

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIALÓRGANO DE OPERACIÓN
ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



TESIS

**TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN
FORMACIÓN DEL HGZ/MF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.**

PRESENTA

VALADEZ LEDESMA VIRIDIANA

Residente de Medicina Familiar, Matrícula: 97376305, adscripción HGZ /UMF No.8
"Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS Cel.5548688062 Fax: No fax.
Correo: viiryvalal@gmail.com

SANDOVAL IBARRA LUCIA

DIRECTOR DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Médico Familiar, Profesora Adjunta de Medicina Familiar.
Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matrícula: 97371494 Teléfono: 5568175641, Fax: No Fax
Email: sandoval.ibarra.lucy@gmail.com

VILCHIS CHAPARRO EDUARDO

ASESOR METODOLÓGICO

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia
Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud
Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI
Matrícula: 99377278 Adscripción: Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS
Teléfono: 5556276900 ext. 21742 Fax: No Fax
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA

ASESORA CLÍNICA

Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar
Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
Matrícula: 98113861 Teléfono: 55 45000340. Fax: No Fax
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx.

POLACO DE LA VEGA THALYNA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CIUDAD DE MÉXICO JUNIO 2021

No. DE REGISTRO:



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.

“IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ/MF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

Autores: Valadez Ledesma Viridiana¹, Sandoval Ibarra Lucia², Vilchis Chaparro Eduardo³, Maravillas Estrada Angélica⁴

1 Médico Residente de segundo año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS

2 Médico Familiar, Profesora Adjunta de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

3 Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, CMNSXXI" IMSS.

4 Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

ANTECEDENTES

Los trastornos de salud mental son un problema en aumento en los médicos en formación, debido a condiciones como el estigma, el entorno laboral, los requisitos académicos y la complejidad de la atención médica. La falta de reconocimiento de un trastorno mental se relaciona con un autodiagnóstico inexacto, automedicación y falta de búsqueda de atención, lo que lleva a un mayor deterioro de la salud mental. Como consecuencia, se documentan el bajo rendimiento académico, el desgaste, el deterioro en la atención al paciente y el suicidio, por lo que su detección y atención debe ser una prioridad.

OBJETIVO:

Identificar la presencia de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio transversal, descriptivo. Criterios de inclusión; médicos internos y residentes de medicina familiar, urgencias y medicina interna de los 3 años pertenecientes al HGZ/MF No. 8, con una edad entre los 22 a 40 años, sexo indistinto, que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado. Criterios exclusión; médicos internos y residentes no pertenecientes al HGZ/MF No.8, que no deseen participar en el estudio, que no acepten firmar el consentimiento informado, que se encuentren en el servicio social. Criterios de eliminación: Llenado incompleto de formatos de evaluación. Muestra: médicos internos y residentes, a conveniencia del investigador. Variables del estudio: trastornos mentales y del comportamiento. Instrumento de medición: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional-MINI

RECURSOS:

Investigador, asesores, equipo de cómputo, impresora, lápices, hojas blancas, USB, los gastos del estudio serán financiados por la autora del mismo.

INFRAESTRUCTURA:

Instalaciones del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

EXPERIENCIA DEL GRUPO Y TIEMPO A DESARROLLAR:

Los investigadores cuentan con una formación sólida en investigación clínica, educativa, de comportamiento organizacional y administración humana (diplomados, maestrías y doctorados), así como en el uso de métodos cuantitativos, cualitativos y mixtos para la investigación en salud. Cada uno de los participantes tiene experiencia de manera personal en investigación y en la problemática relacionada al tema a estudiar. Se realizará de marzo del 2020 a febrero del 2022.

**“IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS
MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN
MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ/MF No.
8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

AUTORIZACIONES

**DR. JUAN ROSAS PEÑA
DIRECTOR DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL H.G.Z. / M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DRA. SANDOVAL IBARRA LUCIA
MÉDICA FAMILIAR, PROFESORA ADJUNTA DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITA AL HGZ/MF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR MÉDICO DEL CIEFD SIGLO XXI
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DRA. ANGELICA MARAVILLAS ESTRADA
MÉDICA FAMILIAR DEL H.G.Z. / M.F. No. 8
“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESORA CLÍNICA DE TESIS.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis padres por su apoyo, a mi hermano por el simple hecho de existir y decirme cuán lejos puedo llegar y a mi hijo por ser el motor de mi vida y darme una razón para querer seguir en este mundo.

Gracias a todos ustedes que me formaron en la aérea académica y personal donde estos logros son exclusivamente gracias a ustedes, en especial a ustedes Dra. Sandoval Ibarra Lucia, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Dra Thalyna Polaco de la Vega y Dra Dra Angelica Maravillas Estrada, que han sido uno de mis más grandes soportes, me han apoyado y enseñado a crecer durante este tiempo compartido, tanto en la zona académica como en la personal.

Y para finalizar gracias a todas esas personas con las que me he encontrado en este camino, a mis compañeros, a mis residentes de mayor jerarquía, especialmente a usted Dr Ivan Barrera Morín que me ha orientado y apoyado en mi formación en esta especialidad tan maravillosa de médico familiar, a toda esa gran familia que conforma al HGZ MF No 8 ya que cada uno ha dejado algún aprendizaje en mi y en especial a todos esos pacientes que han sido mi mayor escuela.

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico.	8
2. Justificación.	23
3. Planteamiento del problema.	24
4. Objetivos.	25
5. Hipótesis.	26
6. Material y métodos.	27
7. Diseño de investigación.	28
8. Muestra	29
9. Ubicación temporal y espacial de la población.	30
10. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.	31
11. Variables.	32
12. Diseño estadístico.	43
13. Instrumento de recolección.	44
14. Método de recolección.	45
15. Maniobras para evitar y controlar sesgos.	46
16. Cronograma de actividades.	47
17. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	48
18. Consideraciones éticas.	50
19. Resultados.	55
20. Tablas y gráficas.	59
21. Discusión.	87
22. Conclusiones.	93
23. Bibliografía.	95
24. Anexos.	98

MARCO TEÓRICO

Los trastornos mentales y del comportamiento se definen como un síndrome caracterizado por una alteración de significancia clínica en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, reflejo de una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.¹

En términos de la ley de salud mental del Distrito Federal en el artículo 5 sección XXXI se definen como aquella afectación de la salud mental de una persona que presenta un comportamiento derivado de síntomas identificables en la práctica clínica y que en la mayoría de los casos se van a acompañar de malestar y van a interferir en la actividad cotidiana del individuo y su entorno.²

Es bien sabido que existe una gran variedad de trastornos mentales con manifestaciones distintas, sin embargo se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones interpersonales.³

Estas patologías psiquiátricas representan una importante carga de enfermedad a nivel nacional, siendo la depresión y ansiedad las de mayor impacto en la sociedad ya que son altamente incapacitantes, según datos obtenidos del estudio de la carga mundial de la enfermedad en 2019 se perdieron 1,710.68 años de vida saludable por cada 100,000 habitantes debido a los trastornos mentales y del comportamiento, siendo los padecimientos de mayor significancia estadística el trastorno depresivo mayor (561.98), ansiedad (347), trastorno bipolar (207.43), esquizofrenia (190.48) y distimia (90.28). Siendo las mujeres las más afectadas. La carga de enfermedad mide la pérdida de salud atribuible a diversas enfermedades y lesiones, así como la muerte prematura y discapacidad derivada de dichas condiciones; por su parte los años de vida saludable perdidos son un indicador que permite apreciar el impacto de dichas patologías en la salud. En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas según datos obtenidos del observatorio mexicano de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas 2020 el 35.8% de los participantes tuvo consumo de sustancias, de los cuales 43.2% fueron hombres y 31.3 % fueron mujeres, el alcohol encabeza la lista con 32.5%, seguido por tabaco (24.6%) y marihuana (14.6%). Es importante destacar que el consumo de alcohol continúa siendo la principal causa de urgencias y fallecimientos asociado al consumo de sustancias psicoactivas principalmente en hombres, siendo el grupo etario más afectado entre 20 y 34 años.⁴

Como bien se ha mencionado los trastornos de salud mental son un importante problema de salud pública a nivel nacional y no son la excepción en médicos en formación debido a condiciones como el estigma, el entorno laboral, los requisitos académicos y la complejidad de la atención médica. Este personal en formación están expuestos a una gran carga de trabajo, presión académica, competencia entre pares, discriminación por sexo, edad, rangos jerárquicos, falta de sueño, fatiga, conflictos interpersonales así como incapacidad para satisfacer las necesidades personales. Existen estudios que han informado una mayor prevalencia de psicopatología entre los médicos en comparación con la población general, siendo la depresión, ansiedad y consumo de sustancias las patologías que encabezan los problemas psiquiátricos en este grupo. En México los reportes de unidades médicas describen que la prevalencia oscila entre 25% y 79.6% para depresión y 39 a 69.9% para ansiedad. Una revisión sistemática que incluyó 17,560 residentes, encontró que el 28.8% presentaba depresión con un rango de 20.9%-43.2%. Un estudio publicado 2019 informó una prevalencia de depresión del 16.2%. Entre los médicos, la prevalencia de por vida del consumo de alcohol y drogas ilegales muestra niveles similares a los de la población general (10-12% VS 7-15% respectivamente), entre las sustancias de mayor consumo se encuentran alcohol, tabaco y marihuana seguido de fármacos opiáceos y benzodiacepinas. El suicidio es un problema de salud pública responsable de muchas muertes actualmente en todo el mundo, la tasa de suicidio entre los médicos especialmente en mujeres, es más alta a comparación con la de la población general y se considera la única causa de muerte con mayor prevalencia entre los médicos que la de la población general. Está relacionado con trastornos mentales no tratados, estresores psicosociales, acceso a sustancias y conocimiento de dosis letales.⁵

Para fines de este estudio vamos a definir como personal médico en formación a los médicos internos de pregrado, médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar, médicos residentes de Urgencias Médico Quirúrgicas y médicos residentes de Medicina Interna.

Un médico interno de pregrado es aquella persona inscrita en una institución de educación superior que cumple con los requisitos académicos, administrativos y jurídicos para realizar el internado de pregrado, siendo éste un ciclo académico teórico-práctico que debe realizarse como parte de los planes de estudio de la licenciatura en medicina, esta etapa se debe cubrir previo al servicio social, examen profesional y titulación. ⁶

El internado de pregrado forma parte del plan de estudios de la carrera de medicina, es un año obligatorio e indispensable para que los médicos en formación integren y consoliden los conocimientos adquiridos durante ciclos previos. La Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional y otras instituciones encargadas de formar médicos contemplan en su estructura curricular el internado con una duración de 12 meses y este debe ser de carácter rotatorio. ⁷

Por su parte el médico residente en términos de la Norma Oficial Mexicana de residencias médicas se define como aquel médico estudiante de posgrado que se encuentra en proceso de formación para obtener un título de especialista. ⁸

La ley Federal del trabajo lo define como el profesional médico titulado legalmente con expedición y registro ante las autoridades competentes, que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para cumplir con los estudios de residencia. ⁹

El médico residente es como su nombre lo dice un médico titulado y portador de una cédula profesional, requisitos indispensables legales en México para poder ejercer la medicina general en cualquier institución de salud ya sea pública o privada. Estas características le confieren la facultad de tener pacientes a su cargo, extender recetas médicas y responsabilizarse en sentido legal, moral y profesional por la salud del individuo y la población. El residente se rige por lo dispuesto en la ley federal del trabajo, en donde se aclara que estará adscrito a una unidad receptora de residentes durante el tiempo que dure el entrenamiento de su especialidad, entonces se entiende que el residente es un trabajador de la salud y al mismo tiempo un alumno de posgrado. ¹⁰

La especialización médica en México se consolida en 1942 al crearse la primera residencia en el Hospital General. Actualmente los residentes se ocupan de funciones asistenciales, cubren jornadas educativas que en ocasiones pueden durar hasta 36 horas y tienen estrecha participación con los especialistas que fungen como tutores. Todo esto constituye un ambiente estresante que perdura durante todo el periodo de formación, tomando en cuenta el diseño curricular de la residencia, parece que la parte psicológica no ha sido considerada durante su planeación.¹¹

En nuestro país los médicos residentes suelen ser quienes proporcionan la mayor parte de la atención médica a los pacientes en hospitales públicos o de seguridad social. Las jornadas laborales en la mayoría de las especialidades son en promedio mayores de 80 horas/semana, con límites de 42 a 113 horas según la especialidad, esta condición nos ubica muy por arriba de las horas de trabajo sugeridas para médicos residentes en países industrializados como Dinamarca o Estados Unidos. Se considera que existe un riesgo significativo de errores cuando se trabaja más de 50 horas a la semana. Existen diferentes estudios en los que se describe que una semana de trabajo ideal debe ser de un máximo de 50 horas, la duración máxima de guardias debe ser de 11 horas y se debe otorgar un periodo de cinco horas de sueño. Los efectos más estudiados de estas cargas de trabajo en médicos residentes se enfocan primordialmente en la propensión a cometer errores, despersonalización, alteraciones en el estado de ánimo y depresión, así como alteraciones en el juicio médico.¹²

La formación de pregrado en medicina implica la exposición a variables contextuales institucionales y académicas particulares, que pueden contribuir a la experimentación subjetiva de estrés significativo por parte de los estudiantes de pregrado. Dichas variables contextuales se han correlacionado con el estado de salud general, la estabilidad emocional y el rendimiento académico de los estudiantes de medicina. Igualmente, los resultados de algunos estudios muestran que los estudiantes de medicina, en comparación con pares de otras profesiones, presentan mayor frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos, trastornos del sueño, abuso de sustancias psicoactivas, agotamiento y conductas suicidas. La aparición de trastornos mentales durante la formación médica se ha asociado no solo con una menor calidad de vida, sino, también, con la predicción del funcionamiento y rendimiento profesional en el futuro.¹³

Este entrenamiento parece ser el pico para el estrés entre los médicos, pero el agotamiento, los síntomas depresivos y la ideación suicida son comunes tanto durante el entrenamiento como en los primeros años de la práctica médica. En cada etapa, el agotamiento es más prevalente entre los médicos que entre sus pares en la población general. ¹⁴

Estudios recientes de residentes de escuelas de medicina sugieren que la angustia de los aprendices, incluyendo fatiga, somnolencia y depresión por agotamiento, puede afectar negativamente la calidad del paciente cuidado, seguridad del paciente y profesionalismo. ¹⁵

La carga académica y emocional a la que son sometidos los médicos en formación es un factor que contribuye a una disminución de su rendimiento académico llegando incluso al abandono permanente de los estudios. Diversas investigaciones sugieren que esta pesada carga cumple un papel importante en el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad entre los estudiantes durante su formación como médicos. Algunos autores mencionan que el estrés psicológico es común entre los estudiantes de medicina y éste se asocia a alteraciones mentales. Los principales predictores de problemas de salud mental en este grupo son factores individuales como antecedentes familiares, rasgos de personalidad, estilos de afrontamiento evitativo y tendencia a ser hipercríticos, dentro de los factores ambientales, destacan el estrés de la educación médica, sobrecarga de trabajo, presión emocional, etc. A través del tiempo se ha observado en estudiantes de medicina una prevalencia de salud mental, siendo la depresión y ansiedad las más representativas, estas patologías implican una disminución en la calidad de atención a los pacientes, mayores errores en la práctica clínica y merma la relación médico paciente. ¹⁶

Como bien se ha mencionado y es conocido, el estrés es una condición presente en la formación médica de posgrado y es más común en las especialidades quirúrgicas. Esta condición depende de la personalidad, ya que ésta influye en la forma en que se perciben y manejan los eventos estresores, lo que puede conllevar a incrementar la propensión a trastornos mentales en general. ¹⁷

Podemos definir al estrés como un estado de tensión psíquica que se acompaña de cambios fisiológicos, distinguiéndose dos tipos de estrés: uno positivo y otro negativo. El distrés, es un estado de tensión psíquica que se experimenta con malestar y el estrés es un estado de tensión psíquica que favorece la activación necesaria para realizar diversas actividades.¹⁸

En un estudio mexicano se encontró que el 21.25% de los médicos presentan estrés laboral; y dentro de las variables que se asocian estadísticamente se encuentran la cantidad de lugares de trabajo y la carga horaria; siendo los más afectados los médicos que han estado en labores menos de 1 año.¹⁹

Durante su formación, los estudiantes de medicina están sujetos a diversos factores estresantes que pueden amenazar su salud mental. Muchos son inherentes a la vida estudiantil, como las exigencias académicas y un entorno altamente competitivo, así como las nuevas relaciones interpersonales, como aquellas con figuras de autoridad en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la inestabilidad económica, separación de los padres, rendimiento académico, pérdida de seres queridos, baja autoestima, percepción de un apoyo social deficiente por parte de amigos y familiares, así como las habilidades ineficientes para resolver problemas. Todos estos factores están asociados con el desarrollo de la depresión. Actualmente se conoce como un nuevo factor de riesgo el tiempo que se pasa frente a una pantalla y éste se correlaciona con aspectos negativos de la salud mental o la infelicidad, se cree que más tiempo frente a la pantalla puede conducir a una menor interacción social, y en consecuencia, aumento de la depresión y la infelicidad. Por otro lado se ha observado por diversos estudios que la salud mental se va deteriorando conforme al desarrollo académico de este personal en formación, aumentando la incidencia de depresión, ansiedad, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, bulimia e ideación suicida, respecto a estudiantes de cualquier otra disciplina.²⁰

Para fines de este proyecto describiremos a continuación los trastornos de mayor prevalencia encontrados en este grupo de estudio.

