sociodemográficas (sexo, edad y año de residencia) de los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar de la UMF No. 33 El Rosario.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal en la Unidad de Medicina Familiar No. 33, correspondiente al Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte del D.F. del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N, Colonia El Rosario, Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México; la cual tuvo como objetivo determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes del curso de especialización en medicina familiar de la UMF No. 33 El Rosario durante la pandemia por COVID-19. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta el censo de residentes existentes en la unidad (61 médicos residentes), de los cuales 56 médicos residentes de los tres años del curso de especialización fueron estudiados. Se excluyeron aquellos médicos y médicas residentes de los tres años inscritos al curso de especialización en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 que no aceptaron participar en el estudio, que no se encontraban en la unidad en el momento del estudio (vacaciones, acuerdo por contingencia o convenio, licencia o incapacidad), así como aquellos que no completaron los instrumentos en su totalidad o los contestaron de forma inadecuada.

Primeramente se recabaron variables sociodemográficas (edad y sexo) y educativas (año de residencia). Para conocer si existía ansiedad o depresión en los médicos residentes se utilizaron los test de Beck para ansiedad y depresión, respectivamente (previo consentimiento informado).

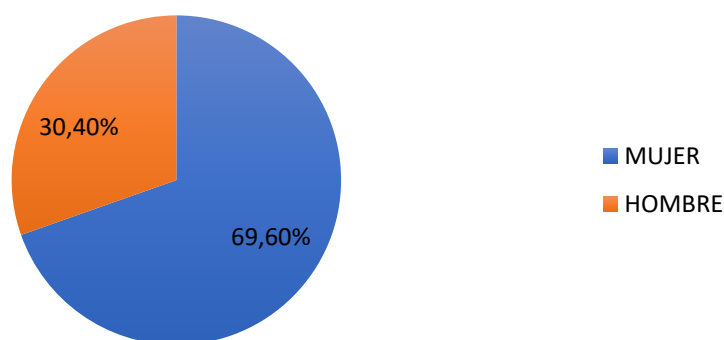
Posterior a la obtención de la información, se realizó el análisis estadístico de los resultados, concentrando primero los datos en Microsoft Excel 2010 y posteriormente se utilizó el programa SPSS versión 22 para establecer frecuencias y proporciones de ansiedad y depresión en los residentes de Medicina Familiar. Los resultados se representaron utilizando tablas, así como gráficas de sectores y de barras. El presente estudio se consideró sin riesgo para los participantes, en tanto que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada a variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los pacientes participantes. Para ello, se tomaron en cuenta y respetaron los

lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional.

RESULTADOS

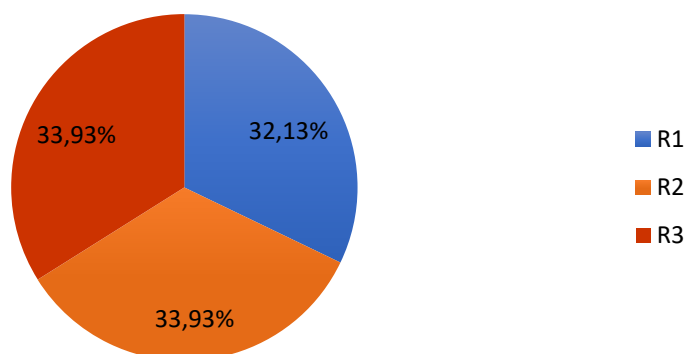
La muestra total de médicos residentes evaluados fue de 56. De ellos, 30.4% (17 médicos residentes) pertenecen al sexo masculino y el 69.6% (39 médicas residentes) pertenecen al sexo femenino. (Gráfico 1)

SEXO



Con respecto al año de residencia, 32.1% fueron residentes de primer año, 33.9% de segundo y 33.9% de tercer año.

