

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES



CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

TITULO
DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE LA DELEGACION IMSS
AGUASCALIENTES

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ALUMNO:
DRA. ELVIA CECILIA REYNA ALVAREZ

INVESTIGADOR PRINCIPAL Y ASESOR:
DR. JAIME JONATHAN CEBALLOS RIVERA

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A FEBRERO DE 2010



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES



DRA. ELVIA CECILIA REYNA ALVAREZ
PASANTE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

Por medio de la presente se le informa que una vez que su trabajo de tesis titulado:

"DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA DELEGACIÓN IMSS AGUASCALIENTES"

Ha sido revisado y aprobado por su tutor, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de Especialidad en Medicina Familiar.

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"SE LUMEN PROFERRE"
Aguascalientes, Ags. 19 de Enero 2010.


DR. ARMANDO SANTACRUZ TORRES
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS

ccp. C.P. Ma. Esther Rangel Jiménez/ Jefe de Departamento de Control Escolar
ccp. Dr. Jaime Jonathan Ceballos Rivera / Tutor de trabajo de tesis.
ccp. Archivo.



APROBACION DEL TRABAJO DE TITULACION.

DR. PRESIDENTE DEL COMITÉ DE TITULACION.

PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que el residente de Medicina Familiar del HGZ No. 1 del IMSS de la Delegación Aguascalientes,

Dra. Elvia Cecilia Reyna Alvarez

Ha cumplido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado,

Depresión en Médicos Residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes.

Número de Registro: R-2008-101-20 del Comité Local de Investigación en Salud 101.

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: TESIS

El Residente Elvia Cecilia Reyna Alvarez, asistió a las asesorías correspondientes y realizo las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente de que se haga definitiva ante el comité que usted preside, para que sea nombrado el jurado de su evaluación.

Sin otro particular agradezco a usted que se sirva presente y quedo de usted.

ATENTAMENTE.

Dr. Jaime Jonathan Ceballos Rivera

ccp. Dr. Luis Miguel Méndez Sánchez. Coordinador Delegacional de Enseñanza

ccp. Dr. José de Jesús Valdivia Martínez. Coordinador Delegacional de Investigación en salud

ccp. Dr. Carlos Gutiérrez Marfileño. Coordinador de Enseñanza del HGZ No. 1

ccp. Dr. Marco Antonio Lopez Montoya. Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar.



ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

“DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE LA DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES”

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. ELVIA CECILIA REYNA ALVAREZ

DIRIGIDO POR:

DR. JAIME JONATHAN CEBALLOS RIVERA

SINODALES:

PRESIDENTE: _____

SECRETARIO: _____

VOCAL 1: _____

VOCAL 2: _____

VOCAL 3: _____


DR. ARMANDO SANTACRUZ

DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS


DR. JOSE DE JESUS VALDIVIA MARTINEZ

COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION EN SALUD

AGRADECIMIENTOS

A Dios: Por darme salud, por su infinita paciencia y bondad a lo largo de estos 3 años en que cumpla una meta mas en mi vida y darme la oportunidad de conocer lugares y personas con las que compartí grandes momentos de mi vida.

A mis padres por darme la vida y porque sin su apoyo, comprensión, educación y disciplina, no hubiera logrado este sueño.

A mi asesor el Dr. Ceballos por toda su paciencia y apoyo a lo largo de estos 3 años.

A todos mis pacientes por otorgarme su confianza

A todas mis amigas por los momentos felices y desagradables que pasamos juntas.

A la Dra. Martha por su gran apoyo.

Al Dr. Valdivia por su entusiasmo, y porque sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