La depresión es un padecimiento altamente incapacitante y prevalente a nivel mundial. Se caracteriza por síntomas depresivos por al menos 2 semanas y al menos 4 síntomas concomitantes como cambios en el apetito y peso, sueño y actividad, falta de energía, sentimiento de culpa, problemas para pensar, toma de decisiones y pensamientos de muerte recurrentes. Es altamente prevalente en todo el mundo y ha ido en aumento, se estima que en países en vías de desarrollo representa el 9.2%. Su presentación en mujeres es al doble que en hombres y es más frecuente en adultos jóvenes. Su patogénesis es multifactorial donde se ven inmiscuidos factores biológicos, genéticos y psicosociales. Dentro de los factores biológicos se encuentran la teoría de las aminas biógenas (serotonina, noradrenalina y dopamina) en donde los pacientes con esta patología presentan una concentración notablemente baja de metabolitos y receptores para serotonina; una regulación negativa o disminución de la sensibilidad de receptores beta adrenérgicos y una actividad disminuida de dopamina; La alteración de la regulación hormonal en donde ante el estrés crónico la somatostatina y la crh inhiben la secreción de noradrenalina y dopamina; Los trastornos inflamatorios, en donde las citocinas inflamatorias causan alteración a nivel de la plasticidad neuronal impactando de forma negativa en el estado de ánimo; Consideraciones neuroanatómicas donde están involucradas la corteza prefrontal, zona cingulada anterior, el hipocampo y la amígdala, se ha observado en estudios de imagen hiperintensidades anormales en regiones subcorticales, periventriculares, ganglios basales y tálamo, así como reducción hipocampal, en PET se observa disminución de la corteza prefrontal y aumento de la actividad de la amígdala. En cuanto a los factores genéticos se ha estudiado que si un padre presenta un trastorno mental, su hijo tiene un riesgo de presentación del 10 al 25%, y si ambos padres lo presentan el riesgo se duplica, las mujeres son mayormente afectadas; Se conocen más de 200 genes involucrados, sin embargo los más asociados son el gen COMT que afecta el volumen del hipocampo, el alelo FKBP5 que afecta el eje hipotálamo-Pituitaria-Adrenal relacionado con ACTH y cortisol, el gen BDNF relacionado con la severidad del trastorno y el gen 5-HTTLPR que codifica para el transportador de recaptura de serotonina. Y respecto a los factores psicosociales se sabe que ante el estrés crónico surgen cambios en la biología del cerebro, funcionalidad de neurotransmisores, pérdida de neuronas y reducción de contactos sinápticos; Existen periodos de la infancia donde hay puntos críticos para el desarrollo de esta patología ante eventos traumáticos-estresantes y se sabe que la red de apoyo es un factor protector. Como factores de riesgo podemos encontrar enfermedad médica o psiquiátrica concomitante, dolor crónico, eventos críticos, rasgos de personalidad, estatus económico bajo, estado civil soltero, conflictos de la infancia, etc. ²¹

Como factores protectores creencias religiosas, red de apoyo y familia funcional. Para el diagnóstico es necesaria la sospecha clínica, se realizará un tamizaje con alguna herramienta como PHQ-9, PHQ-2, MINI, etc. Al ser positivo se verificará el diagnóstico mediante los criterios del DSM V. Los síntomas de esta patología pueden ser similares y superponerse a otros problemas médicos y psiquiátricos. Dentro de los diagnósticos diferenciales encontramos afecciones médicas como trastornos tiroideos, duelo complicado, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo. En cuanto a la evolución se cree que con un tratamiento adecuado y oportuno así como un buen apego puede remitir entre un 50-60%. Respecto al pronóstico se estima que el riesgo de suicidio es 20 veces más alto en pacientes con esta patología, cuya mortalidad se estima de 2.2 a 8.6% y la mayoría se logra al primer intento. Los pacientes con esta patología presentan ideación suicida del 47 al 69%. El tratamiento consta de un componente farmacológico y psicoterapia. Los fármacos utilizados se deberán extender entre 6 y 12 meses después de la remisión de los síntomas para evitar la recurrencia de los mismos. Los más utilizados son Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) cuya acción es inhibir el transportador de la 5 HT1A en el espacio sináptico para ser reciclado; Inhibidores de la recaptura de serotonina y norepinefrina, su acción es similar a los ISRS, además del bloqueo del transportador de noradrenalina y un aumento de dopamina a nivel prefrontal ya que en esta zona la dopamina es recapturada por el transportador de noradrenalina; Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y dopamina, inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina, agonistas de melatonina, antagonistas alfa 2, moduladores de serotonina, inhibidores de la monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos, y antidepresivos multimodales. La psicoterapia se basa en mejorar las relaciones interpersonales problemáticas o las circunstancias que estén en relación directa con el episodio actual. Su objetivo es lograr la remisión de síntomas depresivos y ofrecer mejorar su funcionalidad.²¹

Los trastornos de ansiedad son patologías mentales frecuentes que pueden provocar sufrimiento y discapacidad constituyendo una carga social y económica importante. Se caracterizan por miedos y preocupaciones excesivas a lo largo de la vida, emergentes de situaciones que no presentan un peligro real para el paciente. Los trastornos de ansiedad se caracterizan por el miedo excesivo, angustias, ataques de pánico y evitación de amenazas, pudiendo afectar el rendimiento social, académico y laboral de quien lo padece. El trastorno de ansiedad generalizada es la presencia de ansiedad y preocupación excesiva originada durante más días de los que ha estado ausente por lo menos 6 meses, relacionado con diversos sucesos o actividades laborales o escolares. La agorafobia se refiere al miedo intenso a estar en espacios abiertos o cerrados, en medio de una multitud, en el transporte público o fuera de casa solo. La OMS informó que más de 260 millones de personas padecen trastorno de ansiedad, junto con la OPS identificaron que se trata de la segunda patología psiquiátrica más discapacitante de la región de las Américas. A nivel global la prevalencia va del 3.8 al 25%. La génesis de la ansiedad es compleja, su variabilidad genética se estima entre 30 a 50%. Aunado a factores temperamentales, sociales y ambientales. En base a la disfunción de circuitos neuronales se observan alteraciones en el procesamiento de amenazas que activan y conectan la amígdala con la circunvolución del cíngulo anterior. Existe una hiperactividad de la amígdala, así como una hipo activación de la circunvolución del cíngulo anterior. Existen factores ambientales negativos importantes como enfermedades crónicas, abuso físico, violencia sexual, lesiones traumáticas, muerte de personas significativas, divorcio o separación y dificultad económica. Esta patología se asocia a baja calidad de vida, disfunción social y aumento de enfermedades cardiovasculares. El tratamiento debe ser integral, los fármacos utilizados son antidepresivos, principalmente inhibidores de la recaptura de serotonina y los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina cuyo efecto clínico se manifiesta 2 a 4 semanas tras su inicio debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y sus receptores. De igual forma se hace uso de benzodiazepinas, fármacos que actúan a nivel del SNC en el sistema límbico donde se encuentran receptores con propiedades ansiolíticas y sedantes; Generalmente se utilizan junto con los antidepresivos las primeras semana de tratamiento, no se recomienda su uso prolongado por riesgo de dependencia. Tocante al tratamiento no farmacológico se utiliza la terapia cognitivo conductual orientada al paciente en el presente, desarrollando patrones cognitivos, comportamientos aptos para el ambiente y relaciones interpersonales colocando estrés controlado para que el paciente desarrollo de habilidades para reducir la ansiedad, se aplica durante 10 a 20 semanas.²²

Tambiéne utilizan terapias psicodinámicas que tienen su origen en el psicoanálisis , la motivación inconsciente en nuestra conducta y el manejo de mecanismos de defensa como estrategias para modular la ansiedad. ²²

La distimia es un trastorno del humor depresivo de curso crónico, fluctuante y de intensidad leve pero con malestar clínicamente significativo. Se agrupa en un mismo trastorno con el trastorno depresivo mayor persistente. Presenta factores de riesgo y mecanismos etiológicos comunes con otros trastornos como la depresión mayor. Se postula que la red neuronal activada normalmente en reposo, podría estar afectada en esta patología y jugar un papel importante en la cronicidad del trastorno, favoreciendo la rumiación del pensamiento , derivando en una introspección excesiva. Se asocia a estado civil solitario (posible interferencia en el desarrollo de relaciones interpersonales íntimas), pérdida o separación de los padres en la infancia. Se distingue de la depresión episódica por una carga familiar más severa y por ende una evolución más tórpida. El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios diagnósticos del DSM V. El diagnóstico diferencial se realiza con tristeza normal, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo debido a otra afección médica, inducido por sustancias y trastornos de la personalidad. El tratamiento es integral farmacológico y psicoterapia. Se trata similar al episodio depresivo mayor, sin embargo en este caso la herramienta de primera línea es la psicoterapia. ²³

El alcoholismo se trata de un trastorno adictivo caracterizado por la pérdida de control sobre el consumo y persistencia del consumo del alcohol a pesar de las repercusiones negativas, es la sustancia psicoactiva de mayor consumo y los hombres son mayormente afectados, se considera la droga más dañina por su asociación con problemas médicos, psiquiátricos, lesiones, problemas familiares y económicos. Su clasificación diagnóstica actual se establece en el DSM V y solo incluye trastorno por consumo de alcohol con distintos niveles de gravedad, además de otros problemas relacionados con el consumo, la intoxicación y el síndrome de abstinencia, es importante mencionar que el consumo de riesgo se considera igual o mayor a 28 UBE (unidad de bebida estándar) semanales para hombres y 17 para mujeres. Su etiopatogenia es multifactorial su componente genético representa el 50% del riesgo de padecerlo; existen cientos de genes implicados de los cuales cabe destacar su relación con las enzimas que metabolizan el alcohol, el sistema dopaminérgico y otros sistemas de neurotransmisión relacionados con la capacidad reforzante y la neuroplasticidad; Así mismo el alcoholismo es consecuencia de los cambios producidos en el sistema de recompensa cerebral (área tegmental ventral, núcleo accumbens y corteza prefrontal), mediante un refuerzo positivo por el aumento de la concentración de dopamina, actividad opioide y serotoninérgica; El córtex prefrontal por su parte disminuye el control inhibitorio sobre las estructuras subcorticales favoreciendo la conducta adictiva. Si se suprime el consumo cuando este es persistente, los cambios en el funcionamiento de estos sistemas ocasionan el síndrome de abstinencia. Como factores de riesgo encontramos situaciones estresantes en la infancia, presión social, disponibilidad, etc. Esta patología puede aumentar el riesgo de presentar otros trastornos psiquiátricos como trastornos afectivos 30-50%, trastornos de ansiedad 36 a 72%, trastornos psicóticos, de la personalidad, etc. El tratamiento se realiza en una etapa de desintoxicación (se utilizan vitaminas del complejo B, benzodiazepinas, clometiazol, tiapride y antiepilépticos) y una de deshabitación (antidipsotrópicos, disuasorios o interdictores como el disulfiram y cianamida cálcica, antagonistas de los receptores opiáceos como naltrexona, moduladores del sistema opioide como nalmefeno, gabaérgicos con acción sobre el sistema NMDA glutamato y antiepilépticos).²⁴

Gracias a los resultados obtenidos en varios estudios, podemos mencionar que los médicos de pregrado y posgrado se enfrentan a procesos de adaptación y aprendizaje bajo periodos de estrés constantes debido a las diferentes situaciones clínicas que se presentan, mismas que pueden desencadenar trastornos depresivos que puedan afectar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.²⁵

El adiestramiento médico durante las residencias puede ser una época de niveles altos de estrés y puede contribuir a padecer síndrome de desgaste, angustia y depresión.²⁶

Existen algunos otros reportes que mencionan a la depresión, estados de ansiedad o ambos, como los factores emocionales pueden pesar más en el desempeño de los alumnos durante su adiestramiento. Un estudio de Fahrenkopf y su grupo mostró que los residentes deprimidos tenían seis veces más errores que los no deprimidos, lo que sugiere que la seguridad del paciente está estrechamente relacionada con la salud mental del individuo.²⁷

Otro problema a los que se enfrentan los médicos en formación es el consumo de drogas, que de acuerdo con la literatura algunos factores que facilitan que una persona se involucre en el consumo de drogas son el medio que rodea al sujeto, la desorganización social, alta disponibilidad de drogas, tensión, estrés y la angustia generadas por las demandas del rol que desempeña. El área laboral y el tipo de ocupación son factores de riesgo en el consumo de alcohol y drogas, asimismo la familia, las amistades y el ámbito de estudio juegan un papel central.²⁸

Por todo lo anteriormente citado, es importante brindar atención a la salud mental de los médicos en formación para beneficio de ellos, de los pacientes y de la institución.

Se entiende por salud mental como estado de bienestar subjetivo, autonomía, competencia y dependencia intergeneracional mediante el cual los individuos reconocen sus habilidades de realización intelectual y emocional para hacer frente al estrés normal de la vida diaria para trabajar de forma productiva y fructífera en beneficio de su comunidad. Hace referencia a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades para permitirles alcanzar sus objetivos.²⁹

En términos de la ley general de salud artículo 72 se define como el estado de bienestar que una persona experimenta como resultado del buen funcionamiento en sus aspectos cognitivos, afectivos y conductuales así como del óptimo despliegue de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación. ³⁰

Cualquier trastorno mental puede producir un deterioro significativo en el desempeño de roles sociales y familiares, como por mal cumplimiento del rol laboral, ya sea por omisión o conductas inadecuadas del rol específico, abuso de confianza, negligencia o procrastinación. Estas patologías pueden interferir en las capacidades psicomotrices, emocionales y cognitivas necesarias para el ejercicio competente del rol profesional. Los mayores problemas asistenciales dependen de los trastornos mentales caracterizados por la falta de conciencia de enfermedad, negación, estigma social, falta de diagnóstico, referencia y tratamiento oportuno. ³¹

ANTECEDENTES

En el estudio de Ortiz-L-S y col "Riesgo de enfermedad mental en internos de pregrado de la facultad de medicina de la UNAM", se estudió en 1,577 alumnos de tres generaciones (2004,2005 y 2006) que iniciaban el internado de pregrado, la frecuencia de casos potenciales de enfermedad mental, obteniendo 22% de casos potenciales, donde los principales síntomas fueron depresivos, somáticos y perturbaciones del sueño. Las mujeres tuvieron mayor riesgo de presentar problemas de salud mental (RM=1.43, p=0.006).

En 2018 en el estudio de Hernández-P-F "Perl socioafectivo de médicos internos de pregrado de nuevo ingreso a un hospital general de segundo nivel" : Se estudiaron 101 médicos internos de pregrado, con una edad media de 24 ±1.36 años (60% mujeres), la mayoría vive en el seno familiar. Siete aspirantes refirieron estar bajo tratamiento psiquiátrico y sólo 2 habían tenido intentos suicidas. Más de la mitad de médicos refirió algún grado de ansiedad (54.5%) y menos del 20% algún grado de depresión.

En 2020 en el estudio de Ángeles-G-U y col "Asociación de depresión y ansiedad con características relacionadas con la formación de médicos residentes", se estudió a 542 médicos residentes de diferente grado y especialidad, mediante la escala MINI para identificar la depresión y ansiedad, 277 fueron mujeres y 265 hombres con una edad promedio de 28 años. La prevalencia de depresión y ansiedad fue de 12,2% y 47,1% respectivamente y se asoció con fatiga laboral, disminución del desempeño sociolaboral, agotamiento emocional, consumo nocivo de alcohol, y antecedentes de estas psicopatologías.

En 2018 en el estudio Arias-U-R y col "Estado de estrés, depresión y ansiedad en médicos residentes de Aguascalientes, 2018", se estudió a 150 residentes, de los cuales 25 (16.6%) resultaron positivos para depresión con el tamizaje PHQ-2 y 18 % resultó positivo para ansiedad. Se encontró que la mayoría comparten las siguientes características: son mujeres, que cursan el primer año de la especialidad y que proceden de otro estado del país.

En 2020 en el estudio de Jiménez-L-JL y col “los médicos residentes deben ser categoría VIP”, Se realizó una revisión de los resultados acumulados a 9 años de la creación de un servicio de salud Mental para médicos residentes en 104 residentes, encontrando los siguientes diagnósticos: Episodio depresivo 53(50.96%), Ansiedad generalizada 12(11.53%), Distimia 11(10.57%), reacción adaptativa 6(5.76%), Trastorno mixto ansioso depresivo 5(4.80%), Trastorno bipolar 4(3.84%), Trastorno de pánico 4(3.84%), Trastorno por déficit de atención 3(2.88%), Epilepsia 2(1.92%), Trastorno de estrés postraumático, Consumo de sustancias, Narcolepsia y Bulimia 1(0.69%).

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de salud mental son un problema en aumento en los médicos en formación, debido a condiciones como el estigma, el entorno laboral, los requisitos académicos y la complejidad de la atención médica. Algunos estudios indican que la prevalencia del deterioro de la salud mental aumenta a lo largo del entrenamiento.

En este grupo de personal en formación, la prevalencia de depresión y ansiedad tiene un amplio rango. En Estados Unidos se reporta una prevalencia de depresión del 48,5%, mientras que en Reino Unido pasa de 5,7 a 10,6%, según curso académico. En México, los reportes en unidades médicas residentes oscilan entre 25% y 79.6% para depresión y 39% a 69.9% para ansiedad. De igual forma, entre los médicos, la prevalencia de por vida del consumo de alcohol y drogas ilegales muestra niveles similares a los de la población general (10-12% versus 7-15%, respectivamente), y entre las sustancias de mayor consumo se encuentran el alcohol, el tabaco y la marihuana, seguidas de los medicamentos recetados como los opiáceos y las benzodiazepina.

Magnitud: Los trastornos mentales y del comportamiento revisten una importante carga de enfermedad, incluso en algunos casos mayor que los trastornos por uso de sustancias, siendo la depresión y la ansiedad los que mayor impacto tienen entre la población, ya que son altamente incapacitantes, por tanto, deben ser atendidas con prioridad.

Viabilidad: Es posible hacer una detección, orientación y referencia oportuna de los médicos en formación identificados con algún trastorno mental y del comportamiento. Existen unidades de atención psiquiátrica para este grupo en particular.

Vulnerabilidad: Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la prevención o detección oportuna de las principales psicopatologías identificadas.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados a la población en estudio.

Trascendencia: A la larga este padecimiento traerá repercusiones económicas a nuestro sistema de salud, pues las enfermedades mentales y del comportamiento utilizan muchos recursos de nuestro sector salud, en especial por los errores cometidos por la falta de concentración.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta de reconocimiento de un trastorno mental y el estigma que conlleva padecerlo dentro de la profesión médica se relaciona con un autodiagnóstico inexacto, automedicación y falta de búsqueda de atención, lo que lleva a un mayor deterioro de la salud mental.

Como consecuencia, se documentan el bajo rendimiento académico, el desgaste, el deterioro en la atención al paciente y el suicidio, por lo que su detección y atención debe ser una prioridad.

Los trastornos mentales afectan el desempeño laboral porque la capacidad de concentración disminuye (los residentes con depresión tienen hasta un 70% de dificultad para concentrarse en comparación con el 38% de los residentes sin depresión).

El suicidio es un problema de salud pública responsable de muchas muertes anualmente en todo el mundo. La tasa de suicidios en los médicos, especialmente en las mujeres, es más alta que la de la población general. Además, se considera la única causa de muerte con mayor prevalencia entre los médicos que la población general. Se ha informado una prevalencia del 12% de ideación suicida en residentes. El suicidio se relaciona principalmente con trastornos mentales no tratados, estresores psicosociales, acceso a sustancias recetadas y conocimiento de sus dosis letales

Motivo por el cual nuestra pregunta de investigación es: ¿Cuáles son los trastornos mentales y del comportamiento presentes en personal médico en formación del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo?"

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la presencia de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el porcentaje de los médicos en formación afectados por trastornos mentales y del comportamiento en el HGZ MF NO 8
- Conocer cuáles son los principales trastornos mentales y del comportamiento que presenta el personal médico en formación del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- Observar el sexo es más predisponente a la presencia de trastornos mentales y del comportamiento.
- Analizar qué estado civil tiene mayor predisposición a presentar trastornos mentales y del comportamiento.
- Determinar en qué categoría médica se presenta con mayor frecuencia la presencia de trastornos mentales y del comportamiento.
- Analizar la relación de horas de estudio con presencia de trastornos mentales y del comportamiento.
- Determinar si el IMC tiene alguna predisposición a presentar trastornos mentales y del comportamiento.

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H_0)

Los médicos en formación del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo no presentan trastornos mentales y del comportamiento

Hipótesis alterna (H_1)

Los médicos en formación del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo presentan trastornos mentales y del comportamiento.