AÑO DE RESIDENCIA



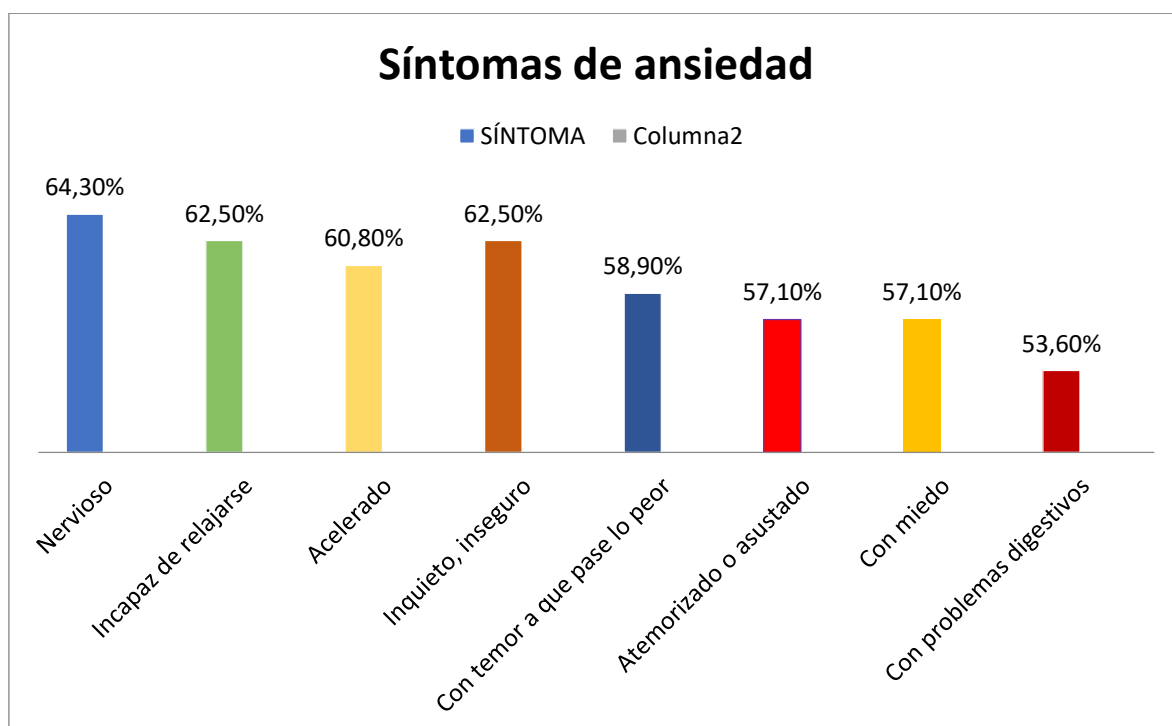
El total de la muestra presenta ansiedad. El 41.07% (23 médicos residentes) tienen un nivel de ansiedad mínimo. El 21.42% (12 médicos residentes) un nivel de ansiedad leve, el 17.85% (10 médicos residentes) un nivel de ansiedad moderada, y por último el 19.64% (11 médicos) un nivel de ansiedad severa. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de la muestra de 56 médicos residentes de acuerdo con el nivel de ansiedad.

Nivel de ansiedad.	médicos residentes:	Porcentaje.
Mínimo	23	41.07%
Leve	12	21.42%
Moderado	10	17.85%
Grave	11	19.64%

Dentro de los síntomas de ansiedad más frecuentemente encontrados fueron los siguientes: sentirse nervioso (64.3%), incapaz de relajarse (62.5%), estar inquieto o sentirse inseguro (62.5%), sentirse acelerado (60.8%), con temor a que pase lo peor (58.9%), sentirse atemorizado o asustado (57.1%), con miedo (57.1%) y con problemas digestivos el (53.6%). (Gráfico 1)

GRAFICO 1. Distribución de los 8 principales síntomas de ansiedad.