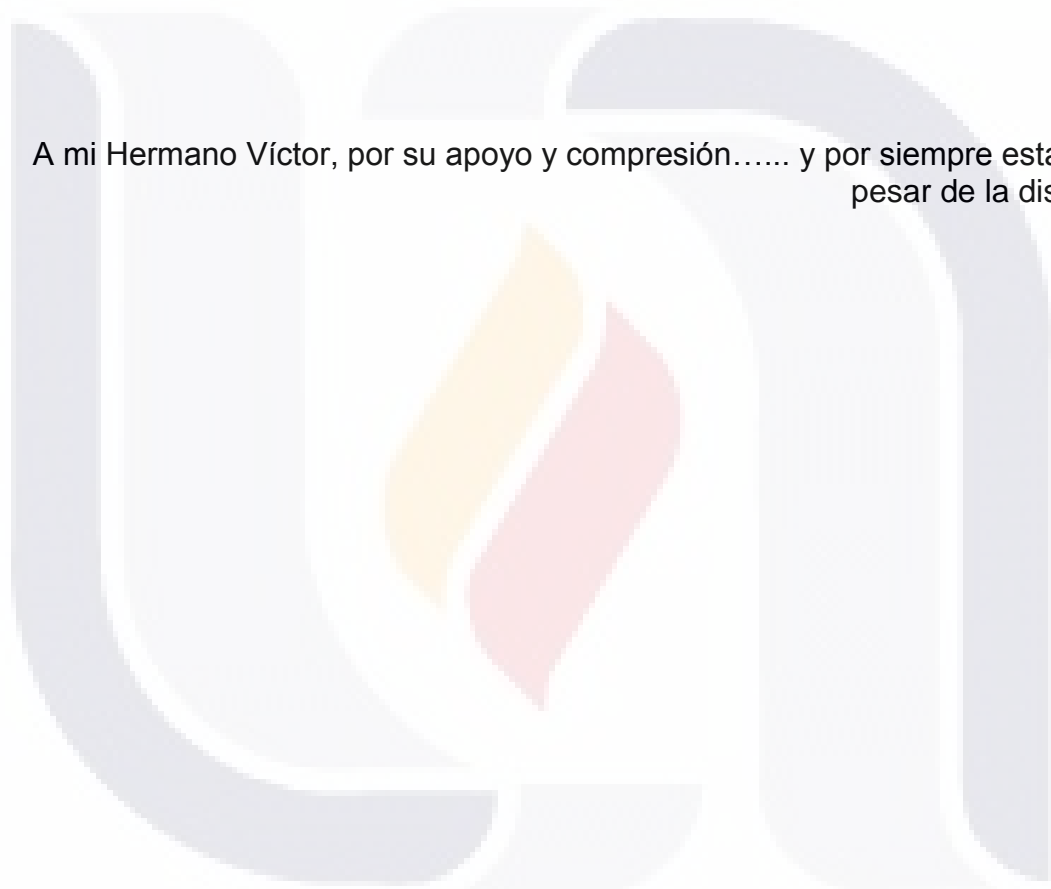
Al todo el personal medico y de enfermería del HGZ 1, por su paciencia y enseñanza y por brindarme su apoyo durante el desarrollo de mi formación.

Y a todos los demás que con su ayuda contribuyeron a hacer este sueño realidad.

DEDICATORIAS

A mis PADRES por estar siempre a mi lado sin importar la distancia, por su valioso apoyo en cada momento de mi vida, por su comprensión y porque sin ellos esto no hubiera sido posible, gracias Víctor y Cecy.

A mi Hermano Víctor, por su apoyo y comprensión..... y por siempre estar ahí a pesar de la distancia.



RESUMEN

Autores: Reyna Alvarez EC, medico residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar de la Delegación IMSS Aguascalientes

Título: Depresión en Médicos Residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes

INTRODUCCION: La Depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia. En el ámbito hospitalario los reportes internacionales indican que es uno de los trastornos mentales mas frecuentes que afectan principalmente a los médicos residentes. A nivel nacional los reportes muestran diferencias en cuanto a estadísticas de la enfermedad en médicos residentes se refieren. En el estado de Aguascalientes no se habían llevado a cabo hasta ahora estudios a este respecto.

OBJETIVO: Caracterizar la depresión en Médicos Residentes de la delegación IMSS Aguascalientes

MATERIAL Y METODOS: El presente estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal simple. La muestra que se utilizo es en base al censo de los médicos residentes el cual constituido por 87 médicos, a quienes se les proporciono el Inventario de depresión de Beck, que ya esta validado en México.

RESULTADOS: Se encontró que el 11% de los médicos residentes presentaron depresión, correspondiendo el 6% a depresión leve, 4% a depresión moderada, y 1% a depresión severa.

DISCUSION: Se encontró mayor prevalencia en quienes cursaban la especialidad de Medicina Familiar, quienes hacían guardias en urgencias, quienes cursaban el 2º año de la especialidad y quienes tenían guardias ABC y ABCD.

CONCLUSION: Este estudio muestra que existe depresión en Médicos Residentes del IMSS Aguascalientes, en menor porcentaje a lo reportado en la literatura. Los resultados del estudio muestran una mayor prevalencia de depresión en la población de residentes que para la población general, se justifica un mayor y mas escrutinio del padecimiento desde el inicio de la especialidad.

PALABRAS CLAVE:

Depresión, Médicos Residente.