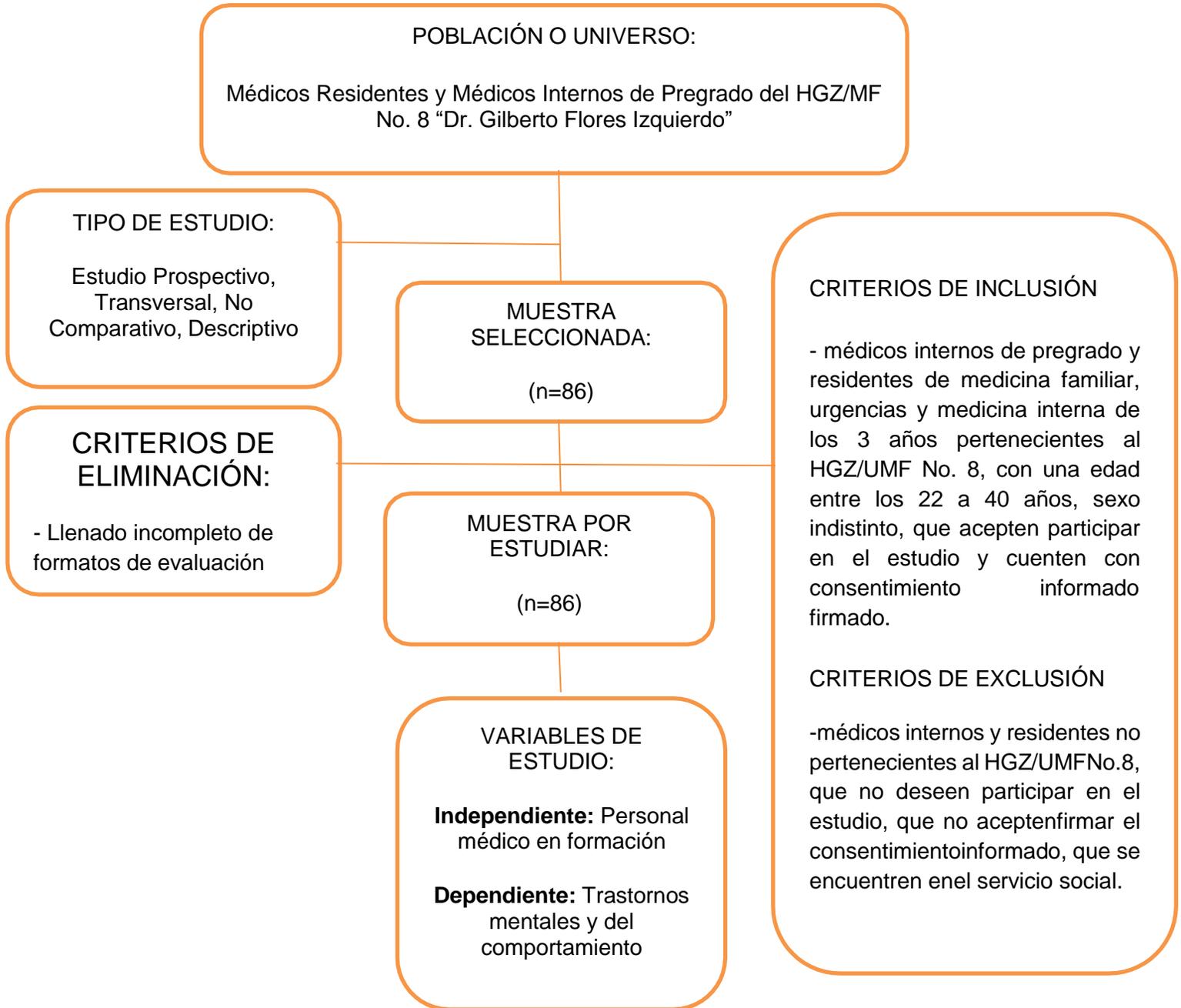
MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional

- a) DESCRIPTIVO: Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.
- b) TRANSVERSAL: Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- c) PROSPECTIVO: Según proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.
- d) OBSERVACIONAL: Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Para la realización del presente estudio, se personal médico en formación del HGZ/MF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" durante el periodo de marzo de 2020 a febrero de 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

Elaboró: Dra. Viridiana Valadez Ledesma

MUESTRA

El tamaño de la muestra fue de 86 personas en formación médica a conveniencia del investigador.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Tipo de población Urbana.

Se efectuó en el HGZ/MF No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" que se encuentra en Av. Río Magdalena No 289, Colonia Tizapán San Ángel, C.P. 01090, Delegación Álvaro Obregón en la Ciudad de México.

Personal médico en formación de marzo de 2020 a febrero de 2022.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos internos de pregrado y residentes de medicina familiar, urgencias y medicina interna de los 3 años pertenecientes al HGZ/MF No. 8.
- Con una edad entre los 22 a 40 años.
- Sexo indistinto.
- Que acepten participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado firmado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos internos y residentes no pertenecientes al HGZ/MF No.8.
- Que no deseen participar en el estudio.
- Que no acepten firmar el consentimiento informado.
- Que se encuentren en el servicio social.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Llenado incompleto de formatos de evaluación.

VARIABLES DEL ESTUDIO

SOCIODEMOGRÁFICAS:

- Edad
- Sexo
- Religión
- Estado civil

DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

- Categoría médica
- Actividad física horas a la semana
- Horas que duerme a la semana
- Promedio de la carrera.
- Hijos:
- Foráneos.
- Reciben apoyo de sus padres.
- Otra fuente de ingresos.
- Horas de estudio a la semana
- Peso
- Talla
- IMC

DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN:

- Episodio depresivo mayor
 1. No
 2. Episodio depresivo mayor actual
 3. Episodio depresivo mayor recidivante
 4. Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual
- Trastorno Distímico
 1. No
 2. Trastorno Distímico actual

- Riesgo de suicidio
 1. No
 2. Leve
 3. Moderado
 4. Alto

- Episodio (hipo)maníaco
 1. No
 2. Episodio hipomaníaco actual
 3. Episodio hipomaniaco pasado
 4. Episodio maníaco actual
 5. Episodio maniaco pasado

- Trastorno de angustia
 1. No
 2. Trastorno de angustia de por vida
 3. Crisis actual con síntomas limitados
 4. Trastorno de angustia actual

- Agorafobia
 1. No
 2. Agorafobia actual
 3. Trastorno de angustia sin agorafobia actual
 4. Trastorno de angustia con agorafobia actual
 5. Agorafobia actual sin historial de trastorno de angustia.

- Fobia social
 1. No
 2. Fobia social (trastorno de ansiedad social) actual

- Trastorno obsesivo compulsivo
 1. No
 2. Obsesiones
 3. Compulsiones
 4. Trastorno obsesivo/compulsivo actual

- Estado por estrés postraumático
 1. No
 2. Estado por estrés postraumático actual

- Abuso y dependencia de alcohol
 1. No
 2. Dependencia de alcohol actual
 3. Abuso de alcohol actual

- Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas
 1. No
 2. Dependencia de sustancias actual
 3. Abuso de sustancias actual

- Trastornos psicóticos
 1. No
 2. Trastorno psicótico actual
 3. Trastorno psicótico de por vida
 4. Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual

- Anorexia Nerviosa
 1. No
 2. Anorexia Nerviosa actual

- Bulimia Nerviosa
 1. No
 2. Bulimia nerviosa actual
 3. Anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo actual

- Trastorno de ansiedad generalizada
 1. No
 2. Trastorno de ansiedad generalizada actual

- Trastorno antisocial de la personalidad
 1. No
 2. Trastorno antisocial de la personalidad de por vida

ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable dependiente:

- Trastornos mentales y del comportamiento

Variable independiente:

- Personal médico en formación

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Variable dependiente

Trastornos mentales y del comportamiento: afecciones que impactan pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Pueden afectar la capacidad de relacionarse con los demás y funcionar cada día.

Variable independiente

Personal médico en formación: Médicos Internos de Pregrado y Médicos Residentes.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad: Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.

Sexo: Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres

Religión: Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para dar el culto.

Estado civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes

VARIABLES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Categoría médica: Grado de estudio dónde se encuentra el personal médico en formación (Estudiante, Médico interno de pregrado, Médico pasante del servicio social, Médico residente).

Actividad física: todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona.

Horas de sueño: número de horas que un individuo utiliza para dormir y descansar.

Promedio de la carrera: número que se obtiene al multiplicar la calificación definitiva de cada curso por el número de créditos de este y dividir el resultado de las sumatorias de los productos por el total de créditos cursados en la carrera.

Hijos: Persona considerada con relación a su padre y a su madre o a uno de los dos.

Foráneos: Persona que es o procede de otro lugar.

Reciben apoyo de sus padres: Económicamente reciben dinero de sus padres.

Otra fuente de ingresos: Reciben dinero de otro sitio (algún trabajo extra).

Horas de estudio: Número de horas dedicadas a estudiar.

Peso: Fuerza que ejerce un cuerpo sobre un punto de apoyo, originada por la acción del campo gravitatorio local sobre la masa del cuerpo

Talla: Estatura o altura de las personas.

Índice de masa corporal (IMC): Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Edad	Cuantitativa	Continua	Años, números enteros
Rango de edad	Cuantitativa	Continua	1=20 a 24 años 2=25 a 29 años 3= 30 a 34 años 4= más de 34 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1= Femenino 2= Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1= Soltero 2= Casado 3= Divorciado 4= Viudo 5= Unión libre
Religión	Cualitativa	Nominal	1= Católica 2 = Cristiana 3 = Otra 4 = Ninguna

Elaboró: Dra. Viridiana Valadez Ledesma

VARIABLES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Categoría medica	Cualitativa	Nominal	1= R1 MF 2=R2 MF 3= R3 MF 4= R1 MI 5= R1 UMQX 6= R2 UMQX 7= R3 UMQX 8= MIP
Actividad física	Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
Promedio de horas que duerme a la semana	Cuantitativa	Continua	Números enteros
Rango de horas que duerme a la semana	Cuantitativa	Continua	1= 10 a 29 hrs/semana 2= 30 a 49 hrs/semana 3= 50 a 69 hrs/semana 4= más de 69 hrs/semana
Promedio de la carrera	Cuantitativa	Ordinal	Números enteros.
Hijos	Cualitativa	Nominal	1= Si
			2= No
Foráneos	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Reciben apoyo de sus padres	Cualitativa	Nominal	1= Sí 2= No
Otra fuente de ingresos	Cualitativa	Nominal	1= Si 2= No
Horas de estudio a la semana	Cuantitativa	Continua	1= 10 a 29 hrs/semana 2= 30 a 49 hrs/semana 3= 50 a 69 hrs/semana 4= más de 69 hrs/semana
Peso	Cuantitativa	Continua	Números con decimal
Talla	Cuantitativa	Continua	Números con decimal
IMC	Cuantitativa	Continua	1= < 18.5 2= 18.5 – 24.9 3= 25 – 29.9 4= 30 – 34.9 5= 35 – 39.9 6= >40

Elaboró: Dra. Viridiana Valadez Ledesma

VARIABLES DEL INSTRUMENTO

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
Episodio depresivo mayor	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No 2. Episodio depresivo mayor actual 3. Episodio depresivo mayor recidivante 4. Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual
Trastorno Distímico	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No 2. Trastorno Distímico actual
Riesgo de suicidio	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No 2. Leve 3.Moderado 4. Alto
Episodio (hipo)maniaco	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No
			<ol style="list-style-type: none"> 2. Episodio hipomaniaco actual 3. Episodio hipomaniaco pasado 4. Episodio maniaco actual 5. Episodio maniaco pasado
Trastorno de angustia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No 2. Trastorno de angustia de por vida 3.Crisis actual con síntomas limitados 4. Trastorno de angustia actual
Agorafobia	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No 2. Agorafobia actual 3. Trastorno de angustia sin agorafobia actual 4. Trastorno de angustia con agorafobia actual 5.Agorafobia actual sin historial de trastorno de angustia
Fobia social	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1.No 2. Fobia social (trastorno de ansiedad social) actual

Trastorno-obsesivo-compulsivo	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Obsesiones 3.Compulsiones 4.Trastorno obsesivo/compulsivo actual
Estado por estrés postraumático	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Estado por estrés postraumático actual
Abuso y dependencia de alcohol	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Dependencia de alcohol actual 3.Abuso de alcohol actual
Trstornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Dependencia de sustancias actual 3. Abuso de sustancias actual
Trastornos psicóticos	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Trastorno psicótico actual 3.Trastorno psicótico de por vida 4.Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual
Anorexia Nerviosa	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Anorexia Nerviosa actual
Bulimia Nerviosa	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Bulimia nerviosa actual 3. Anorexia nerviosa tipo compulsivo/purgativo actual
Trastorno de ansiedad generalizada	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Trstorno de ansiedad generalizada actual
Trastorno antisocial de la personalidad	Cualitativa	Nominal	1.No 2.Trstorno antisocial de la personalidad de por vida

DISEÑO ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 26 de Mac. Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central (media, mediana y moda), medidas de dispersión (desviación estándar, rango, valor máximo y mínimo), además de medidas de distribución de frecuencias y porcentajes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

La MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Se han realizado estudios de validez y de confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18,7 ± 11,6 minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Los entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. Cuenta con una especificidad y una sensibilidad de 85%. ANEXO 1

Interpretación:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren respuestas de sí o no.

La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris una o varias preguntas filtro correspondiente a los criterios diagnósticos principales del trastorno.

Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Dentro del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 se identificará al personal médico en formación de ambos sexos entre los 22 a 40 años de edad que estuvieran cursando internado médico de pregrado o residencia médica. En dicha sede se explicaron los motivos por los cuales se está realizando el estudio. Se procederá a aplicar tanto la hoja de recolección que se creó para recabar la información de las variables sociodemográficas (anexo 2), así como el instrumento de evaluación Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), con previa autorización y firma de consentimiento informado (anexo 3) para participar en el estudio.

Se realizó la recolección de las encuestas y el concentrado de la información en una hoja de trabajo de Excel, posteriormente se realizó el análisis de datos con el Programa SPSS 26 MAC.

CONTROL DE SEGOS DE INFORMACION:

- Se realizó una revisión sistemática de literatura médica basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos se sometió a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de selección:

- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Control de sesgos de medición:

- Se aplicó el instrumento MINI con una especificidad y sensibilidad de 85%.

Control de sesgos de análisis:

- Se verificaron los datos recabados.
- Se analizaron mediante S.P.S.S versión 26 de MAC.
- Se utilizaron para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central, dispersión, proporciones con intervalos de confianza, frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados.

PRUEBA PILOTO

- Se utilizará para evaluar un instrumento ya validado en estudios previos por lo que no se realizará prueba piloto.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TÍTULO DE LA TESIS:

IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

2020- 2021

FECHA	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	OCT 2020	NOV 2020	DIC 2020	ENE 2021	FEB 2021
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERACIONES ETICAS						X						
RECURSOS							X					
BIBLIOGRAFIA								X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS												X

(PENDIENTE + /APROBADO X) Autores: Valadez Ledesma Viridana 1, Sandoval Ibarra Lucia², Vilchis Chaparro Eduardo³, Maravillas Estrada Angélica⁴

2021-2022

FECHA	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021	JUN 2021	JUL 2021	AGO 2021	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022
PRUEBA PILOTO	+											
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO		X	X	X								
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS									X			
ANALISIS DE DATOS									X			
DESCRIPCION DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS											X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL											X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES												X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACION												X

(PENDIENTE + /APROBADO X) Autores: Valadez Ledesma Viridana¹, Sandoval Ibarra Lucia², Vilchis Chaparro Eduardo³, Maravillas Estrada Angélica⁴

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador. Viridiana Valadez Ledesma
- Director de protocolo: Sandoval Ibarra Lucia
- Aplicador de encuestas. Viridiana Valadez Ledesma
- Recolector de datos: Viridiana Valadez Ledesma
- Asesor metodológico: Eduardo Vilchis Chaparro
- Asesor clínico: Maravillas Estrada Angélica

Físicos:

- Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Materiales:

- Instrumento de evaluación Entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	8000
	Impresora	1	1500
	Tinta para impresora	1	1000
	Hojas blancas	800	750
	Lápices	10	30
	Internet	1	800
	Fotocopias	800	800
	Calculadora	1	250
	Programa SPSS	1	7500
		Diccionario	1
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		21130

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el Informe Belmont en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio clase II, con riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los alumnos.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

3. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
4. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación. Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio es determinar el Impacto de la pandemia de COVID-19 en el desempeño y experiencia académica de los Médicos Internos de Pregrado IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ/MF NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contará con un consentimiento informado.
- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

RESULTADOS

Se estudiaron 86 médicos en formación, del HGZ/MF No 8. La media de edad fue de 27,84 años, mediana de 28 años y moda de 28 años. La desviación estándar de 3.603 años, con un valor mínimo de 22 años y valor máximo de 40 años.

Donde de los participantes 56(65,1%) fueron del sexo femenino y 30(34,9%) del masculino. (ver tabla y gráfica 1)

El estado civil en el que se encontraban en el momento del estudio fue 63(73,3%) solteros, 8(9,3%) casados y 15(17,4%) en unión libre. (ver tabla y gráfica 2)

Las religiones encontradas fueron la católica 60(69,8%), cristiana 11 (12,8%), otra 3 (3,5%) y ninguna 12 (14%). (ver tabla y gráfica 3)

Las categorías médicas participantes fueron R1MF 17(19,8%), R2MF 17(19,8%), R3MF 7(8,1%), R1MI 10(11,6%), R1UMQX 7 (8,1%), R2UMQX 6(7,0%), R3UMQX 2(2,3%) y MIP 20(23,3%). (ver tabla y gráfica 4)

Las horas de sueño/semana reportadas encontramos en el rango de 10 a 29 hrs/semana 22(25,6%), de 30 a 49 hrs/semana 47(54,7%) y de 50 a 69 hrs/semana 17(19,8%). (ver tabla y gráfica 5)

En cuanto a si reciben apoyo de sus padres observamos que 57(66,3%) si lo recibía y 29(33,7%) no lo recibía. (ver tabla y gráfica 6)

En la sección de Rango de horas de estudio/semana en el rango de 10 a 29 hrs/semana 32(37,2%), de 30 a 49 hrs/semana 37(43%), de 50 a 69 hrs/semana 15(17,4%) y más de 69 hrs/semana 2(2,3%). (ver tabla y gráfica 7)

Referente al IMC se observó que los participantes se encontraban en el rango <18.5 1(1,2%), de 18.5 a 24.9 47(54,7%), de 25 a 29.9 31(36%), de 30 a 34.9 5 (5,8%) y de 35 a 39.9 2 (2,3%). (ver tabla y gráfica 8)

Se identificó que 46(53,5%) de los participantes presentaron trastornos mentales y del comportamiento y 40 (46,5%) no los presentaron. (ver tabla y gráfica 9)

De los trastornos mentales y del comportamiento que se identificaron en los médicos en formación del Hospital general de Zona con Medicina Familiar No 8 fueron Episodio Depresivo Mayor (EDM) 18(20,9%), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) 18 (20,9%), Trastorno de Angustia (TA) 16(18,6%), Episodio Hipomaniaco (EHM) 15(17,4%), Agorafobia (AGO) 9 (10,5%), Riesgo de suicidio (RS), fobia social (FS) y abuso y dependencia de alcohol (AD OH)6(7%), Trastorno Obsesivo compulsivo (TOC) y Bulimia Nerviosa (BN) 4 (4,7%), Estado de estrés postraumático EEP 3(3,5%), Trastorno distimico (TD) 2(2,3%) y Uso y Abuso de Sustancias Psicoactivas (UA SP) 1 (1,2%). (ver tabla y gráfica 10)

En el apartado Episodio depresivo mayor y sexo, se encontró que del género femenino 43(50%) no tienen, 5(5,8%) tienen episodio depresivo mayor actual, 5(5,8%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 3(3,5%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. En el género masculino 25(29,1%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual y 4(4,7%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. (ver tabla y gráfica 11)

En la sección Episodio depresivo mayor y estado civil, se observó en soltero 52(60,5%) no tienen, 5(5,8%) tienen episodio depresivo mayor actual, 3(3,5%) tienen episodio depresivo mayor recidivante, 3(3,5%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. En casados 6(7%) no tienen y 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. En unión libre 10(11,6%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual, 4(4,7%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 3(3,5%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. (ver tabla y gráfica 12)

Episodio depresivo mayor y categoría, se encontró que los R1 MF 15(17,4%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual, y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. En los R2 MF 14(16,3%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. En los R3 MF 5(5,8%) no tienen y 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. En los R1 MI 7(8,1%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual y 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. En los R1 UMQ 6(7%) no tienen y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. En los R2 UMQ 5(5,8%) no tienen, y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. En los R3 UMQ 1(1,2%) no tienen y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. En los MIP 15(17,4%) no tienen, 3(3,5%) tienen episodio depresivo mayor actual, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. (ver tabla y gráfica 13)

Episodio depresivo mayor y horas de sueño/semana, se observó en el rango de 10 a 29 hrs/semana 19(22,1%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. De 30 a 49 hrs/semana 36(41,9%) no tienen, 3(3,5%) tienen episodio depresivo mayor actual, 6(7%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. De 50 a 69 hrs/semana 13(15,1%) no tienen, 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor actual y 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. (ver tabla y gráfica 14)