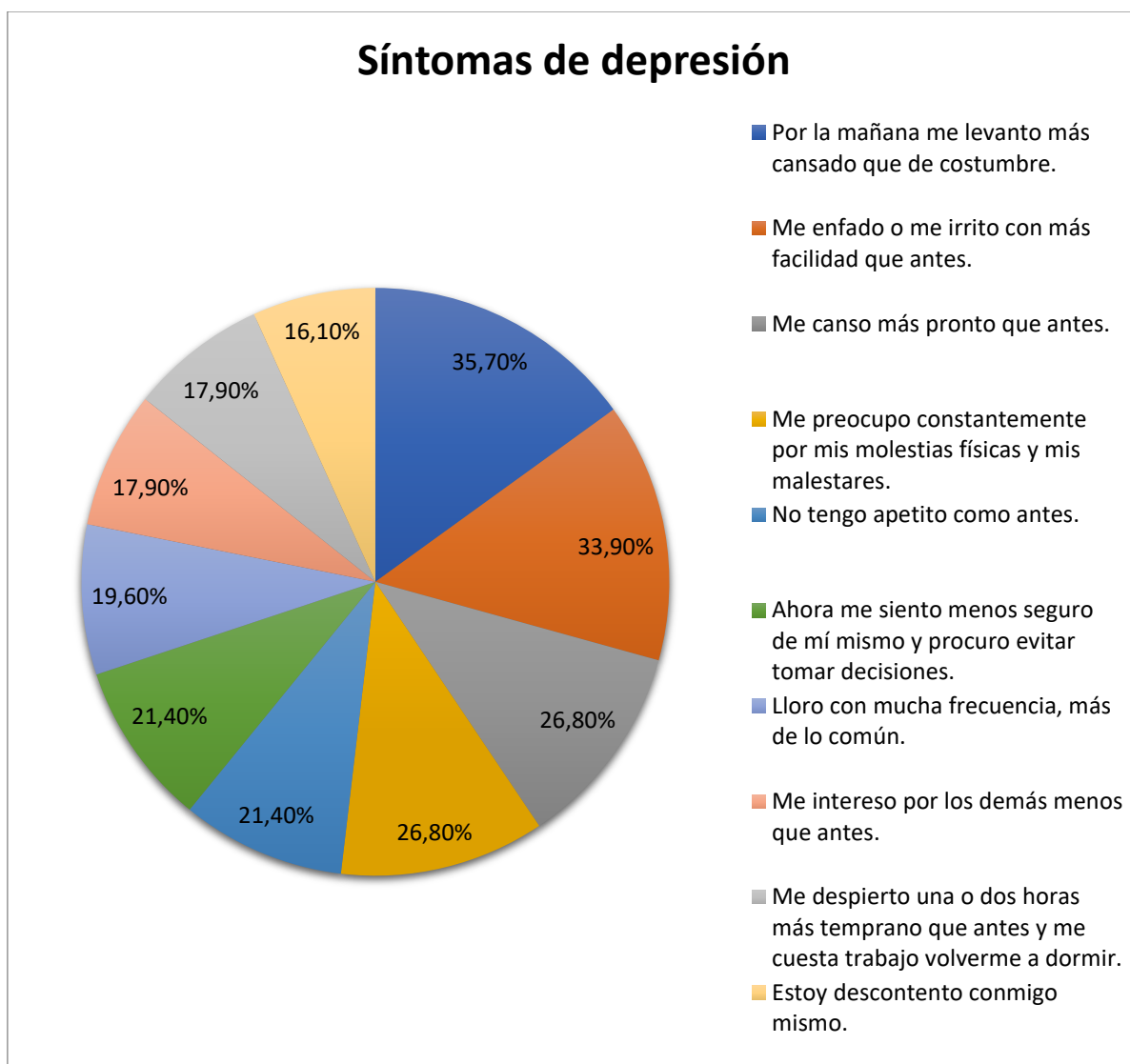
En el caso de depresión, 37.48% (21 médicos residentes) presentan diferentes grados; 8.92% (5 médicos residentes) se encuentran ligeramente deprimidos, el 17.85% (10 médicos residentes) están moderadamente deprimidos y el 10.71% (6 médicos residentes) están gravemente deprimidos. (Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de la muestra de 56 médicos residentes de acuerdo con el grado de depresión.

Nivel de ansiedad.	médicos residentes:	Porcentaje.
No deprimidos	35	62.50%
Ligeramente deprimidos	5	8.92%
Moderadamente deprimidos	10	17.85%
Gravemente deprimidos	6	10.71%

Los síntomas de depresión reportados, en orden de frecuencia, fueron los siguientes: por la mañana me levanto más cansado que de costumbre (35.7%), me enfado o me irrito con más facilidad que antes (33.9%), me canso más pronto que antes (26.8%), me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares (26.8%), no tengo apetito como antes (21.4%), ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones (21.4%), lloro con mucha frecuencia, más de lo común (19.6%), me intereso por los demás menos que antes (17.9%); me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir (17.9%) y estoy descontento conmigo mismo (16.1%). (Gráfico 2)

Gráfico 2. Distribución de los 10 principales síntomas de depresión.