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
IV. MARCO TEORICO	11
V. MARCO CONCEPTUAL	32
VI. JUSTIFICACION	34
VII. OBJETIVOS	35
VIII. METODOLOGIA	36
1) Tipo de estudio	36
2) Universo de estudio	36
3) Población de estudio	36
4) Unidad de observación	36
5) Tamaño de la muestra	36
6) Criterios para selección de la población	36
7) Plan de recolección de la información	37
8) Análisis de datos	37
9) Prueba Piloto	37
10) Plan de Análisis	37
11) Logística	38
12) Consideraciones éticas	38
IX. RESULTADOS	39
X. DISCUSION	47
XI. CONCLUSIONES	50
XII. SECCION DE ANEXOS	51
a. Cronograma de actividades	52
b. Presupuesto	53
c. Instrumento de evaluación	53
d. Carta de consentimiento informado	57
e. Operacionalización de conceptos	58
XIII. GLOSARIO	64
XIV. BIBLIOGRAFIA	65

I. INTRODUCCION

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

En el ambiente medico constituye el desorden psiquiátrico mas común, se asocia con el abuso de sustancias y es la causa mas común de muerte por suicidio. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante como en el caso de los médicos residentes la prevalencia de depresión se incrementa en forma importante a diferencia de la población general, además la falta de horas de sueño también es un factor importante en la presentación de esta enfermedad. El grado de depresión esta relacionado en la población general con el consumo de drogas, a este respecto el riesgo es más elevado en los médicos residentes por el fácil acceso que tienen a medicamentos psicoactivos; además se ha visto que el consumo de alcohol y tabaco es más elevado en médicos residentes que cursan con depresión.

El Instituto Mexicano del Seguro Social a través de la coordinación de Educación Medica tiene a su cargo el adiestramiento de médicos residentes en todo el país, en todas las especialidades. En la Delegación Aguascalientes debido al tamaño de la población solo se cuenta con 2 hospitales Generales de Zona, de los cuales solo el HGZ1, se encarga de ser sede de médicos residentes en las especialidades de Medicina Familiar, albergando a los residentes durante todo su periodo de adiestramiento y en las especialidades troncales de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Anestesiología, albergando a los médicos residentes de estas especialidades solamente el primer año de su adiestramiento.

En la Delegación IMSS Aguascalientes hasta ahora no se han realizado estudios sobre depresión en médicos residentes, por lo que el propósito de este estudio es determinar la presencia de depresión en los médicos residentes de la delegación IMSS Aguascalientes.

II. ANTECEDENTES

La depresión constituye el trastorno psiquiátrico más común en el ambiente médico, siendo más frecuente en solteros, se asocia con el abuso de sustancias y es la causa más común de muerte por suicidio. Es un padecimiento común en personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, de tal manera que los médicos adscritos a un hospital tienen una prevalencia para sexo masculino de 12.8% y para sexo femenino de 19.5%, incrementándose en médicos residentes hasta en un 56% (1, 2, 3).

Diversos reportes internacionales colocan la frecuencia de trastornos depresivos en residentes de Medicina Interna entre 15 y 38%. En nuestro país se han reportado signos depresivos en médicos residentes hasta en un 47% en las diversas especialidades. En el Hospital Infantil de México Federico Gómez la deserción promedio anual de residentes de Pediatría en los primeros cuatro meses de la especialidad alcanzaba hasta 30%, de los cuales el 12.12% eran atribuidas a depresión (4).

Para Albanesi de Nassetta, los primeros años de trabajo en una especialidad son períodos de frustración, ansiedad y desilusión, los estresores potenciales que influyen en la etapa de formación de los futuros especialistas se relaciona en muchos casos con expectativas irreales o falsas, la ambigüedad e incertidumbre en el trabajo, el establecimiento de la propia identidad dentro de la institución hospitalaria, el aprendizaje y el trato con jefes y compañeros y la comprensión de normas y reglas. En relación a la salud de los médicos, se ha detectado un aumento de estrés y depresión, enfermedades somáticas y complicaciones durante el embarazo relacionadas con la fatiga y la pérdida de sueño de los futuros especialistas aunque el mayor peligro objetivado ha sido el gran riesgo de accidentes de tráfico que presentan los residentes durante su período de formación, sobre todo tras la realización de guardias. (6)

Álvarez E. y cols. Realizaron un estudio entre médicos adscritos y médicos residentes de Anestesiología en Colombia, encontrando que el 25.3% de los anesestesiólogos trabaja más de 90 horas a la semana (más de 4500 horas año), jornada que pudiera considerarse excesiva y peligrosa para la integridad física y mental del profesional y para la seguridad de los pacientes a su cargo. El grado de insatisfacción entre los anesestesiólogos asciende al 24.2% frente a su profesión, 21.9% frente al lugar de trabajo y 16.1% frente a su situación familiar. El porcentaje de depresión establecido según el test de Zung fue de 1.3% y se considera bajo. (7)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Rosales JE, et al. Estudiaron médicos residentes del hospital Juárez de México, encontrando que el 16%, presentaba depresión, siendo los mas vulnerables los casados (a diferencia de otros reportes en la literatura que mencionan es mas frecuente en médicos solteros), los que realizaban su 1er año de residencia, los que realizaban sus guardias en Terapia Intensiva y quienes tenían familiares con antecedentes de depresión; no encontraron alteraciones en quienes vivían solos, o el realizar guardias ABC, tampoco el pertenecer a alguna especialidad especifica. No tuvieron concordancia con respecto a la mayor prevalencia el sexo femenino o falta de apoyo familiar (2).