Episodio depresivo mayor y horas de estudio/semana en el rango de 10 a 29 hrs/semana 28(32,6%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual y 3(3,5%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. De 30 a 49 hrs/semana 26(30,2%) no tienen, 4(4,7%) tienen episodio depresivo mayor actual, 5(5,8%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. De 50 a 69 hrs/semana 12(14%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. Más de 69 hrs/semana 2(2,3%) no tienen. (ver tabla y gráfica 15)

Episodio depresivo mayor e IMC, se observó en el rango <18.5 1(1,2%) no tienen. En el rango 18.5 a 24.9 41(47,7%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual y 5(35,8%) tienen episodio depresivo mayor recidivante. En el rango 25 a 29.9 23(26,7%) no tienen, 4(4,7%) tienen episodio depresivo mayor actual, 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. En el rango 30 a 34.9 1(1,2%) no tienen, 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor actual, 2(2,3%) tienen episodio depresivo mayor recidivante y 1(1,2%) tienen episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos actual. En el rango 35 a 39.9 2(2,3%) no tienen. (ver tabla y gráfica 16)

En el apartado Trastorno de ansiedad generalizada y sexo, se encontró que del género femenino 45(52,3%) no tienen y 11(12,8%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En el género masculino 23(26,7%) no tienen, y 7(8,1%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. (ver tabla y gráfica 17)

En la sección Trastorno de ansiedad generalizada y estado civil, se observó soltero 48(55,8%) no tienen y 15(17,4%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En casado 8(9,3%) no tienen. En unión libre 12(14%) no tienen y 3(3,5%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. (ver tabla y gráfica 18)

Trastorno de ansiedad generalizada y categoría, se encontró que los R1 MF 16(18,6%) no tienen y 1(1,2%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En los R2 MF 14(16,3%) no tienen y 3(3,5%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En los R3 MF 5(7%) no tienen y 1(1,2%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En los R1 MI 8(9,3%) no tienen y 2(2,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En los R1 UMQ 5(5,8%) no tienen y 2(2,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En los R2 UMQ 4(54,7%) no tienen, y 2(2,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En los R3 UMQ 1(1,2%) no tienen y 1(1,2%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En los MIP 14(16,3%) no tienen, y 6(7%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. (ver tabla y gráfica 19)

Trastorno de ansiedad generalizada y horas de sueño/semana, se observó en el rango de 10 a 29 hrs/semana 17(19,8%) no tienen y 5(5,8%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. De 30 a 49 hrs/semana 39(45,3%) no tienen y 8(9,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. De 50 a 69 hrs/semana 12(14%) no tienen y 5(5,8%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. (ver tabla y gráfica 20)

Trastorno de ansiedad generalizada y horas de estudio/semana se observó en el rango de 10 a 29 hrs/semana 27(31,4%) no tienen y 5(5,8) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. De 30 a 49 hrs/semana 29(33,7%) no tienen, y 8(9,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. De 50 a 69 hrs/semana 12(14%) no tienen y 3(3,5%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. Más de 69 hrs/semana 2(2,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. (ver tabla y gráfica 21)

Trastorno de ansiedad generalizada e IMC, se observó en el rango <18.5 1(1,2%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En el rango 18.5 a 24.9 41(47,7%) no tienen y 6(7%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En el rango 25 a 29.9 23(26,7%) no tienen y 8(9,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En el rango 30 a 34.9 4(4,7%) no tienen y 1(1,2%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. En el rango 35 a 39.9 2(2,3%) tienen trastorno de ansiedad generalizada actual. (ver tabla y gráfica 22)

En la relación Religión-Abuso y dependencia de alcohol, se observó que de los que profesan la religión católica no presentan el trastorno 57(66,3%) y presentan dependencia 3(3,5%); los que profesan la religión cristiana no presentan el trastorno 11(12,8%), de los que profesan otra religión no presentan el trastorno 3(3,5%) y de los que no profesan ninguna religión, no presentan el trastorno 9(10,5%), presentan dependencia 1(1,2%) y presentan abuso 2(2,3%).

(ver tabla y gráfica 23)

En la relación Religión-Trastorno de Ansiedad generalizada se encontró que de los que profesan la religión católica no presentan el trastorno 49(57%) y 11(12,8%) si lo presenta; de la religión cristiana no presentan el trastorno 5(5,8%) y 6(7%) si lo presenta; de los que profesan otra religión no presentan el trastorno 3(3,5%) y de los que no profesan ninguna religión no presentan el trastorno 11(12,8%) y 1(1,2%) si lo presenta. (ver tabla y gráfica 24)

En la relación categoría médica-Episodio hipomaniaco se encontró que de los R1MF 16(18,6%) no presentan el trastorno y 1(1,2%) presentó episodio maniaco pasado; de los R2MF 17(19,8%) no presentan el trastorno ; de los R3MF 5(5,8%) no presentaron el trastorno, 1(1,2%) presentaron episodio hipomaniaco pasado y 1(1,2%) presentaron episodio maniaco pasado; de los R1MI 4(4,7%) no presentaron el trastorno, 5(5,8%) presentaron episodio hipomaniaco pasado y 1(1,2%) presentaron episodio maniaco pasado; de los R1UMQ 6(7%) no presentaron el trastorno y 1(1,2%) presentó episodio hipomaniaco pasado; de los R2UMQ 6(7%) no presentaron el trastorno; de los R3UMQ 1(1,2%) no presentaron el trastorno y 1(1,2%) presentaron episodio hipomaniaco pasado y de los MIP 16(18,6%) no presentaron el trastorno, 2(2,3%) presentó episodio hipomaniaco pasado y 2(2,3%) presentó episodio maniaco pasado. (ver tabla y gráfica 25)

En la relación Horas de sueño / semana-Distimia se encontró que de los encuestados que duermen de 10 a 29 horas no presentan distimia 20(23,3%) y 2(2,3%) si la presentan; de los que duermen de 30 a 49 horas no presentan distimia 47(54,7%) y de los que duermen de 50 a 69 horas no presentan distimia 17(19,8%). (ver tabla y gráfica 26)

En la relación IMC-Bulimia, se encontró que los que presentan IMC <18 no presentó el trastorno 1(1,2%); de 18.5 a 24.9 no presentó el trastorno 46(53,5%) y si lo presentó 1(1,2%); de 25 a 29.9 no presentó el trastorno 30(34,9%) y si lo presento 1(1,2%); de 30 a 34.9 no presentó el trastorno 3(3,5%) y si lo presento 2(2,3%) y de 35 a 39.9 no presentó el trastorno 2(2,3%). (ver tabla y gráfica 27)

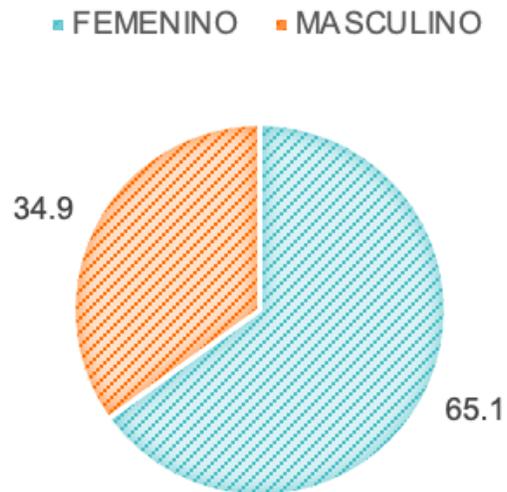
TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1. SEXO DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
FEMENINO	56	65.1
MASCULINO	30	34.9
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 1. SEXO DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".



Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

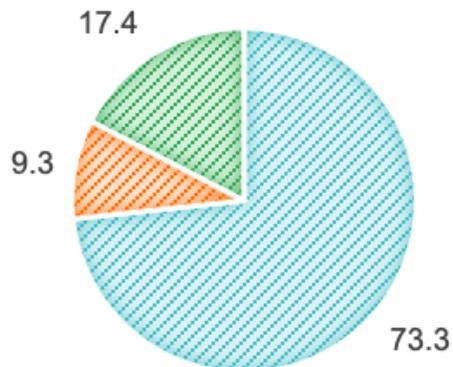
TABLA 2. ESTADO CIVIL DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SOLTERO	63	73.3
CASADO	8	9.3
UNIÓN LIBRE	15	17.4
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 2. ESTADO CIVIL DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".

■ soltero ■ casado ■ unión libre



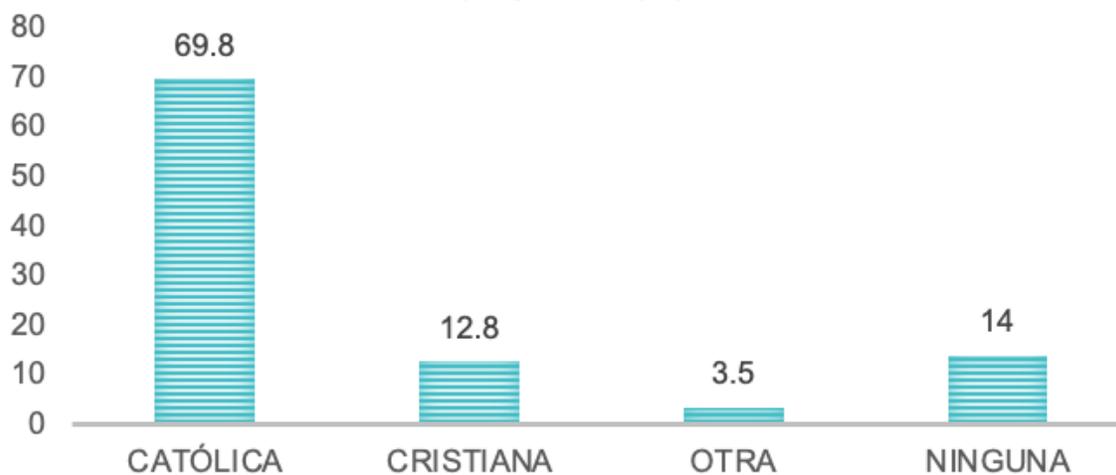
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 3. RELIGIÓN DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
CATÓLICA	60	69.8
CRISTIANA	11	12.8
OTRA	3	3.5
NINGUNA	12	14
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 3. TABLA 3. RELIGIÓN DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".



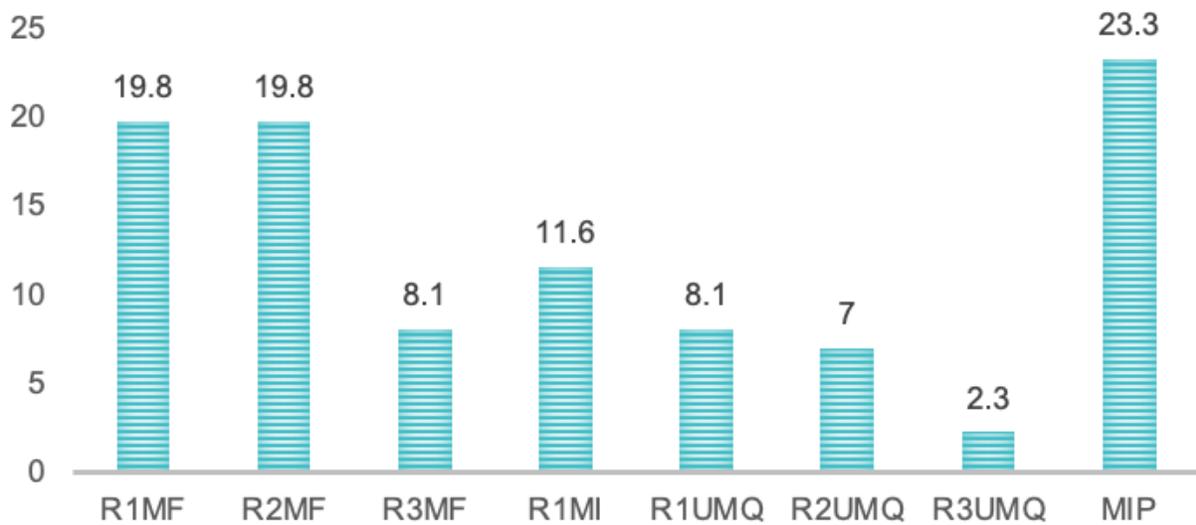
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 4. CATEGORÍA DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO “IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8”.

CATEGORÍA MÉDICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
R1MF	17	19.8
R2MF	17	19.8
R3MF	7	8.1
R1MI	10	11.6
R1UMQ	7	8.1
R2UMQ	6	7
R3UMQ	2	2.3
MIP	20	23.3
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 4. CATEGORÍA DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO “IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8”.



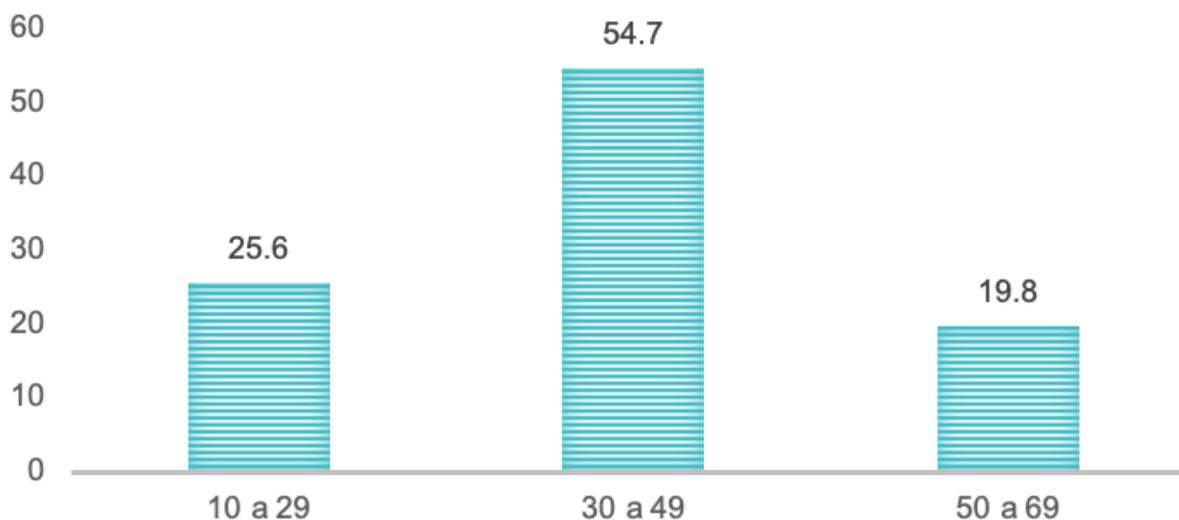
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 5. HORAS DE SUEÑO / SEMANA DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".

HORAS DE SUEÑO/SEMANA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
10 A 29	22	25.6
30 A 49	47	54.7
50 A 69	17	19.8
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 5. HORAS DE SUEÑO / SEMANA DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".



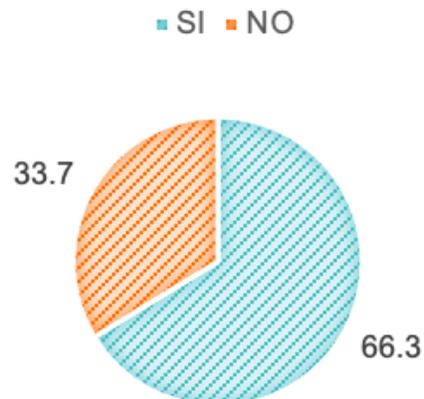
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 6. APOYO DE LOS PADRES DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".

APOYO DE LOS PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	57	66.3
NO	29	33.7
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 6. APOYO DE LOS PADRES DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".



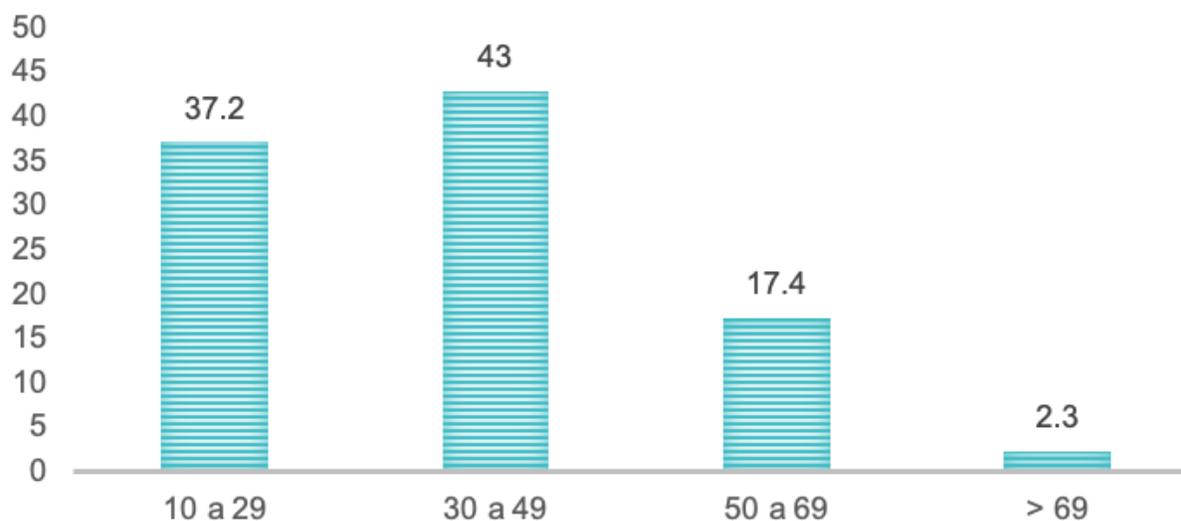
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 7. HORAS DE ESTUDIO / SEMANA EN LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO “IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8”.

HORAS DE ESTUDIO / SEMANA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
10 a 29	32	37.2
30 a 49	37	43
50 a 69	15	17.4
> 69	2	2.3
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 7. HORAS DE ESTUDIO / SEMANA EN LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO “IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8”.



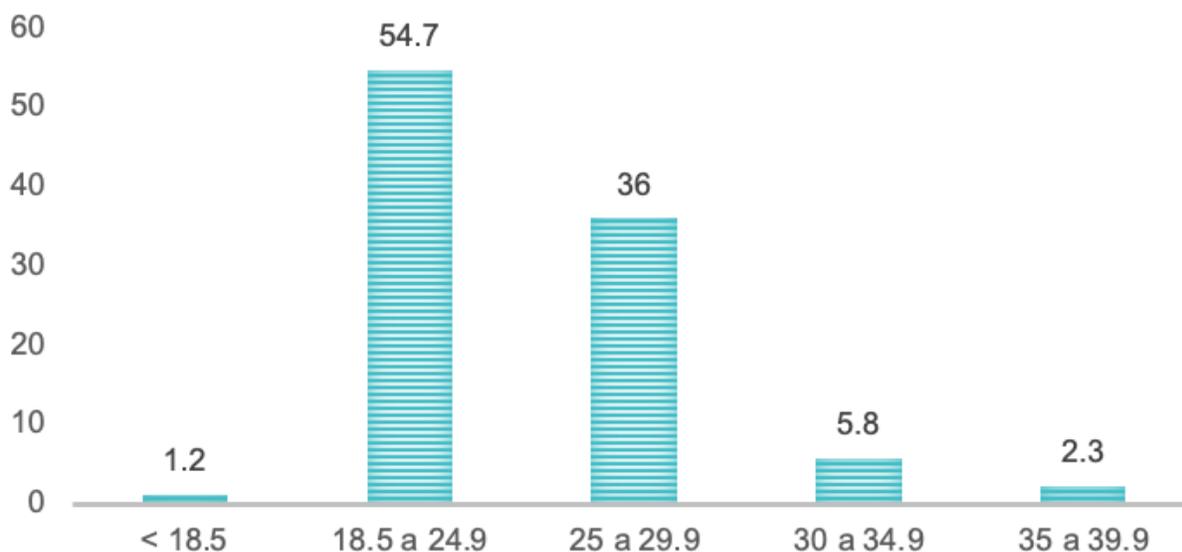
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 8. IMC DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".