DISCUSIÓN

En este estudio, se encontró que el 100% de la muestra presenta ansiedad de mínima a severa, y que el 37.5% presentan algún grado de depresión; estos datos resultan muy cercanos a lo que describió García y colaboradores (2020) quienes estudiaron el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Obtuvieron como resultado que se observaron niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%) y depresión (8,1%-25%). (13)

Asimismo, los resultados del presente estudio tienen similitud con el realizado por Huang Jizheng y colaboradores, el cual fue de corte descriptivo y transversal en China en el mes de febrero de 2020. Éste tuvo como objetivos conocer el estado psicológico del personal de salud que trabaja en la lucha contra la infección del COVID-19 (70 médicos y 160 enfermeras) y proporcionar una base teórica para la intervención psicológica. Para ello, se contó con 246 participantes con un muestreo por conglomerados. Se les aplicó la escala de autoevaluación para la ansiedad (SAS) y la escala de autoevaluación para el trastorno de estrés postraumático (PTSD-SS). La tasa de ansiedad encontrada en el personal de salud fue del 23,04% (53/230) y el puntaje de ansiedad fue de $42,91 \pm 10,89$ puntos. La incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron de 2,17% (5/230), 4,78% (11/230) y 16,09% (37/230) respectivamente.

Durante el estudio se documentó que, del total de médicos residentes, 37.48% presenta depresión; 8.92% están ligeramente deprimidos, el 17.85% moderadamente deprimidos y el 10.7% gravemente deprimidos. Esto resulta cercano con lo obtenido en el estudio elaborado por Mascarúa-Lara y colaboradores en 2014, cuyo objetivo fue identificar la presencia de ansiedad y/o depresión en un grupo de médicos residentes de la especialidad en medicina familiar (56 residentes). Con relación a la ansiedad, se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. Respecto a la depresión, se identificaron 11 casos (19.7%) de depresión leve.

Sin embargo, los resultados con respecto a la frecuencia de depresión no son concordantes con la investigación de Pappa y colaboradores, quienes realizaron una revisión sistematizada con el objetivo de sintetizar y analizar la evidencia existente sobre la prevalencia de depresión, ansiedad e insomnio entre los trabajadores sanitarios durante el brote de Covid-19. Se incluyeron un total combinado de 33.062 participantes de 10 estudios y se obtuvo una tasa de prevalencia del 22,8% para depresión. (15).

CONCLUSIÓN

La pandemia por la enfermedad COVID-19 actualmente representa una amenaza para la salud y para el bienestar tanto físico como mental de la sociedad, esto debido al aislamiento social, así como a los altos niveles de estrés y ansiedad.

Esta situación se vio especialmente exacerbada en los médicos residentes; ya que en el presente estudio se observó que durante la pandemia por la enfermedad COVID-19 los participantes presentaron niveles de ansiedad moderados-severos, así como grados de depresión leve-moderada; teniendo mayor predominio en el sexo femenino.

Por lo tanto, es de suma importancia detectar los comportamientos que nos den indicios de alteraciones en la salud, pues hay un beneficio incuestionable si se hace un diagnóstico temprano en el caso de ansiedad y depresión en el personal médico; esto con la finalidad de poder contrarrestar sus efectos. Entonces, resulta indispensable realizar búsqueda e implementación de estrategias que den apoyo para que se disminuyan las situaciones que desencadenan o exacerbaban trastornos como la ansiedad y la depresión. Asimismo, una vez que se haya superado la crisis actual, es recomendable dar seguimiento a todos los médicos residentes con el objetivo de recuperar su bienestar mental y emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


1. Patiño D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Revista Medwave*. 2013; 13 (7): 13-16.
2. Rosales J, Gallardo R, Conde J. Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10 (2005): 25-36.
3. Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam*. 2014; 21(2):55-57.
4. Organización Mundial de la Salud. Ansiedad. OMS [Internet]. 2018 [consultado 26 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/ansiedad/es/>
5. Martínez P, Medina M, Rivera E. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 48 (2005), 191-197.
6. Rocha J. Síndrome de Burn-Out. ¿El médico de urgencias incansable?; *Revista Mexicana de Medicina de Urgencias*, 1 (2002), 48-56.
7. Organización Mundial de la Salud. Depresión. OMS [Internet]. 2018 [consultado 26 Agosto 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
8. López R. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida?. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*. Vol.63 No, 3 México may./jun. 2006
9. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2020; 38 (3): 192-195.
10. Moral J. Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Revista de Psicología Iberoamericana*, vol. 21, núm. 1, enero-junio, 2013. 42-52.
11. Mascarúa LE, Vázquez CE, Córdova SJ. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam*. 2014;21(2):55-57