Fahrenkopf y cols. Realizaron estudios en 3 hospitales infantiles de EUA, evaluando a 123 residentes de pediatría, encontrando que los residentes de medicina que están deprimidos son alrededor de seis veces más propensos a cometer errores en la medicación que los que no lo están. Encontrando además que el 20% de los residentes se encontraban en alto riesgo de depresión, de los cuales un 26% tenía antecedentes de depresión. No se encontró asociación entre la depresión y la edad, el sexo, el año de residencia, la raza, el estado marital, o las horas de sueño. (8).

Pérez Cruz. Realizo un estudio en un hospital de 3er nivel de la Cd. de México, encontrando una frecuencia de depresión solo en el 16.3%, menor a lo reportado en la bibliografía médica, para los médicos residentes clínicos fue del 16% y para los quirúrgicos del 16.7% (11).

Christie et. al, realizaron un estudio para determinar la autoprescripción de drogas y su uso en médicos residentes de Estados Unidos, encontrando que solo el 2% de los médicos estudiados utilizaban medicamentos psicotrópicos para trastornos del sueño, depresión y ansiedad (10).

Martínez-Lanz y cols, realizaron un estudio para determinar el grado de depresión, consumo de alcohol y drogas en el personal de salud, estudiando a médicos residentes de un Hospital General de la Cd. De México. Los datos que encontraron en los médicos que formaron parte del estudio, indican signos importantes que pueden repercutir en su vida y desempeño profesional: una tercera parte de los jóvenes padece trastornos del sueño y otra tercera parte consume sólo dos comidas por día. Encontraron la presencia de depresión grave en 54% de la población total, 34% mujeres y 20% hombres y además observaron que el 46% de la población presento depresión moderada en porcentajes similares por sexo. Se encontró asimismo que la mitad de los sujetos considera medianamente satisfactorio su trabajo (5).

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETO DE ESTUDIO: Depresión

SUJETO DE ESTUDIO: Médicos Residentes

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION

La delegación IMSS Aguascalientes cuenta con 6 especialidades con un total de 87 médicos residentes en total siendo 31 hombres y 56 mujeres, con 55 médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar cursando los 3 años en esta delegación y con 32 médicos residentes en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología, Medicina Interna y Pediatría, los cuales solamente cursan el primer año de la especialidad en la delegación, Con un rango de edades entre 25 a 39 años, todos con licenciatura en Medicina. Gozando de una beca económica de entre \$4,900.00 a \$5,400.00 (29).

PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

En nuestro país se han reportado signos depresivos en médicos residentes hasta en un 47% para las diversas especialidades.

En la delegación IMSS Aguascalientes en el ciclo 2003-2006 existieron 5 bajas de médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar desconociéndose sus causas, todas ocurridas durante el primer año de la residencia. Durante ese periodo además ocurrieron 2 intentos de suicidio. Entre los años 2000-2006 ocurrió un caso de suicidio en un medico residente de anestesiología desconociéndose las causas (29).

En el año 2007 en la Delegación IMSS Aguascalientes, existían en total 79 médicos residentes en las diversas especialidades. Siendo 46 médicos de la especialidad de Medicina Familiar, (10 de los cuales terminaron ya su especialidad), permaneciendo solamente 36 en el 2º y 3er año de la especialidad y 33 médicos en las especialidades troncales (los cuales se encuentran cursando actualmente el 2º año en otra sede). Existiendo en ese año 4 casos de deserción (5.06%), siendo 2 casos (2.53%) de la Especialidad de Medicina Familiar y 2 casos (2.53%) de la Especialidad de Anestesiología. En ese mismo año se presentaron 2 casos de depresión en Médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar (2.53%), uno de los cuales deserto de

la especialidad (1.26%) y el otro presento un intento de suicidio (1.26%) sin embargo todavía permanece en la especialidad (29).

Actualmente en la especialidad de medicina familiar existen 2 casos (1.74%) de depresión en médicos residentes (29).

En el mes de Septiembre 2008, se da de baja un residente (1.14%) de G y O, por causas desconocidas (29).

SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD.