IMC	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<18.5	1	1.2
18.5 a 24.9	47	54.7
25 a 29.9	31	36
30 a 34.9	5	5.8
35 a 39.9	2	2.3
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 8. IMC DE LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO "IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8".



Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 9. PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO IDENTIFICADOS EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ / MF NO 8.		
PRESENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SI	46	53.5
NO	40	46.5
TOTAL	86	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

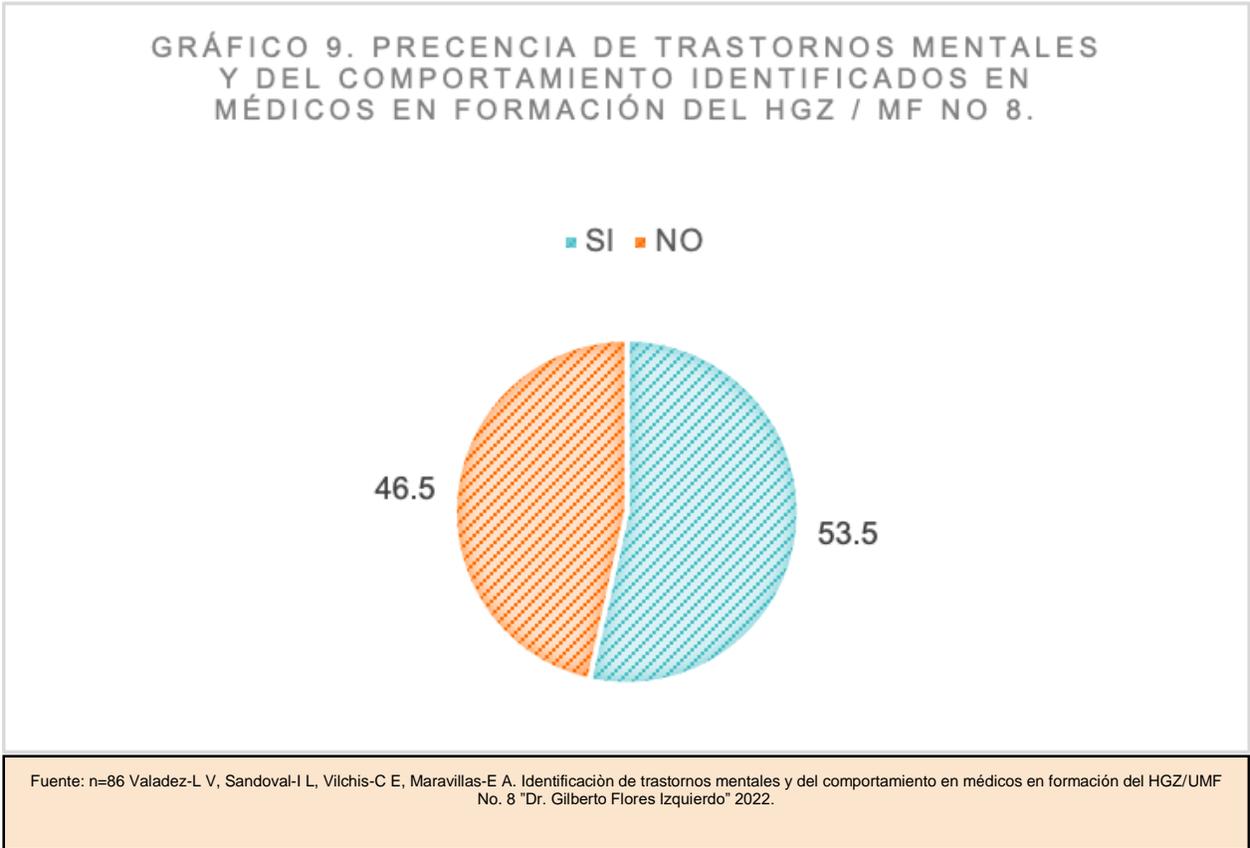


TABLA 10. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE SE IDENTIFICARON EN LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO 8

	FREC	%
EDM	18	20.9
TAG	18	20.9
TA	16	18.6
EHM	15	17.4
AGO	9	10.5
RS	6	7
FS	6	7
AD OH	6	7
TOC	4	4.7
BN	4	4.7
EEP	3	3.5
TD	2	2.3
UA SP	1	1.2

EDM. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, TAG. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, TA. TRASTORNO DE ANGUSTIA, EHM. EPISODIO HIPOMANIACO, AGO. AGORAFOBIA, RS. RIESGO DE SUICIDIO, FS. FOBIA SOCIAL, AD OH. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL, TOC. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, BN. BULIMIA NERVIOSA, EEP. EPISODIO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, TD, TRASTORNO DE DISTIMIA, UA SP. USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE SE IDENTIFICARON EN LOS MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO 8



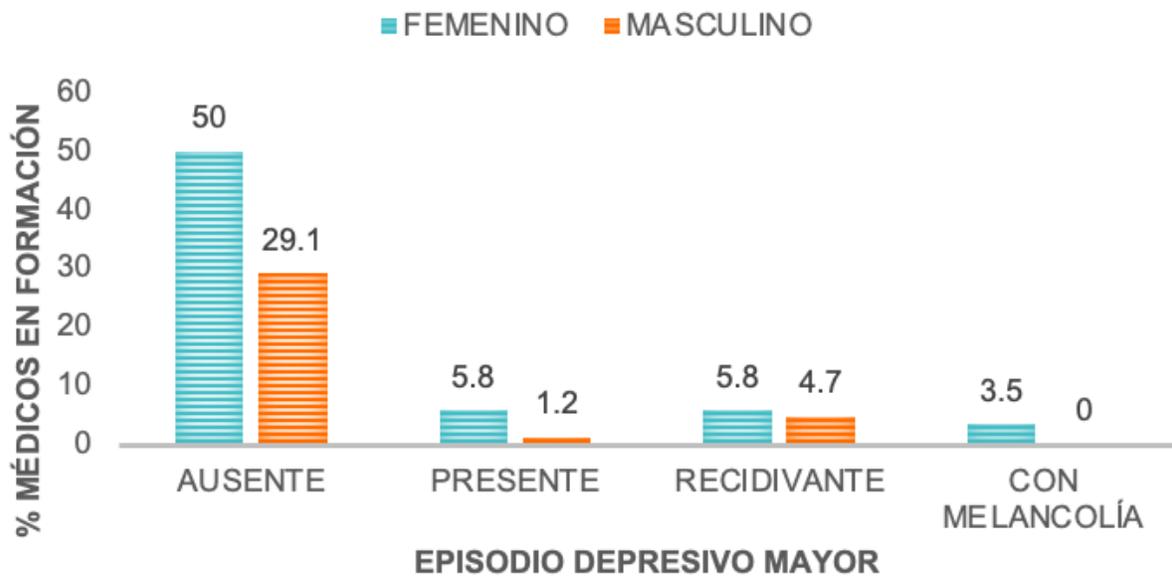
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 11. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y SEXO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ / MF NO 8

SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	Frec	%	Frec	%
AUSENTE	43	50	25	29.1
PRESENTE	5	5.8	1	1.2
RECIDIVANTE	5	5.8	4	4.7
CON MELANCOLÍA	3	3.5	0	0
TOTAL	56	100	30	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 11. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y SEXO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ / MF NO 8



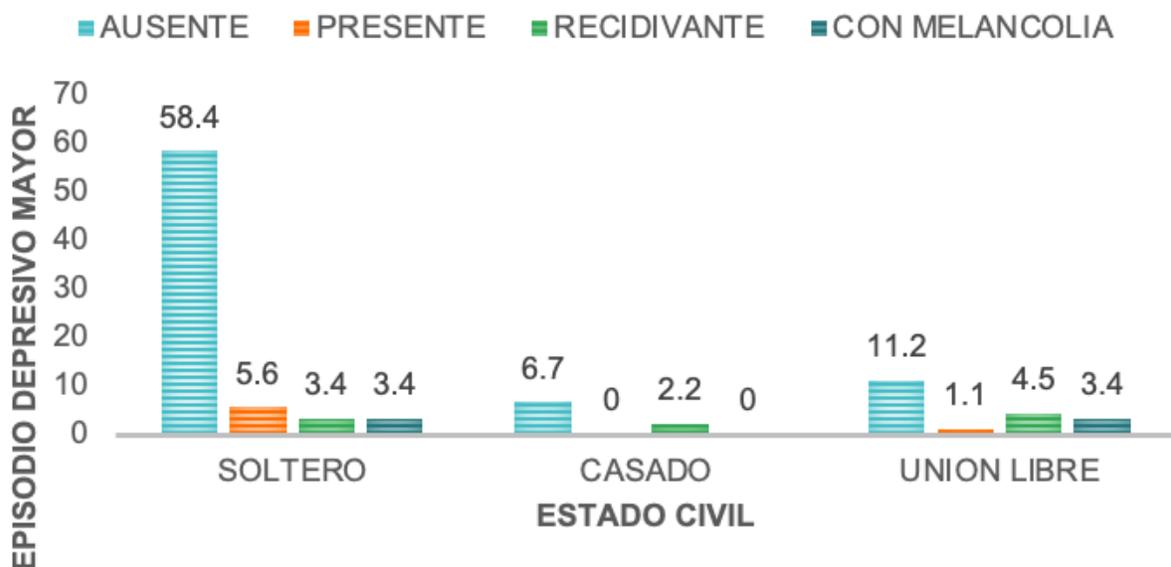
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 12. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y ESTADO CIVIL EN MÈDICOS E FORMACIÒN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

ESTADO CIVIL	SOLTERO		CASADO		UNIÒN LIBRE	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	52	58.4	6	6.7	10	11.2
PRESENTE	5	5.6	0	0	1	1.1
RECIDIVANTE	3	3.4	2	2.2	4	4.5
CON MELANCOLIA	3	3.4	0	0	3	3.4
TOTAL	63	100	8	100	18	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificaciòn de trastornos mentales y del comportamiento en mèdicos en formaciòn del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

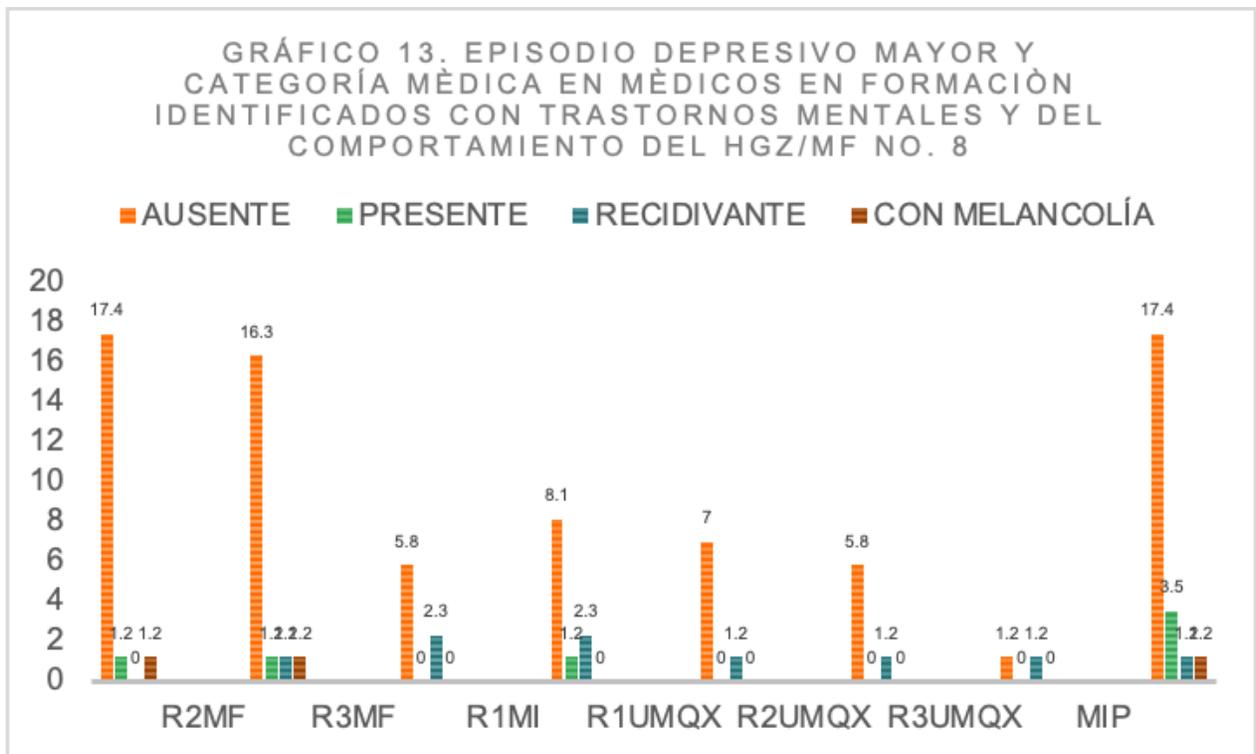
GRÁFICO 12. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y ESTADO CIVIL EN MÈDICOS E FORMACIÒN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificaciòn de trastornos mentales y del comportamiento en mèdicos en formaciòn del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 13. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y CATEGORÍA MÉDICA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8																
CATEGORÍA MÉDICA	R1MF		R2MF		R3MF		R1MI		R1UMQX		R2UMQX		R3UMQX		MIP	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	15	17.4	14	16.3	5	5.8	7	8.1	6	7	5	5.8	1	1.2	15	17.4
PRESENTE	1	1.2	1	1.2	0	0	1	1.2	0	0	0	0	0	0	3	3.5
RECIDIVANTE	0	0	1	1.2	2	2.3	2	2.3	1	1.2	1	1.2	1	1.2	1	1.2
CON MELANCOLÍA	1	1.2	1	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.2
TOTAL	17	100	17	100	7	100	10	100	7	100	6	100	2	100	20	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.



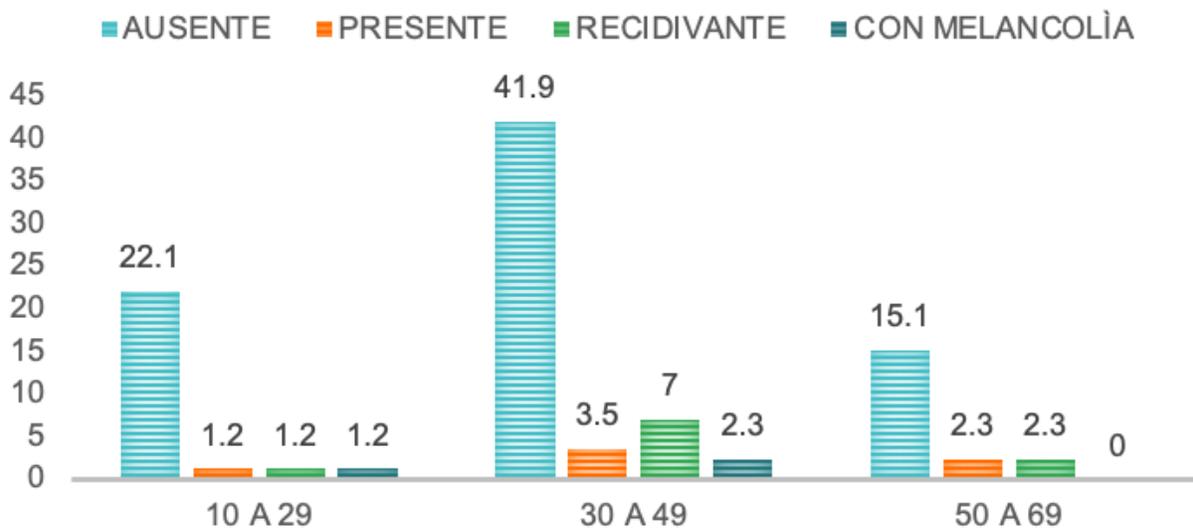
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 14.. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y HORAS DE SUEÑO/SEMANA EN MÈDICOS E FORMACIÒN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

HORAS DE SUEÑO/SEMANA	10 A 29		30 A 49		50 A 69	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	19	22.1	36	41.9	13	15.1
PRESENTE	1	1.2	3	3.5	2	2.3
RECIDIVANTE	1	1.2	6	7	2	2.3
CON MELANCOLIA	1	1.2	2	2.3	0	0
TOTAL	22	100	47	100	17	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificaciòn de trastornos mentales y del comportamiento en mèdicos en formaciòn del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 14.. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y HORAS DE SUEÑO/SEMANA EN MÈDICOS E FORMACIÒN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



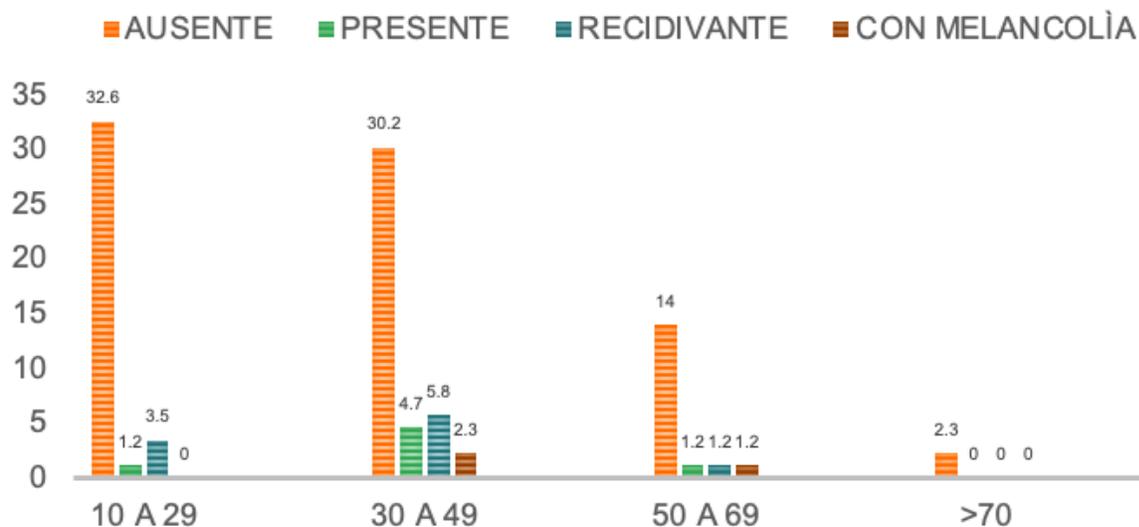
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificaciòn de trastornos mentales y del comportamiento en mèdicos en formaciòn del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 15. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y HORAS DE ESTUDIO/SEMANA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

HORAS DE ESTUDIO/SEMANA	10 A 29		30 A 49		50 A 69		>70	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	28	32.6	26	30.2	12	14	2	2.3
PRESENTE	1	1.2	4	4.7	1	1.2	0	0
RECIDIVANTE	3	3.5	5	5.8	1	1.2	0	0
CON MELANCOLIA	0	0	2	2.3	1	1.2	0	0
TOTAL	32	100	37	100	15	100	2	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TÍTULO DEL GRÁFICO 15. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Y HORAS DE ESTUDIO/SEMANA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