12. Jiménez JL, Arenas J, Ángeles U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2015; 53(1):20-8.
13. García JJ, et al. Impacto del sars-cov-2 (covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública* 2020; 94 (1): 1-20
14. Dosil M, Ozamiz N, Redondo I, Jaureguizar J, Picaza M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Revista de psiquiatría y salud mental*. Barcelona 2020; 1-17.
15. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis V, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*. August 2020, 88:901-907.
16. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. El impacto psicológico y mental de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en el personal médico y el público en general: una revisión sistemática y un metanálisis. *Revista de Psiquiatría*. Septiembre de 2020.
17. Beck A, Ward C, Mendelson M, Mock J, y Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, (1961), 4, 561–571
18. Beck A, Steer R, and Brown G. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. (1996).
19. Melipillán R, Cova F, Rincón P, Valdivia M. propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*. 2008, Vol. 26, N° 1, 59-69
20. Beltrán M, et al. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck. *Revista de Psicología y Salud*, Vol. 29 2019 (1): 5-16
21. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos de ansiedad. En *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ª ed.)*
22. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos de depresión. En *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (5ª ed.)*

23. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales relacionadas con la salud con seres humanos. 2016. EUA.
24. Instituto Nacional de Salud. Informe Belmont. Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. EUA. 1979
25. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos. 64° Asamblea general. 2013. Fortaleza, Brasil.
26. Secretaría de Salud, Diario Oficial de la Federación. Ley General de Salud, Secretaría de Salud, 14 de junio de 1992
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Lineamiento de Investigación dentro del IMSS. 2018. México.

ANEXOS

ANEXO 1. Carta de Consentimiento para participación en protocolos de investigación.

	 <p style="text-align: center;">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
Nombre del estudio:	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19.
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, CIUDAD DE MÉXICO. UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo: valorar la presencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de medicina familiar de la UMF no. 33 durante la pandemia por covid-19 a fin de implementar estrategias de prevención y mejorar la salud mental y emocional.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario diseñado para recabar información relacionada con la ansiedad y depresión en los últimos 6 meses.
Posibles riesgos y molestias:	Se trata de un estudio clínico por lo que no se le ocasionara dolor, incomodidad o riesgo alguno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. Sin embargo, los resultados del mismo contribuirán al avance en el conocimiento respecto a la aparición de ansiedad y depresión ante situaciones estresantes como la actual pandemia por la enfermedad COVID-19.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información cambie su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo los mismos beneficios académicos como residente del curso de especialización en medicina familiar. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	Para garantizar su privacidad, no se solicitará su nombre o matrícula, solo se le asignará a los instrumentos que conteste un número de folio consecutivo. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador Responsable:	DRA. Haydee Alejandra Martini Blanquel Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar Coordinación clínica de educación e investigación en salud Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario" Teléfono: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435
Colaboradores:	Dra. Osorio Solis Anakaren Matrícula: 98355649 Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar Teléfono: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto Testigo 1	_____ Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma Clave: 2810-009-013

ANEXO 2. Cuestionario diseñado exprefeso:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA D.F. NORTE
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 EL ROSARIO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

El objetivo del estudio es determinar la presencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de la UMF No. 33 durante la contingencia por Covid-19. La información proporcionada será estrictamente confidencial.

Se le pide por favor que en el siguiente apartado marque con una X su sexo, grupo de edad y el año de residencia médica que se encuentra cursando.

NO DE FOLIO: _____

1	SEXO:	
	MUJER	<input type="checkbox"/>
	HOMBRE	<input type="checkbox"/>

2	EDAD:	
	20-30 AÑOS	<input type="checkbox"/>
	31-40 AÑOS	<input type="checkbox"/>
	41-50 AÑOS	<input type="checkbox"/>

3	AÑO DE RESIDENCIA	
	PRIMER AÑO	<input type="checkbox"/>
	SEGUNDO AÑO	<input type="checkbox"/>
	TERCER AÑO	<input type="checkbox"/>

ANEXO 3. Instrumento de Beck para ansiedad.

Este cuestionario consta de un listado con 21 síntomas. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Luego elija del 0 al 3 con el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas seis semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con una X el número correspondiente al síntoma elegido. Verifique con atención que no haya elegido más de uno por síntoma.

0= en absoluto.

1= levemente, no me molesta.

2= moderadamente, fue muy desagradable pero podría soportarlo.

3= severamente, casi no podía soportarlo.