En la Delegación IMSS Aguascalientes se cuenta con 1 Jefe delegacional de enseñanza, 2 jefes de enseñanza en los Hospitales Generales de Zona, 6 coordinadores Médicos de Especialidad, 5 Jefes de Servicio de las Especialidades Troncales en el HGZ 1 y 3 en el HGZ 2, 2 médicos especialistas en Psiquiatría en HGZ1 y 2 médicos especialistas en Psiquiatría en HGZ2, 24 médicos especialistas en Medicina Interna en HGZ1 y 19 médicos especialistas en Medicina Interna en HGZ 2, además de contar con el texto DSM-IVTR, CIE-10 y la Norma IMSS que establece las disposiciones técnico-médicas para la atención y hospitalización de pacientes con trastornos mentales clave 2000-001-010 (27,31,32,45,46,47,48).

NATURALEZA DEL PROBLEMA

En la realización de una especialidad médica no debería existir depresión, sin embargo diversos reportes internacionales reportan depresión en médicos residentes hasta en un 20%. En el ámbito nacional la información disponible nos reporta depresión desde un 16% hasta un 46%, para diversas especialidades. En la Delegación IMSS Aguascalientes en este momento existe depresión en el 1.74% de la población de médicos residentes (información obtenida en forma verbal por el personal de los departamentos de enseñanza de esta delegación, ya que no existen registros a este respecto o ya fueron eliminados), siendo esto inferior a los reportes existentes tanto en la literatura nacional como internacional. Esto probablemente debido a diversos factores entre los que se podrían encontrar primero que los síntomas sean enmascarados por los médicos residentes, o a que exista un desconocimiento de la frecuencia tan alta de este padecimiento en la realización de una especialidad (4, 29,30).

DISTRIBUCIÓN DEL PROBLEMA

Los reportes internacionales colocan la frecuencia de trastornos depresivos en médicos residentes del 15 y 38%. En Estambul los reportes existentes refieren una prevalencia del 16%, en España el 50.2% de los residentes refieren haber sufrido trastornos depresivos. En Canadá en la especialidad de Urgencias se reporta un 19% de médicos residentes con este padecimiento. En los Estados Unidos se reporta que la prevalencia de este trastorno en médicos residentes es del 35% en las diversas especialidades y específicamente para la especialidad de pediatría se reporta que el 26% de los residentes han padecido depresión (8, 37, 39).

Para los médicos residentes de pediatría del Hospital Infantil de México hasta el año 2005 la tasa de deserción era del 29%, siendo el 12% atribuible a depresión, en el hospital Juárez de México existe información hasta de un 16% de depresión en médicos residentes (4,2).

GRAVEDAD DEL PROBLEMA

En nuestro país se han reportado signos depresivos en residentes hasta en 47%, sin embargo un estudio llevado a cabo en médicos residentes del Hospital de especialidades CMN La Raza, reportan depresión hasta en el 79% de los médicos residentes. En el IMSS Aguascalientes en el año 2007 la tasa de deserción en la especialidad de Medicina Familiar en residentes de primer año fue del 10%, argumentando solo el 5% trastornos depresivos, desconociéndose las causas en el resto. En la especialidad de Anestesiología en residentes de primer año la tasa de deserción fue del 25%, desconociéndose las causas, entre los reportes existentes en esta delegación, existe un caso de suicidio en un medico residente de Anestesiología durante los años 2000-2006, además de un intento de suicidio en el año 2007 en un medico residente de Medicina Familiar, durante el año 2008 existió la deserción de un medico residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, también desconociéndose las causas (2, 4, 29,37, 8, 38, 39).

MAGNITUD

La Depresión es una de las causas más frecuentes de discapacidad, en los médicos residentes existe hasta 6 veces más riesgo de cometer errores durante su práctica. En Estados Unidos más de 98,000 pacientes mueren cada año por negligencias provocadas por médicos residentes. Además si los trastornos depresivos no se tratan adecuadamente

se tenderá a la cronicidad y al incremento de la mortalidad debida al suicidio, con riesgo seis veces mayor al que se observa en la población general (8).

TRASCENDENCIA

En el ámbito medico la depresión constituye el trastorno psiquiátrico mas común, siendo mas frecuente en médicos solteros y sometidos a estrés. Se asocia con el abuso de sustancias, bajo rendimiento, altos porcentajes de deserción y constituye la causa más común de muerte por suicidio (4, 25, 40).

FACTORES RELACIONADOS

Se han identificado diversos factores relacionados con el padecimiento, los cuales hemos agrupado de la siguiente forma:

En relación con la especialidad: Tipo de Especialidad, Lugar de rotación de las guardias, gran carga de trabajo, falta de tiempo libre, falta de horas de sueño, altos niveles de estrés, horas netas de estudio, largas jornadas de trabajo, baja remuneración, tipos de guardias (2, 4, 11,22, 33, 16, 40, 41,42).