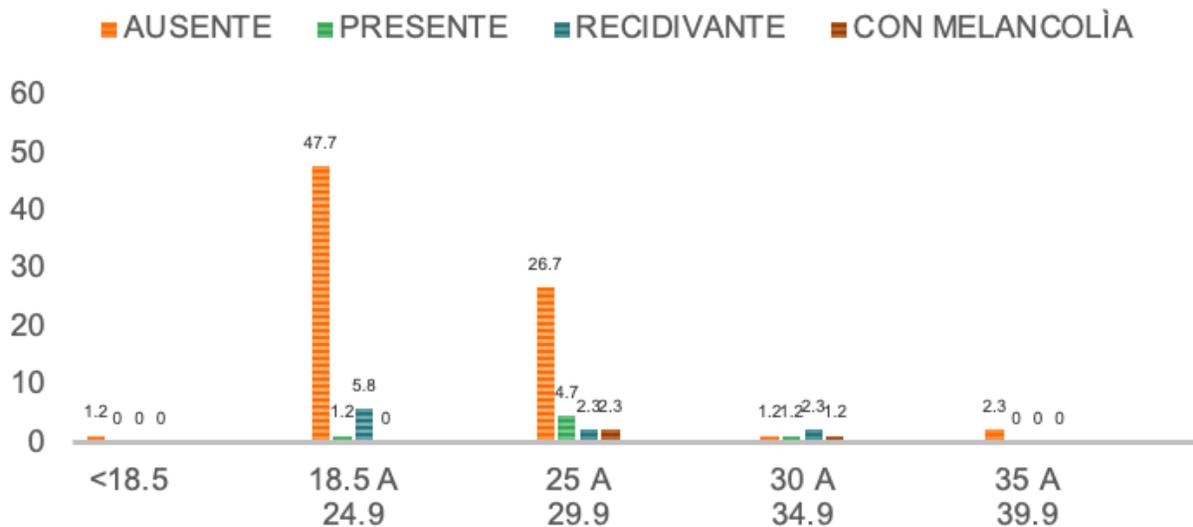
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 16. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

IMC	<18.5		18.5 A 24.9		25 A 29.9		30 A 34.9		35 A 39.9	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	1	1.2	41	47.7	23	26.7	1	1.2	2	2.3
PRESENTE	0	0	1	1.2	4	4.7	1	1.2	0	0
RECIDIVANTE	0	0	5	5.8	2	2.3	2	2.3	0	0
CON MELANCOLIA	0	0	0	0	2	2.3	1	1.2	0	0
TOTAL	1	100	47	100	31	100	5	100	2	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 16. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



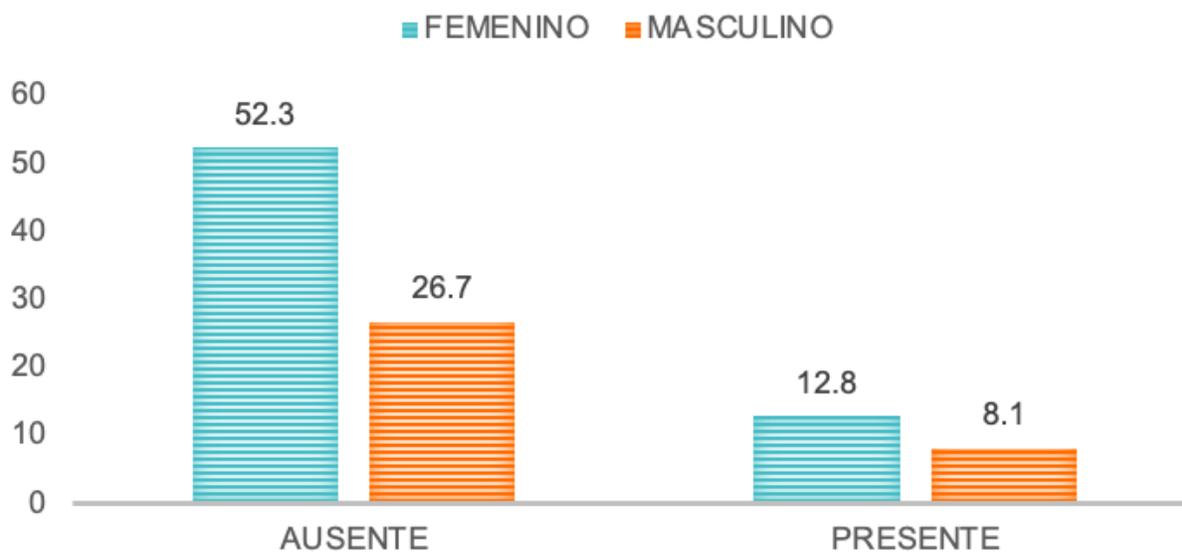
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 17. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y SEXO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

SEXO	FEMENINO		MASCULINO	
	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	45	52.3	23	26.7
PRESENTE	11	12.8	7	8.1
TOTAL	56	100	30	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 17. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y SEXO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



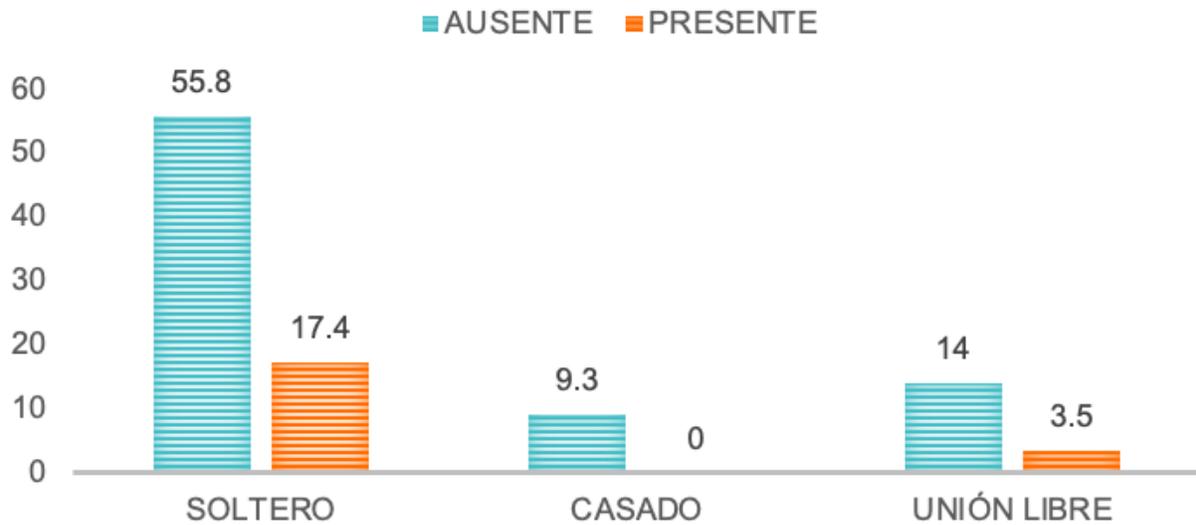
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 18. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y ESTADO CIVIL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

ESTADO CIVIL	SOLTERO		CASADO		UNIÓN LIBRE	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	48	55.8	8	9.3	12	14
PRESENTE	15	17.4	0	0	3	3.5
TOTAL	63	100	8	100	15	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TÍTULO DEL GRÁFICO 18. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y ESTADO CIVIL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



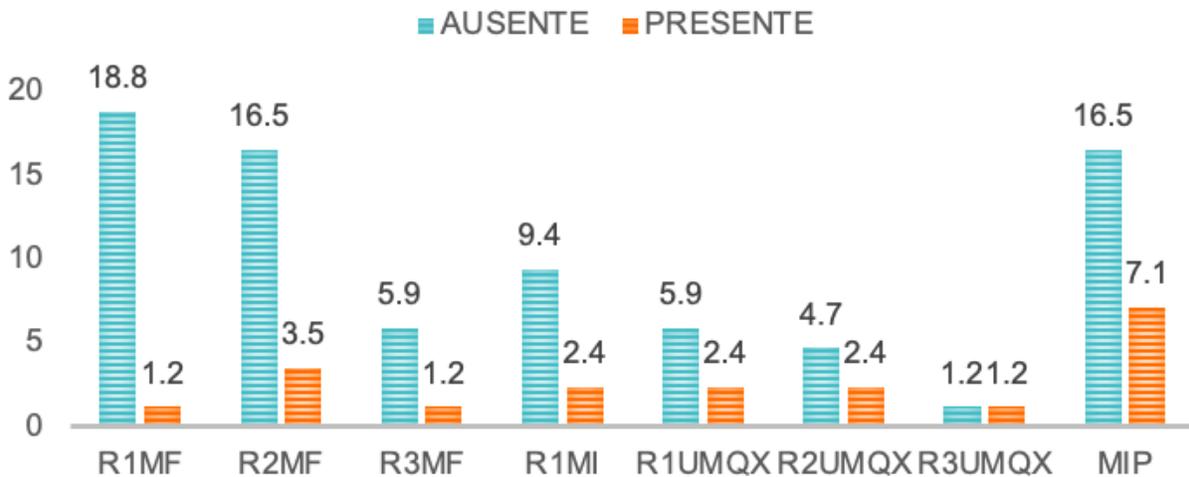
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 19. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y CATEGORÍA MÈDICA EN MÈDICOS EN FORMACIÒN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

CATEGORÍA MÈDICA	R1MF		R2MF		R3MF		R1MI		R1UMQX		R2UMQX		R3UMQX		MIP	
	FR EC	%	FR EC	%	FR EC	%	FR EC	%	FR EC	%	FR EC	%	FR EC	%	FR EC	%
AUSENTE	16	18.8	14	16.5	5	5.9	8	9.4	5	5.9	4	4.7	1	1.2	14	16.5
PRESENTE	1	1.2	3	3.5	1	1.2	2	2.4	2	2.4	2	2.4	1	1.2	6	7.1
TOTAL	17	100	17	100	6	100	10	100	7	100	6	100	2	100	20	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificaciòn de trastornos mentales y del comportamiento en mèdicos en formaciòn del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 19. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y CATEGORÍA MÈDICA EN MÈDICOS EN FORMACIÒN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



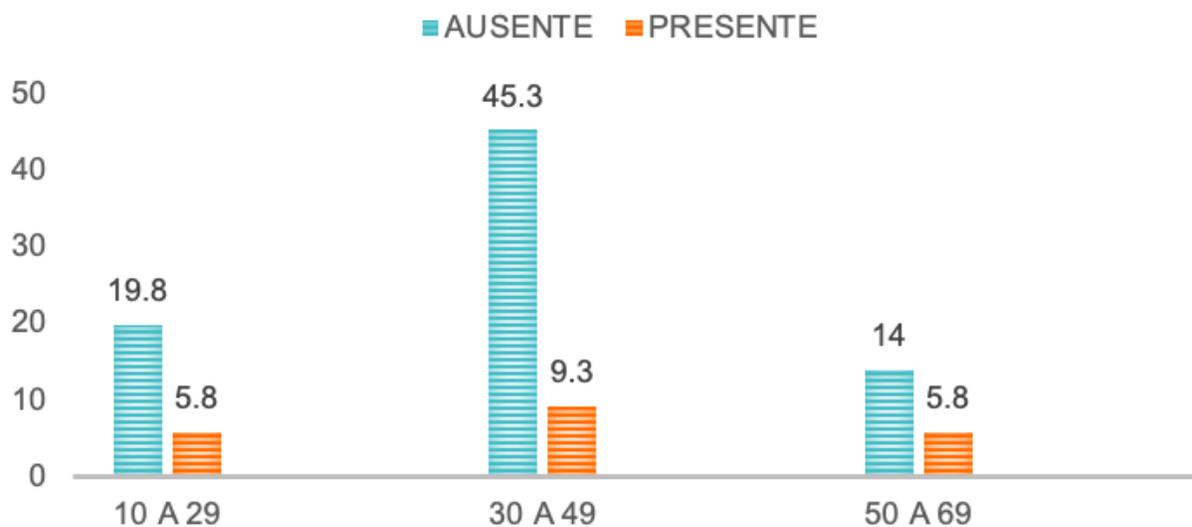
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificaciòn de trastornos mentales y del comportamiento en mèdicos en formaciòn del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 20. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y HORAS DE SUEÑO/SEMANA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

HORAS DE SUEÑO/SEMANA	10 A 29		30 A 49		50 A 69	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	17	19.8	39	45.3	12	14
PRESENTE	5	5.8	8	9.3	5	5.8
TOTAL	22	100	47	100	17	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 20. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y HORAS DE SUEÑO/SEMANA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



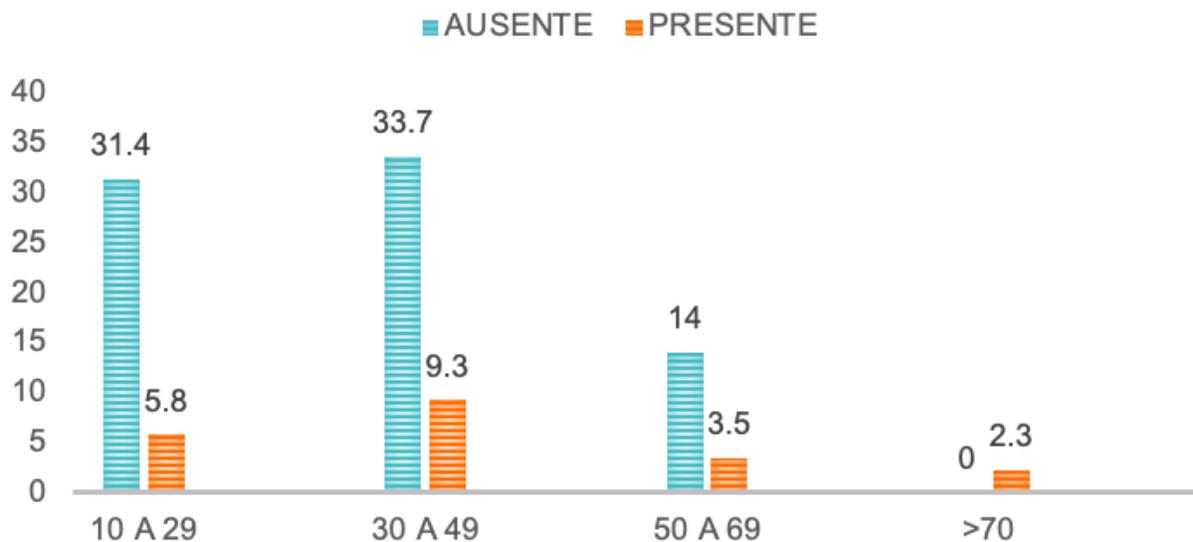
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 21. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y HORAS DE ESTUDIO/SEMANA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

HORAS DE ESTUDIO/SEMANA	10 A 29		30 A 49		50 A 69		>70	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	27	31.4	29	33.7	12	14	0	0
PRESENTE	5	5.8	8	9.3	3	3.5	2	2.3
TOTAL	32	100	37	100	15	100	2	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 21. TRASTORNO DE ANSIEDAD Y HORAS DE ESTUDIO/SEMANA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



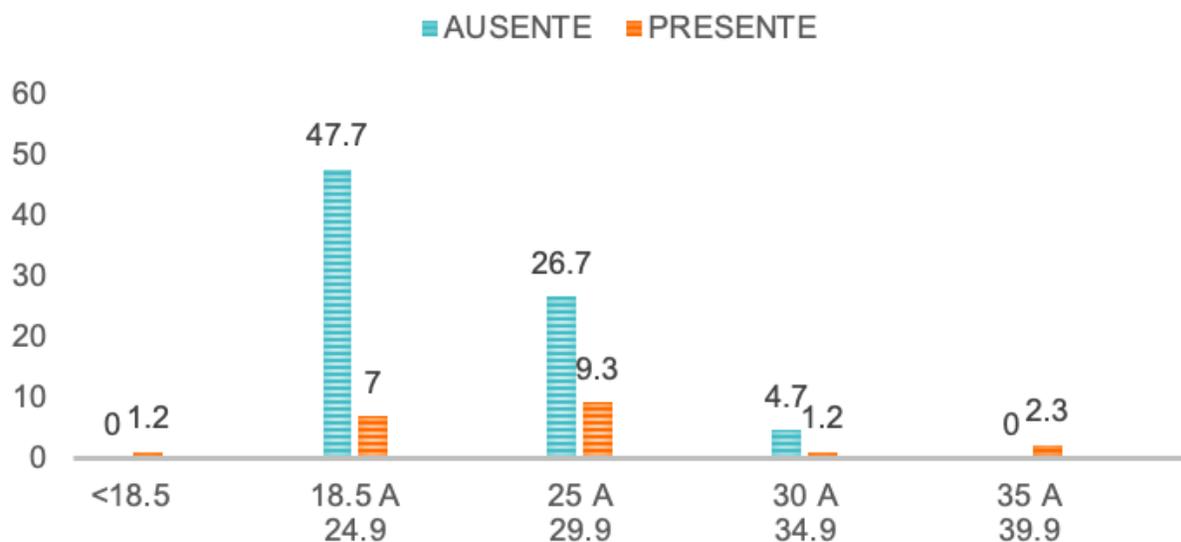
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 22. TRASTORNO DE ANSIEDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

IMC	<18.5		18.5 A 24.9		25 A 29.9		30 A 34.9		35 A 39.9	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	0	0	41	47.7	23	26.7	4	4.7	0	0
PRESENTE	1	1.2	6	7	8	9.3	1	1.2	2	2.3
TOTAL	1	100	47	100	31	100	5	100	2	100

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 22. TRASTORNO DE ANSIEDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



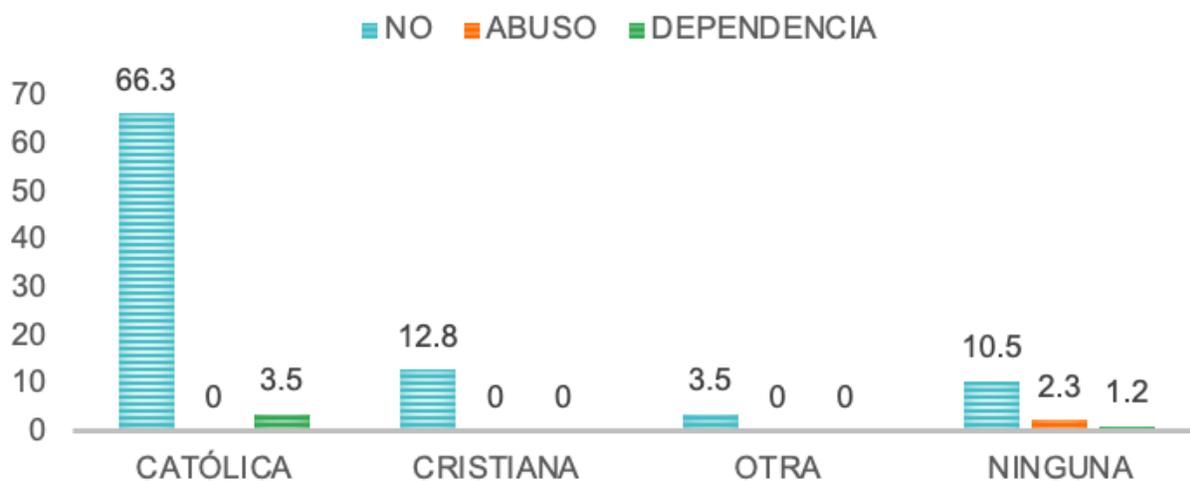
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 23. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y RELIGIÓN EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

T	NO PRESENTA		ABUSO		DEPENDENCIA	
R	FREC	%	FREC	%	FREC	%
CATOLICA	57	66.3	0	0	3	3.5
CRISTIANA	11	12.8	0	0	0	0
OTRA	3	3.5	0	0	0	0
NINGUNA	9	10.5	2	2.3	1	1.2
TOTAL	80	93.1	2	2.3	4	4.7

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 23. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y RELIGIÓN EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