		NUNCA (0)	LEVE (1)	MODERADO (2)	SEVERO (3)
1	Torpe o entumecido.				
2	Acelerado.				
3	Con temblor en las piernas.				
4	Incapaz de relajarse.				
5	Con temor a que ocurra lo peor.				
6	Mareado.				
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8	Inestable.				
9	Atemorizado o asustado.				
10	Nervioso.				
11	Con sensación de bloqueo.				
12	Con temblor en las manos.				
13	Inquieto, inseguro.				
14	Con miedo a perder el control.				
15	Con sensación de ahogo.				
16	Con temor a morir.				
17	Con miedo.				
18	Con problemas digestivos.				
19	Con desvanecimientos				
20	Con rubor facial.				
21	Sudoración fría o caliente.				

ANEXO 4. Instrumento de Beck para depresión.

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas seis semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con una X el número correspondiente al enunciado elegido; si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque con la que se sienta más identificado (a). Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1	No estoy triste	
	Siento desgana de vivir. Estoy triste.	
	Siento siempre desgana de vivir. Siempre estoy triste y no lo puedo remediar.	
	Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.	
	Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.	
2	No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.	
	Me siento desanimado por lo que respecta a mi futuro.	
	Creo que no debo esperar ya nada.	
	Creo que jamás me librare de mis penas y preocupaciones.	
	Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorara mi situación.	
3	No tengo la sensación de haber fracasado.	
	Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.	
	Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena.	
	Si pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.	
	Creo que he fracasado por completo.	
4	No estoy particularmente descontento.	
	Casi siempre me siento aburrido.	
	No hay nada que me alegre como me alegraba antes.	
	No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción.	
	Estoy descontento con todo.	
5	No me siento particularmente culpable.	
	Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.	
	Me siento culpable.	
	Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.	
	Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.	
6	No tengo la impresión de merecer un castigo.	
	Creo que me podría pasar algo malo.	
	Tengo la impresión de que ahora, o muy pronto voy a ser castigado.	
	Creo que merezco ser castigado.	
	Quiero ser castigado.	
7	No estoy descontento de mí mismo.	
	Estoy descontento de mí mismo.	
	No me gusto a mí mismo.	
	No me soporto a mí mismo.	
	Me odio.	
8	No tengo la impresión de ser peor que los demás.	
	Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.	
	Me hago reproches por todo lo que no sale bien.	
	Tengo la impresión de que mis defectos don muchos y muy grandes.	
	Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.	

9	No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida.	
	A veces se me ocurre que podría quitarme la vida pero no lo haré.	
	Pienso que sería preferible que me muriese.	
	He planeado como podría suicidarme.	
	Creo que sería mejor para mi familia que yo me muriese.	
	Si pudiese, me suicidaría.	
10	No lloro más de lo común.	
	Lloro con mucha frecuencia, más de lo común.	
	Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.	
	Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.	
11	No me siento más irritado que de costumbre.	
	Me enfado o me irrito con más facilidad que antes.	
	Estoy constantemente irritado.	
	Ahora no me irritan ni siquiera las cosas que antes me enfadaban.	
12	No he perdido el interés por los demás.	
	Me intereso por los demás menos que antes.	
	He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.	
	Los demás no me interesan nada y todo el mundo es totalmente indiferente.	
13	Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.	
	Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones.	
	Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.	
	Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.	
14	No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.	
	Temo que mi aspecto cause mala impresión o parecer aviejado.	
	Temo la impresión de presentar cada vez peor aspecto.	
	Tengo la impresión de que mi aspecto es feo y desagradable.	
15	Trabajo con la misma facilidad de siempre.	
	Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.	
	Ya no trabajo bien como antes.	
	Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.	
	Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea.	
16	Duermo tan bien como de costumbre.	
	Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.	
	Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.	
	Me despierto tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que cueste.	
17	No me canso antes que de costumbre.	
	Me canso más pronto que antes.	
	Cualquier cosa que haga me cansa.	
	Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada por poco esfuerzo que cueste.	
18	Mi apetito no es peor que de costumbre.	
	No tengo apetito como antes.	
	Tengo mucho menos apetito que antes.	
	No tengo en lo absoluto ningún apetito.	
19	No he perdido peso y si lo he perdido, es desde hace poco tiempo.	
	He perdido más de dos kilos de peso.	
	He perdido más de cuatro kilos de peso.	
	He perdido más de siete kilos de peso.	

20	Mi salud no me preocupa más que de costumbre.	
	Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares.	
	Mis molestias físicas me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier cosa.	
	No hago nada más que pensar en mis molestias físicas.	
21	No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por los asuntos sexuales.	
	Me intereso menos que antes por cuestiones relativas al sexo.	
	Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo.	
	He perdido todo mi interés por las cosas del sexo.	