En relación con el Medico Residente: falta de apoyo familiar, Nivel socioeconómico, tipo de familia, edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, falta de información sobre el padecimiento (2, 4, 5, 40, 41,42).

En relación con el lugar de realización de la especialidad: instalaciones inadecuadas, falta de lugares apropiados para descanso, falta de personal medico adiestrado en enseñanza, carencia de recursos, maltrato emocional, falta de reconocimiento (4, 34, 43,42)

ARGUMENTO DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE NO ES SUFICIENTE

En la realización de una especialidad médica no debería presentarse depresión, sin embargo en los últimos años este padecimiento ha ido en aumento, tanto en la población general como en la población medica. Para el medico residente la realización de una especialidad medica constituye sobre todo en los primeros años uno de los pasos mas difíciles de su vida profesional y es probablemente esto aunado al nivel de vida actual que predispone mas fácilmente a que se presente este trastorno. En la delegación IMSS

Aguascalientes, los datos con los que contamos acerca de este padecimiento son inferiores a los reportados en la literatura tanto nacional como internacional, por lo que el presente proyecto tiene como principal objetivo identificar los casos de depresión y las especialidades que son mas afectadas.

DESCRIPCIÓN DE OTROS PROYECTOS RELACIONADOS

Álvarez y cols. Estudiaron médicos especialistas y residentes de Anestesiología con el test de depresión de Zung y encontraron que solo 1.3% de los médicos presentaban datos compatibles con depresión (7).

Fahrenkopf A. et. al. Realizaron un estudio prospectivo para determinar la prevalencia de depresión y Sd. Burnout entre residentes de pediatría y establecer la relación existente entre estas enfermedades y los errores en el tratamiento. Encontrando que el 20% de los residentes se encontraban en alto riesgo de depresión (8).

Rosales y Gallardo, et.al Realizaron un estudio transversal y observacional en 162 residentes del hospital Juárez de México encontrando una prevalencia de depresión del 16%, manifestando además 88% insatisfacción y culpa, 80% indecisión, insomnio y fatiga 73%, retardo laboral 79% (2).

Pérez Cruz. Realizo un estudio en un hospital de 3er nivel de la Cd. de México, encontrando una frecuencia de depresión solo en el 16.3%, menor a lo reportado en la bibliografía médica, para los médicos residentes clínicos fue del 16% y para los quirúrgicos del 16.7% (11).

Christie et. al, Realizaron un estudio para determinar la autoprescripción de drogas y su uso en médicos residentes de Estados Unidos, encontrando que solo el 2% de los médicos estudiados utilizaban medicamentos psicotrópicos para trastornos del sueño, depresión y ansiedad (10).

Martínez-Lanz y cols, realizaron un estudio para determinar el grado de depresión, consumo de alcohol y drogas en el personal de salud, estudiando a médicos residentes de un Hospital General de la Cd. de México. Encontraron la presencia de depresión grave

en 54% de la población total, 34% mujeres y 20% hombres y además observaron que el 46% de la población presento depresión moderada en porcentajes similares por sexo (5).

Whitley T W, et al. Realizaron un estudio para comparar los niveles de estrés en el trabajo y depresión en Médicos Urgenciólogos, estudiando médicos de Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Reino Unido, encontrando que de acuerdo a la escala CES-D se presentaron altos niveles de depresión en médicos solteros, y una diferencia ligeramente mayor en mujeres que en hombres (40).

Betancourt Sanchez MJ et al. Realizaron un estudio observacional, transversal y analítico en residentes de especialización medica de diversas disciplinas utilizando la escala Hamilton encontrando que las mujeres tienen mayor probabilidad para depresión, así como el estar casado y el ser residente de 3er año, así como aquellos sometidos a altos niveles de estrés (41).

INFORMACIÓN QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO

- Identificar los casos de depresión en médicos residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes.
- Determinar el grado de depresión que padecen los médicos residentes
- Identificar las especialidades que mas presentan este trastorno
- Identificar los principales factores relacionados con la depresión en médicos residentes

USO DE LA INFORMACIÓN RESULTANTE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

La información la utilizaremos para brindar una mayor atención desde el inicio de la especialidad a los médicos que presenten datos compatibles con este padecimiento y principalmente en aquella especialidad en que se identifiquen más casos de este trastorno.