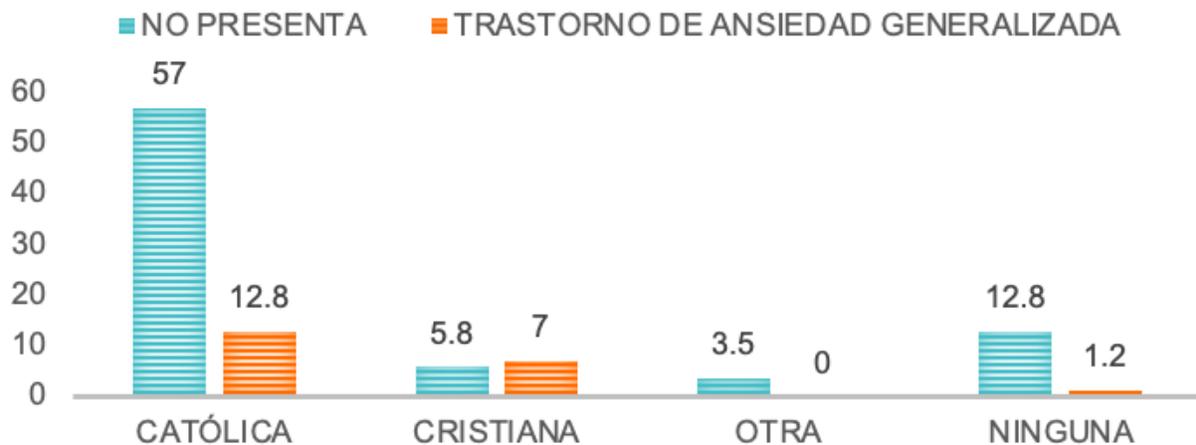
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 24. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y RELIGIÓN EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

T	NO PRESENTA		TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	
R	FREC	%	FREC	%
CATOLICA	49	57	11	12.8
CRISTIANA	5	5.8	6	7
OTRA	3	3.5	0	0
NINGUNA	11	12.8	1	1.2
TOTAL	68	79.9	18	21

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 24. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y RELIGIÓN EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



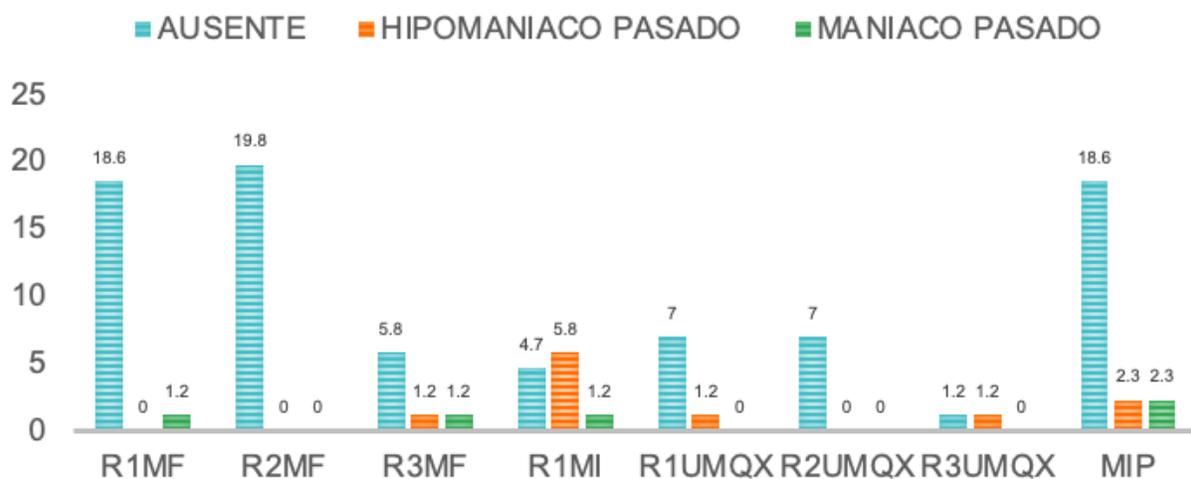
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 25. CATEGORÍA MÉDICA Y EPISODIO HIPOMANIACO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

CATEGORÍA MÉDICA	R1MF		R2MF		R3MF		R1MI		R1UMQX		R2UMQX		R3UMQX		MIP	
	FRE C	%	FRE C	%	FRE C	%	FRE C	%	FRE C	%	FRE C	%	FRE C	%	FRE C	%
AUSENTE	16	18.6	17	19.8	5	5.8	4	4.7	6	7	6	7	1	1.2	16	18.6
HIPOMANIACO O PASADO	0	0	0	0	1	1.2	5	5.8	1	1.2	0	0	1	1.2	2	2.3
MANIACO PASADO	1	1.2	0	0	1	1.2	1	1.2	0	0	0	0	0	0	2	2.3
TOTAL	17	18.8	17	19.8	7	8.2	10	11.7	7	8.2	6	7	2	2.4	20	23.2

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 25. CATEGORÍA MÉDICA Y EPISODIO HIPOMANIACO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



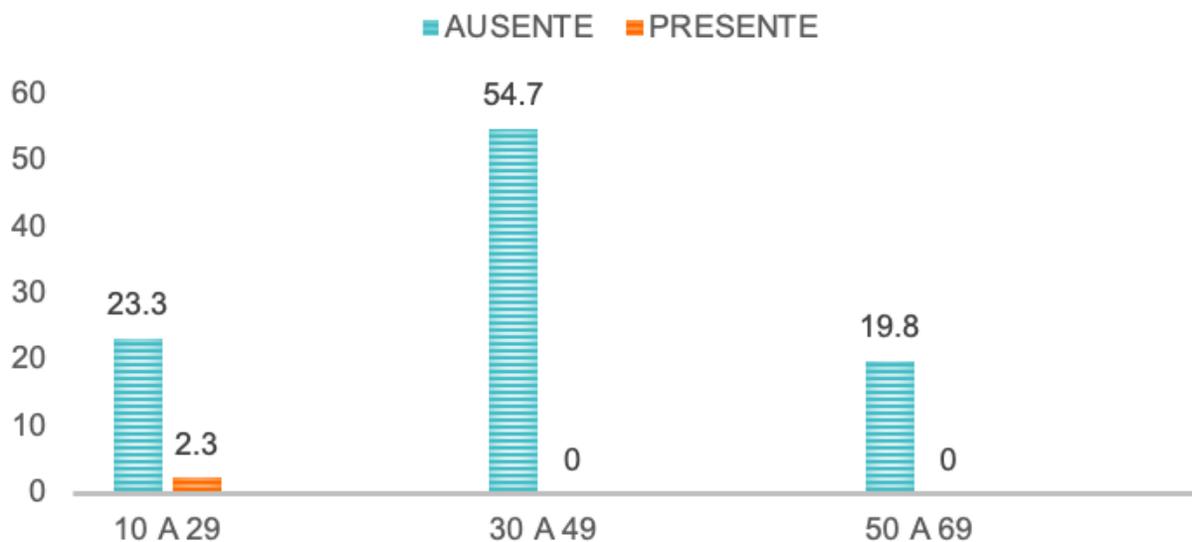
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 26. HORAS DE SUEÑO/SEMANA Y DISTIMIA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

HORAS DE SUEÑO/SEMANA	10 A 29		30 A 49		50 A 69	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	20	23.3	47	54.7	17	19.8
PRESENTE	2	2.3	0	0	0	0
TOTAL	22	25.6	47	54.7	17	19.8

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 26. HORAS DE SUEÑO/SEMANA Y DISTIMIA EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



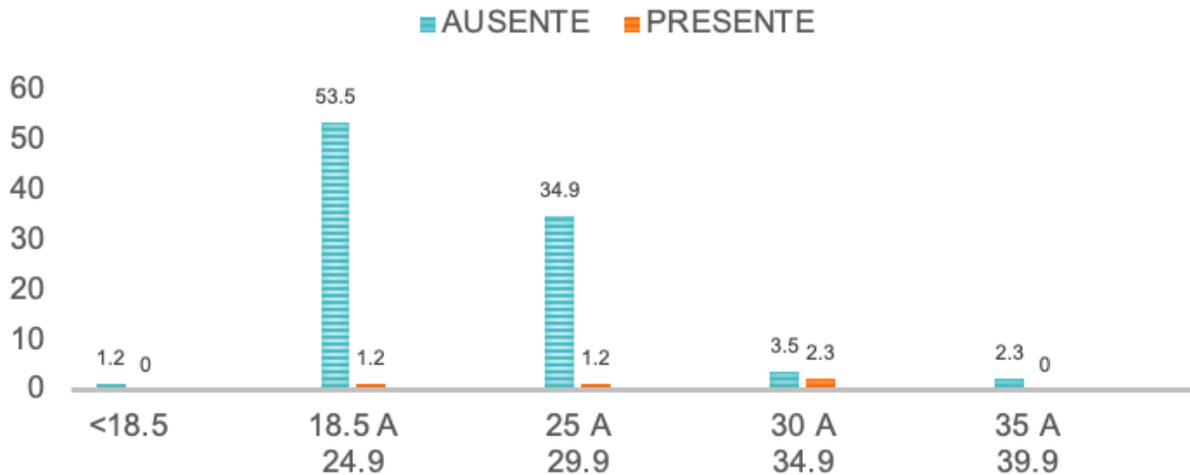
Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

TABLA 27. BULIMIA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8

IMC	<18.5		18.5 A 24.9		25 A 29.9		30 A 34.9		35 A 39.9	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
AUSENTE	1	1.2	46	53.5	30	34.9	3	3.5	2	2.3
PRESENTE	0	0	1	1.2	1	1.2	2	2.3	0	0
TOTAL	1	1.2	47	54.7	31	36.1	5	5.8	2	2.3

Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

GRÁFICO 27. BULIMIA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MÉDICOS EN FORMACIÓN IDENTIFICADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL HGZ/MF NO. 8



Fuente: n=86 Valadez-L V, Sandoval-I L, Vilchis-C E, Maravillas-E A. Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" 2022.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la presencia de trastornos mentales y del comportamiento en el personal médico en formación del HGZ/MF No 8, conformado por Médicos Residentes de la especialidad de Medicina Familiar, Medicina Interna, Urgencias médico quirúrgicas y Médicos internos de pregrado. Con una muestra total de 86 médicos estudiados.

De acuerdo al ECME, en 2019 se perdieron 1,710.62 Años de Vida Saludable por cada 100,000 habitantes debido a trastornos mentales y del comportamiento, siendo los padecimientos más significativos el trastorno depresivo mayor (561.98), la esquizofrenia (190.48), la distimia (90.28), el trastorno bipolar (207.43) y los trastornos por ansiedad (347). Se puede apreciar que, en este grupo de trastornos, las mujeres se ven más afectadas en comparación con los hombres. Los trastornos mentales y del comportamiento revisten una importante carga de enfermedad, incluso en algunos casos mayor que los trastornos por uso de sustancias, siendo la depresión y la ansiedad los que mayor impacto tienen entre la población. Esto desmitifica en gran medida la idea de que el consumo de sustancias es el mayor problema de salud pública respecto a los temas de salud mental, tal vez a la par o incluso por encima, condiciones como la depresión y la ansiedad son altamente incapacitantes y deben ser atendidas con el mismo nivel de prioridad. En nuestro estudio se observa una similitud el trastorno depresivo mayor que fue el más frecuente (21%), seguido por trastorno de ansiedad generalizada (20.9%). Así mismo en nuestro estudio también se observó que el sexo mayormente afectado es el femenino representado por el 15.1 % en depresión y el 12.8% en ansiedad en comparación con el sexo masculino representado por el 5.9% para depresión y 3.5 para ansiedad.

En el estudio de Vidal de la F y col "evaluación de la salud mental y el estrés laboral en médicos residentes mexicanos" En México, los reportes en unidades médicas residentes oscilan entre 25% y 79.6% para depresión y 39% a 69.9% para ansiedad, con la mayor prevalencia en residentes de segundo año (Jiménez-López et al., 2015). Asimismo, una revisión sistemática que incluyó a 17,560 residentes, encontró que el 28,8% presentaba depresión (rango 20,9% - 43,2%)(Mata et al., 2015); mientras que un estudio publicado en 2019 informó una prevalencia de depresión del 16,2% (Romo-Nava et al., 2019). En nuestro estudio los trastornos mentales más frecuentes fueron depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada. 20.9% en ambas situaciones.

En el estudio Tadeo A y col "Presencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina de una universidad pública mexicana" En 2013, en México, 517 estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) fueron evaluados mediante la escala CES-D (Centro de Estudios Epidemiológicos - Depresión) para identificar la presencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina. . Así, se encontró que el 39,3% de los estudiantes tenían síntomas depresivos con puntuaciones superiores a 16 en el CES-D, aunque los autores admiten que una puntuación de 16 puede incluir falsos positivos. Este estudio también identificó una mayor incidencia de síntomas entre las mujeres en comparación con los hombres (Guerrero López, Heinze Martin, Ortiz de-León, Cortés Morelos et al., 2013).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica) estableció un 4.8% de prevalencia general de haber sufrido depresión al menos una vez en la vida entre adultos mexicanos (18-65 años), 2,6% en hombres y 6,8% en mujeres (Medina-Mora et al., 2003). Diferentes estudios también informan que los síntomas depresivos y el síndrome depresivo son consistentemente más prevalentes entre las mujeres jóvenes que entre los hombres jóvenes (Fouilloux et al., 2013; Jaureguizar, Bernaras, Soroa, Sarasa y Garaigordobil, 2015; Twenge, Joiner, Rogers y Martin, 2018).

En el estudio González F y col. "Trastorno depresivo e indicadores psicosociales en estudiantes de secundaria y universitarios de la Ciudad de México: datos de dos censos " Respecto al primer objetivo, encontramos que la prevalencia de trastorno depresivo actual (durante la semana previa al censo) fue casi el doble en mujeres que en hombres: 19,23% y 11,63%, respectivamente. Además, también fue más frecuente entre los estudiantes universitarios. Estos resultados coinciden con los reportados en la literatura mexicana e internacional sobre las mayores frecuencias de problemas depresivos entre mujeres jóvenes (Ge, Conger y Elder, 2001; Benjet y col., 2004; Poulin, Hand, Boudreau y Sandor, 2005; Benjet y col., 2009), y muestran que la prevalencia del trastorno depresivo tiende a crecer con la edad en esta población de estudiantes, lo que podría plantear el riesgo de convertirse en de por vida y aumentar por la falta de detección y tratamiento oportunos (Medina-Mora et al., 2005).

En el estudio de Ángeles G y col. "Asociación de depresión y ansiedad con características relacionadas con la formación de médicos residentes" Los sujetos eran predominantemente solteros (79,33%) y presentaban ansiedad (41,69%). Concordante con nuestro estudio en dónde la variable sociodemográfica estado civil soltero era mayormente afectada por depresión y ansiedad en un 9.3% y 17.4% respectivamente.

En el estudio de Rivas A "Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural" Las personas más vulnerables a presentar algún trastorno mental fueron las personas adultas jóvenes de 18 a 34 años y estado civil solteras. La literatura indica que el inicio temprano de los trastornos mentales se ha asociado con mayor riesgo de dependencia a drogas; se ha demostrado que cuando anteceden trastornos como ansiedad y depresión el riesgo de desarrollar dependencia en el consumo de sustancias se incrementa de 3 a 10 veces (Medina Mora et al., 2013).

En el estudio de Guzmán F y col "Influencia de la religiosidad en las actitudes y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes", La religiosidad y las actitudes negativas sobre el alcohol influye negativamente en el consumo de alcohol. En nuestro estudio se observa como factor protector el profesar religión cristiana y otras. (0%)

En el estudio de Jewel T y col "La conexión entre la depresión y el sueño" La depresión y el sueño están conectados entre sí. La depresión puede hacer que desees dormir con más frecuencia y por más tiempo, también puede mantenerte despierto por la noche con insomnio. Y las afecciones como el insomnio y la apnea del sueño aumentan el riesgo de desarrollar síntomas de depresión. En nuestro estudio se observa como la falta de sueño repercute negativamente en personal médico en formación y distimia. (2.3%)

En el estudio Martínez C y col. "Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios" Un mayor IMC se relaciona con una mayor obsesión por la delgadez e insatisfacción corporal, factores de riesgo de TCA. En nuestro estudio se observa la relación de IMC altos como factor de riesgo para desarrollar TCA. Obesidad 2.3% bulimia.

Uno de los alcances de este estudio fue identificar que dentro de las categorías estudiadas, el personal médico en formación más afectado fueron los MIP, seguidos por R2 de MF y posteriormente R1 de MI. Los médicos de menor rango medico, son el grupo con mayor grado de insatisfacción, son propensos al síndrome de desgaste y a presentar trastornos mentales y del comportamiento por la mayor carga de trabajo que tienen y porque sus expectativas iniciales no se cumplen.

Otro alcance fue detectar que las personas con estado civil soltero son más propensas a presentar trastornos mentales y del comportamiento, (depresión y ansiedad) en un 9.3% y 17.4% respectivamente, esto asociado a una menor red de apoyo.

Otro alcance fue detectar que la actividad física es un factor protector para presentar trastornos mentales y del comportamiento ya que mejora la salud física y mental, va de la mano con el rubro de IMC ya que los individuos estudiados que se encontraban con IMC dentro de parámetros normales no presentaban trastornos mentales y del comportamiento en comparación con los que se encontraban en sobrepeso y obesidad. Un cuerpo sano es una mente sana.

Otro alcance fue identificar que no practicar religión es un factor protector para presentar ansiedad generalizada.

Otro alcance fue detectar que los R1MI han presentado mayor porcentaje de episodio hipomaniaco (5.8%) en comparación con el resto del personal médico en formación.

Otro alcance fue identificar los médicos que dedican más horas de estudio presentan TAG en menor proporción (2.3%) en comparación con el resto. (factor protector).

Dentro de las limitaciones de esta investigación es que se realizó sólo al personal en formación de esta unidad, con una muestra inicial de 139 médicos en formación registrados en el ciclo académico en curso, de los cuales se eliminaron a 46 médicos por el criterio de no aceptar que se realizará la encuesta y los residentes que se encontraban en el servicio social, al ser una población pequeña, se sugiere la realización de estudios multicéntricos para comparar resultados y compartir estrategias de mejora.

Una limitación más es que el diseño de estudio aplicado no es experimental, solo se limitó a establecer las frecuencias de presentación.

Otra limitación es que el instrumento utilizado era muy largo, la contingencia y la alta demanda de trabajo en el hospital impedía que los médicos en formación tuvieran tiempo de leer y contestar dicho instrumento, además de los cambios de roles, guardias y rotaciones externas.

Respecto a los posibles sesgos a pesar de haber realizado maniobras para evitarlos, debemos enfatizar que la muestra de estudio fue no probabilística a conveniencia del investigador. Dentro de sesgos de medición, aunque se estableció tiempo específico y suficiente para responder el instrumento de medición, algunos médicos contestaban con rapidez sin leer con atención cada pregunta del instrumento, debido a la premura de continuar con las labores de la jornada médica. También hubo una distribución de la muestra no homogénea, no se tomó en cuenta si ya estaban diagnosticados y/o si tenían algún tratamiento.

Dicho estudio es de relevancia ya que la falta de reconocimiento de un trastorno mental, se relaciona con un autodiagnóstico inexacto, automedicación y falta de búsqueda de atención, lo que lleva a un mayor deterioro de la salud mental y como consecuencia, bajo rendimiento académico, desgaste, deterioro en la atención al paciente y suicidio, por lo que su detección y atención debe ser una prioridad.

En la práctica asistencial de Medicina Familiar, nos permite indagar en los aspectos vulnerables que merman la salud mental, con el objetivo de hacer prevención, detección oportuna y dar tratamiento, permitiendo un mejor desempeño en las diversas áreas de desarrollo, beneficiando al personal en formación y a los pacientes.

En el aspecto educativo este estudio nos permite aportar conocimiento sobre los puntos donde se puede realizar acciones para incrementar la salud mental de los médicos en formación, permitiendo un mayor porcentaje en el cumplimiento de actividades académicas.

En el aspecto de investigación este tipo de estudio es el punto de partida para realizar más indagaciones sobre factores de riesgo en el personal médico en formación para el desarrollo de enfermedades psiquiátricas, con el objetivo de desarrollar estrategias de prevención o limitación de dichas patologías.

Desde el punto de vista administrativo, al mejorar la salud mental de los médicos en formación, tendrán un mejor desempeño tanto laboral como académico, brindaran un mejor servicio, disminuirán los errores y con esto los gastos al instituto.