CONCEPTOS UTILIZADOS

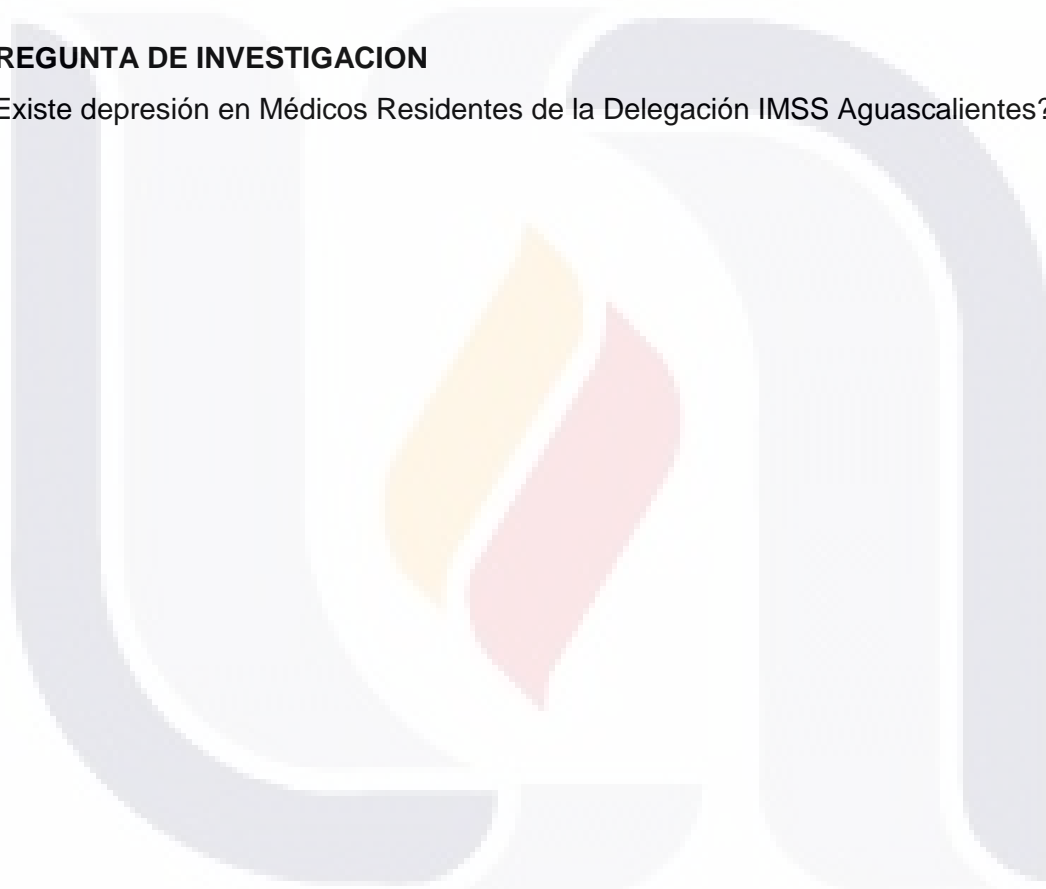
Depresión: La OMS define la depresión como un trastorno mental común caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o el apetito, disminución de la energía y pobre concentración, estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes, alterando

sustancialmente la capacidad del individuo para hacer frente a la vida cotidiana. En su forma mas grave la depresión puede conducir al suicidio (50).

Médico Residente: Es el profesional de la medicina que ingresa en una unidad medica receptora de residentes del IMSS por medio de una beca para la capacitación de sus trabajadores o con propuesta del sindicato nacional de trabajadores del seguro social para cumplir una residencia y recibir instrucción académica y el adiestramiento en una especialidad de acuerdo con el programa académico del instituto (28).

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe depresión en Médicos Residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes?



IV. MARCO TEORICO

La etiología de la depresión es multifactorial, con predominio de algunos agentes predisponentes y determinantes sobre otros según el cuadro. El estado constitucional y los factores ambientales deben ser en todos los casos mutuamente complementarios, pues el predominio del primero o de los segundos influirá para el desarrollo de la depresión (13,14).

En la actualidad puede decirse que en el campo de la depresión aun no conocemos las causas etiológicas únicas, si bien nadie duda de lo heredobiológico, cuya traducción podría ser el desequilibrio de ciertos sistemas de neurotransmisión, presinápticos o postsinápticos, de receptores o incluso anomalías de las proteínas intersinápticas transportadoras (15).

Podemos dividir las causas de la depresión en primarias y secundarias (13).

PRIMARIAS

- **Bioquímicas Cerebrales.**

La teoría más aceptada, postula que un déficit relativo en las concentraciones de Noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión (13)

- **Neuroendocrinos.**

Tales como disfunción hipotalámica, aumento del cortisol, alteraciones en la función tiroidea, disminución en la hormona del crecimiento (13).