CONCLUSIONES

En la presente tesis se cumplió el objetivo al Identificar la presencia de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, obteniendo como resultado la presencia de depresión y ansiedad como diagnósticos psiquiátricos más frecuentes.

Con los resultados obtenidos se acepta la hipótesis alterna y se descarta la hipótesis nula que se realizaron con fines educativos, concluyendo que es importante considerar que es de suma importancia identificar la presencia de trastornos mentales y del comportamiento de los médicos residentes e internos de nuestra área laboral, con el objetivo de brindar una adecuada salud mental en este personal y por ende un mejor desempeño de sus tareas laborales con beneficio principal en la atención al paciente.

Los trastornos mentales y del comportamiento se definen como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Se encuentra asociado con un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o provocado por otras actividades importantes.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. La salud mental es materia de interés para todos, y no sólo para aquellos afectados por un trastorno mental.

Consideramos que nuestra investigación marca trascendencia ya que estas patologías pueden llegar a ser incapacitantes, lo cual repercute en la formación académica y consecuentemente en la calidad de atención al derechohabiente por lo que sugerimos dar continuidad en las siguientes generaciones siendo resolutivos con los factores vulnerables identificados en este estudio.

Es prioritario para incrementar la calidad de la atención brindada, favorecer las acciones encaminadas a mejorar las condiciones de trabajo y que implique mantener una adecuada salud mental del personal médico en formación, ya que como se observó se presentaron depresión y ansiedad como los trastornos mentales más frecuentes y su presencia merma el desempeño y aprendizaje en las distintas jerarquías, así como la calidad de atención hacia los pacientes.

El médico familiar como médico de primer contacto incluso para el personal médico en formación, debe identificar con premura los criterios diagnósticos para estos principales trastornos, así como idear acciones de mejoramiento enfatizando las redes de apoyo con las que cada uno de los médicos cuenta. en base a nuestro estudio y lo encontrado, sugerimos:

- Se sugiere aplicar el instrumento MINI, a todo el personal médico en formación cada inicio de curso con tiempo suficiente y que sea evaluado por personal clínico calificado.
- Dar pláticas grupales preventivas de manejo de las emociones por personal capacitado por lo menos una vez al mes.
- Dar tratamiento oportuno a los casos detectados como positivos de manera multidisciplinaria.
- Realizar equipos de alguna actividad deportiva, artística o recreativa, haciendo torneos con recompensas positivas.
- Disminuir la carga de estrés laboral

La identificación de los factores de riesgo que afectan el entorno psicosocial del médico en formación permitirá implementar medidas preventivas incluyendo apoyo psicológico oportuno y en caso necesario psiquiátrico para preservar la salud mental.

Con base en lo comentado anteriormente consideramos la importancia de dar continuidad a la problemática identificada y a la resolución de los factores predisponentes permitiendo una mejor salud mental en los médicos en formación lo cual se verá reflejado en la atención y satisfacción del derechohabiente permitiendo la disminución de quejas y demandas legales, lo cual a su vez permitirá disminuir los gastos por costo beneficio a nivel institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Medrano J. "DCM-5, UN AÑO DESPUÉS". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (124), 655-662.
2. Ley De Salud Mental Del Distrito Federal . Última reforma publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal: 18 DE DICIEMBRE DE 2014. Ley publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, el miércoles 23 de febrero de 2011.
3. Mitchell C. OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2012 [citado el 28 de enero de 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es
4. Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México. OMS. Ciudad de México, 2021
5. Vidal de la Fuente, S., Real Ramírez,J., Ruíz Rosas, JA y Morera González, D. (2019). Evaluación de la salud mental y el estrés laboral en médicos residentes mexicanos. Salud mental, 43(5), 209-218.
6. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-234-SSA1-2003, Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado, para quedar como: Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-033-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.
7. Tapia Villanueva R, Núñez Tapia R, Salas Perea R y Rodríguez-Orozco A. "El internado médico de pregrado y las competencias clínicas. México en el contexto latinoamericano" Educ Med Super 2011;21(4).
8. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de Residencias médicas.
9. Ley Federal del Trabajo. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión., Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Nueva Ley Publicada, En el Diario Oficial de la Federación El 1º de abril de 1970. Última Reforma, Publicada DOF 30-11-2012.
10. Zamudio J. "La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas" Rev. Eviden Invest Clin 2012 4 (1): 5-6.

11. Montiel-Jarquína A, Torres-Castillo M, Herrera-Velasco M, Ahumada-Sánchez O, Barragán-Hervella R y Loría-Castellanos J. "Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica" *Educ Med.* 2015;16(2):116-125.
12. Prieto Miranda S, Jiménez Bernardino C, Cázares Ramírez G, Vera Haro M y Esparza Pérez R. "Jornadas laborales y sus repercusiones en médicos residentes en un hospital de segundo nivel" *Med Int Méx* 2015; 31:669-679.
13. Pinzón Amado A, Guerrero S, Moreno K, Landínez C y Pinzón J. "Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados" *Rev. Colomb psiquiat.* 2013; 43 (S1):47-55.
14. Dyrbye L, West C, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. "Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population" *Acad Med.* 2014;89(3):443-51.
15. Mordant P, Deneuve S, Rivera C, Carrabin N, Mieog JS, et al. "Quality of life of surgical oncology residents and fellows across Europe" *J Surg Educ.* 2014;71(2):222-8.
16. Ortiz L, Arechavaleta H, Tafoya R, Fouxilloux M. "Riesgo de enfermedad Mental en el internado de pregrado de la facultad de medicina UNAM" Departamento de psiquiatría de salud mental de la facultad de medicina UNAM. Octubre 2007.
17. Gozu A, Kern D y Wright S. "Similarities and differences between international medical graduates and U.S. medical graduates at six Maryland community-based internal medicine residency training programs" *Acad Med*, 2014;84(3):385-90.
18. Arias W. "Estrés laboral en trabajadores desde el enfoque de los sucesos vitales" *Rev. Cubana Salud Pública* 2012;38(4)
19. Núñez A. "Prevalencia de estrés laboral en médicos internos y residentes del Hospital de Clínicas FCM-UNA" *Rev. Médico Científica Facultad de Medicina del Siglo XXI de Ciencia y Arte.* 2012;1(2): 35-38.
20. Tadeo-Álvarez, MA, Munguía-Ortíz, CD, Benítez-López, V., Valles-Medina, AM, Delgadillo-Ramos, G., Flores-Castillo, PM y Romo-Guardado, M. (2019). Presencia de síntomas depresivos en estudiantes de medicina de una universidad pública mexicana. *Salud mental*, 42(3), 131-136.
21. Piñar Sancho, Suárez Brenes, De La Cruz Villalobos "Actualización sobre el trastorno depresivo mayor" *Revista Médica Sinergia Vol.5 (12)*, Diciembre 2020 - ISSN:2215-4523 / e-ISSN:2215-5279. <http://revistamedicasinergia.com>.
22. Delgado, De la Cera, Fernández Lara, Murillo Arias "GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD". *Revista Cúpula* 2021; 35(1): 26-36.

23. J. Goena Vives* y P. Molero Santos. "distimia". Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona Navarra. España. *Medicine*. 2019;12(86):5037-40
24. M. Marín Mayor, F. Arias Horcajadas*, J.R. López Trabada y G. Rubio Valladolid. "Trastornos por consumo de alcohol". Servicio de Psiquiatría. Hospital Doce de Octubre. Madrid. España. *Medicine*. 2019;12(85):4993-5003
25. Fahrenkopf A, Sectish T, Barger L. "Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study" *BMJ* 2013; 336:488-491.
26. Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan Y. "Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention" *Med Educ* 2012; 41:258-264.
27. Velásquez-Pérez L, Colin-Piana R, González-González M. "Afrontando la residencia médica: depresión y burnout" *Gac Méd Méx* 2013;149:183-195.
28. Martínez P, Medina E, Rivera E. "Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes" *Rev. Salud Mental* 2014;27.
29. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. "Invertir en SALUD MENTAL" ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 2004, 7. www.who.int/mental_health
30. Ley Federal de Salud. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.
31. Mingote Adán JC, Núñez López C. Importancia de la consideración de la salud mental en la gestión de la salud laboral: una responsabilidad compartida. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet].2011;57:239–62.Disponible en:<http://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2011000500015>

ANEXOS

(ANEXO 1)

MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL

A. Episodio depresivo mayor

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2
SI SU RESPUESTA FUE NO, EN A1 Y A2, PASAR AL MODULO B				
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)?	NO	SI	3
	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4
	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida o deseó estar muerto?	NO	SI	9
SI CODIFICO SI EN MENOS DE 5, (A1-A3) PASAR AL MODULO B.				
A4	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11
A5	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SI	12
Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos				
A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:			
	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SI	13
	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SI	14
	¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SI	15
	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SI	16

B. Trastorno distímico

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SI	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más en el que se haya sentido bien?	NO	SI	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SI	19
	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SI	20
	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SI	21
	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SI	22
	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SI	23
	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SI	24
SI CODIFICO 2 O MAS EN B3 CONTESTE B4				
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	NO	SI	25

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Pts
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4

D. Episodio (hipo)maníaco

D1	¿Alguna vez ha habido un período en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SI	1
	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico» o lleno de energía?	NO	SI	2
D2	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SI	3
	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SI	4
SI CODIFICO SI EN D1-D2 CONTESTE D3				
D3	Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía o irritable notó que:			
	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SI	5
	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SI	6
	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SI	7
	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SI	8
	¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SI	9
	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SI	10
	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SI	11
D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SI	12

E. Trastorno de angustia

E1	¿En más de una ocasión tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en las que la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SI	1
	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SI	2
E2	¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SI	3
E3	¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	4
E4	Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SI	5
	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SI	6
	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	7
	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SI	8
	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SI	9
	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SI	10
	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SI	11
	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SI	12
	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SI	13
	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	14
	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SI	15
	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SI	16
	¿Tenía sofocos o escalofríos?	NO	SI	17
E5	¿CODIFICO SI EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SI	
E6	¿CODIFICO SI EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SI	
E7	¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SI	18

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil, como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SI	19
F2	¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?	NO	SI	20

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales.	NO	SI	1
G2	Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SI	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	NO	SI	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SI	4

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas?	NO	SI	1
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO	SI	2
H3	¿ Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar NO Sí 4 o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SI	4
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SI	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	NO	SI	6

I. Estado por estrés postraumático

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física?	NO	SI	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SI	2
I3	En el último mes:			
	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SI	3
	¿Ha tenido dificultad en recordar alguna parte del evento?	NO	SI	4
	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SI	5
	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SI	6
	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SI	7
I4	Durante el último mes:			
	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SI	9
	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SI	10
	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SI	11
	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SI	12
	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SI	13
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SI	14

J. Abuso y dependencia de alcohol

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SI	1
J2	En los últimos 12 meses:			
	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SI	2
	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, sudaba o se sentía agitado?, ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)?	NO	SI	3
	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	4
	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5
	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SI	6
	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SI	7
	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
	¿CODIFICO SI EN 3 O MAS RESPUESTAS DE J2?	NO	SI	
J3	En los últimos 12 meses:			
	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema?	NO	SI	9
	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SI	10
	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, perturbación del orden público?	NO	SI	11
	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	12
	¿CODIFICO SI EN 1 O MAS RESPUESTAS DE J3?	NO	SI	

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

K1	<p>¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?</p> <p>RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO: Estimulantes: anfetaminas, <i>speed</i>, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes. Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, <i>speedball</i>. Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon. Alucinógenos: LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, <i>peace pill</i>), <i>psilocybin</i>, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA. Inhalantes: pegamento, éter, óxido nitroso (<i>laughing gas</i>), <i>amyl</i> o <i>butyl nitrate</i> (<i>poppers</i>). Marihuana: hachís, THC, pasto, hierba, mota, <i>reefer</i>. Tranquilizantes: Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal. Otras sustancias: esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia? ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S:</p>	NO	SI	
K2	<p>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</p> <p>¿Ha notado usted que necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?</p> <p>¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?</p> <p>¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?</p> <p>¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?</p> <p>¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?</p> <p>¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?</p> <p>¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?</p> <p>¿CODIFICO SI EN 3 O MAS RESPUESTAS DE K2?</p>	NO	SI	1
		NO	SI	2
		NO	SI	3
		NO	SI	4
		NO	SI	5
		NO	SI	6
		NO	SI	7
		NO	SI	
K3	<p>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</p> <p>¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?</p> <p>¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?</p> <p>¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?</p> <p>¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?</p> <p>¿CODIFICO SI EN 1 O MAS RESPUESTAS DE K3?</p>	NO	SI	8
		NO	SI	9
		NO	SI	10
		NO	SI	11
		NO	SI	

L. Trastornos psicóticos

L1	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SI	1
	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	2
L2	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podría leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podría leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SI	3
	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	4
L3	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SI	5
	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	6
L4	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SI	7
	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	8
L5	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SI	9
	Si SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SI	10
L6	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SI	11
	Si SI: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO	SI	
	Si SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SI	12
L7	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?	NO	SI	13
	Si SI: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI	14

M. Anorexia nerviosa

M1	¿Cuál es su estatura?			
	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?			
	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SI	
En los últimos 3 meses:				
M2	¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?	NO	SI	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	NO	SI	2
M4	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	SI	3
	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	SI	4
	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	SI	5
M5	CODIFICO SI EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	NO	SI	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	NO	SI	6
	PARA MUJERES: ¿CODIFICO SI EN M5 Y M6?	NO	SI	
	PARA HOMBRES: ¿CODIFICO SI EN M5?	NO	SI	

N. Bulimia nerviosa

N1	En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SI	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SI	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SI	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SI	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SI	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NO SÍ NERVIOSA?	NO	SI	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)?	NO	SI	12
N8	¿CODIFICO SI EN N5 O CODIFICO NO EN N7 O SALTÓ A N8?	NO	SI	
	¿CODIFICO SI EN N7?	NO	SI	

O. Trastorno de ansiedad generalizada

O1	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses	NO	SI	1
	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SI	2
	CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS	NO	SI	3
O2	¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SI	4
O3	En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SI	5
	¿Se sentía tenso?	NO	SI	6
	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SI	7
	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SI	8
	¿Se sentía irritable?	NO	SI	9
	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SI	10
	¿CODIFICO SI EN 3 O MAS RESPUESTAS DE O3?	NO	SI	

P. Trastorno antisocial de la personalidad

P1	Antes de cumplir los 15 años:			
	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SI	1
	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SI	2
	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SI	3
	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SI	4
	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SI	5
	¿Forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SI	6
P2	Después de cumplir los 15 años:			
	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (p. ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SI	8
	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluidas las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)?	NO	SI	9
	¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse?	NO	SI	10
	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	11
	¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SI	12
	¿CODIFICO SI EN 3 O MAS RESPUESTAS DE P2?	NO	SI	

(ANEXO 2)

HOJA DE RECOLECCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____

Sexo	1= Femenino 2= Masculino
Estado civil	1= Soltero 2= Casado 3= Divorciado 4= Viudo 5= Unión libre
Religión	1= Católica 2 = Cristiana 3 = Otra 4 = Ninguna
Categoría medica	1= R1 MF 2=R2 MF 3= R3 MF 4= R1 MI 5= R1 UMQX 6= R2 UMQX 7= R3 UMQX 8= MIP
Actividad física	1=Si 2=No
Rango de horas que duerme a la semana	1= 10 a 29 hrs/semana 2= 30 a 49 hrs/semana 3= 50 a 69 hrs/semana 4= más de 69 hrs/semana
Prmoedio de la carrera	

Hijos	1= Si 2= No
Foráneos	1= Si 2= No
Reciben apoyo de sus padres	1= Sí 2= No
Otra fuente de ingresos	1= Si 2= No
Horas de estudio a la semana	1= 10 a 29 hrs/semana 2= 30 a 49 hrs/semana 3= 50 a 69 hrs/semana 4= más de 69 hrs/semana
Peso	
Talla	
IMC	1= < 18.5 2= 18.5 – 24.9 3= 25 – 29.9 4= 30 – 34.9 5= 35 – 39.9 6= >40

(ANEXO 3)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)	
 IMSS <small>SOLIDARIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL</small>	Identificación de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ MF No 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"
	<u>No aplica</u>
Patrocinador externo (si aplica):	Ciudad de México, H.G.Z. / U.M.F. No. 8, "Dr. Gilberto Flores Izquierdo". 30 de junio del 2021
Lugar y fecha:	En Trámite
Número de registro institucional:	Le estamos invitando a participar en un protocolo de investigación que consiste en conocer la presencia de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ MF No8. Objetivo: Identificar la presencia de trastornos mentales y del comportamiento en médicos en formación del HGZ/MF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
Justificación y objetivo del estudio:	
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará de forma individual un cuestionario llamado « MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRICA INTERNACIONAL » entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos que requieren unas respuestas de sí o no. La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris una o varias preguntas filtro correspondiente a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Investigación de mínimo riesgo (se realizará una encuesta), sin molestia para el participante.
Posibles riesgos y molestias:	Detectar trastornos mentales y del comportamiento en personal médico en formación, plantear estrategias para disminuir su presencia.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se informará en caso de datos relevantes, se realizará plática informativa posterior a la entrevista y se dará tríptico informativo sobre el tema.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El paciente tendrá plena libertad de decidir su participación o retiro en cualquier momento durante la realización del cuestionario, sin que se afecte su atención en el instituto.
Participación o retiro:	
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio o en su caso, de estudios futuros.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por dos años tras lo cual se destruirá la misma.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	VALADEZ LEDESMA VIRIDIANA Residente de Medicina Familiar, Matricula: 97376305, adscripción HGZ /UMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS Cel.5548688062 Fax: No fax. Correo: viirvvalal@gmail.com
Colaboradores:	SANDOVAL IBARRA LUCIA DIRECTOR DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN Médico Familiar, Profesora Adjunta de Medicina Familiar. Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matrícula: 97371494 Teléfono: 5568175641, Fax: No Fax Email: sandoval.ibarra.lucy@gmail.com VILCHIS CHAPARRO EDUARDO ASESOR METODOLÓGICO Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI Matrícula: 99377278 Adscripción: Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS Teléfono: 5556276900 ext. 21742 Fax: No Fax Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA ASESORA CLÍNICA Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar Adscrita al HGZ/MF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matrícula: 98113861 Teléfono: 55 45000340. Fax: No Fax Email: ngelica.maravillas@imss.gob.mx ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
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	Viridiana Valadez Ledesma Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO
HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORD. CLINICA DE EDUCACION
E INVESTIGACION EN SALUD

Ciudad de México, a 9 de Noviembre del 2021.
CCEIS/ 77 /2021

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE.

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO**

Por medio de la presente le informo a usted que no existe inconveniente para que los investigadores Dra. Sandoval Ibarra Lucia; Médico Familiar, Profesora Adjunta de Medicina Familiar con Matricula: 97371494, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo; Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación con Matricula: 99377278, Dra. Maravillas Estrada Angélica; Médico familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar con Matricula: 98113861, realicen la investigación titulada: **"IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN MÉDICOS EN FORMACIÓN DEL HGZ/MF No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"**, dicha investigación pretende llevarse a cabo en el HGZ/MF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Sur CDMX, en la cual me desempeño como Médico de base. La presente investigación será llevada a cabo en el periodo comprendido 1º de marzo de 2021 al 28 febrero del 2023. El procedimiento que se llevara a cabo será seleccionando médicos en formación de 22 a 40 años de edad que se encuentren inscritos en el HGZ/MF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, se aplicara el test y se recabaran los datos correspondientes a las variables sociodemográficas y resultados del test.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en otorgar las facilidades a los investigadores Dra. Maravillas Estrada Angélica, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo, Dra. Sandoval Ibarra Lucia y a la Médico Residente Valadez Ledesma Viridiana con matricula 97376305 para que realicen la recolección de información y selección de médicos en formación en esta unidad.

Sin más por el momento me despido de usted con un cordial saludo.

Atentamente
"Seguridad y solidaridad Social"

DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZ/MF No 8