- **Neurofisiológicos**

En los pacientes deprimidos que se realizan EEG, existe disminución en la fase REM (13,14)

- **Genéticos y Familiares.**

Estudios recientes han encontrado relación entre depresión y herencia (13,14).

- **Factores Psicológicos**

En la depresión la presencia de factores psicógenos tiene gran importancia, según algunos autores (13,14).

- **Factores Psicosociales**

Indican que los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia los primeros episodios de depresión que a los episodios posteriores (16).

SECUNDARIAS

- **Drogas.**

Más de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión (13).

- **Enfermedades Orgánicas e infecciosas**

Cualquier enfermedad especialmente las graves pueden causar depresión como reacción psicológica (13).

- **Enfermedades Psiquiátricas.**

Esquizofrenia y etapas avanzadas de trastorno de pánico pueden cursar con depresión (2).

Factores Genéticos

Los datos indican que un factor genético esta implicado claramente en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo, pero el patrón de transmisión genética sigue mecanismos complejos.

Estudios en Familias

Los estudios realizados, han demostrado que existe un riesgo mayor de presentar la enfermedad en los familiares de primer grado. La revisión de varios estudios en familias con miembros diagnosticados con depresión muestra en promedio una prevalencia de un 9% comparado con 3% de la población normal. También se ha visto que la probabilidad de sufrir trastornos de estado de ánimo, decrece a medida que se aleja el grado de parentesco. Un hallazgo interesante es el relacionado con la edad de inicio de la enfermedad, se describe que si existe depresión como antecedente en uno de los padres y la edad de inicio es antes de los 20 años de edad, la probabilidad familiar de sufrir el trastorno aumenta; por el contrario, cuando el cuadro depresivo se inicia después de los 40 años el riesgo es menor (14, 17, 18).

Estudios en Gemelos

La concordancia en gemelos homocigóticos para el episodio depresivo es aproximadamente del 50% y en gemelos dicigóticos es del 10-25%. Esta diferencia entre gemelos monocigóticos y dicigóticos confirma que existe una alta influencia de los factores genéticos en la presentación de la enfermedad depresiva (14, 17, 18).

Estudios en adopción

Los resultados en estudios de adopción en depresión son muy variables. Estos estudios han aportado datos que confirman la base genética de la heredabilidad de la depresión, aclaran además las influencias ambientales, sobre las propiamente hereditarias; se ha visto que existe mayor morbilidad en hijos de padres que padecen el trastorno, adoptados por padres sanos; al estudiarse los padres biológicos de pacientes adoptados que presentan trastorno depresivo, se reporta un porcentaje de un 8 % en los padres biológicos que presentan igualmente depresión. Este hallazgo es mayor al encontrado en los padres biológicos de los individuos controles, en los cuales la depresión se presenta en un 5%, así mismo se ha visto menor o igual morbilidad en hijos de padres sanos, adoptados por padres que padecen el trastorno (17,18).

Estudios de ligamiento

Se ha considerado (teniendo en cuenta la mayor prevalencia en las mujeres), que existe una relación directa con el cromosoma X, pero los estudios con marcadores de DNA que han tratado de demostrar este patrón de herencia, han fallado sistemáticamente. Los estudios de asociación han reportado relación con el gen transportador de la serotonina en el cromosoma i/q, y otros con el receptor D4 de la dopamina, estos hallazgos no han podido ser replicados en forma consistente (17).

Factores Psicológicos

Deben analizarse no solamente los antecedentes de la infancia para comprender las secuelas que circunstancias especiales han dejado durante los primeros años de vida; también es necesario advertir la presencia de sentimientos de culpa, de incidentes que en la vida del paciente han tenido algún significado, y de tensiones familiares, incluyendo las matrimoniales o sexuales. Además se deben distinguir si estas circunstancias son factores etiológicos determinantes, o si son elementos desencadenantes que ponen de manifiesto la incapacidad de enfrentamiento de una personalidad deficientemente estructurada. Una causa determinante es la mala integración de la personalidad en la etapa formativa. Una causa desencadenante puede ser la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad y los impulsos coercitivos de sexualidad y dependencia. Cuando están presentes entran en conflicto con la personalidad del paciente produciendo angustia, que es la fuente más común para este

trastorno. En la depresión neurótica el elemento “perdida” es de gran importancia. La perdida puede ser reciente y real o haberse presentado en el pasado, ser de algo intangible (afecto o autoestima), o ser inminente y amenazadora (juventud que se va). Lo que importa no son los hechos sino la actitud del enfermo respecto a ellos (14). Esto se vera detalladamente mas adelante.

Factores Psicosociales

Acontecimientos vitales y Estrés

Los acontecimientos estresantes preceden con más frecuencia a los primeros episodios de depresión. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña al primer episodio produce cambios a largo plazo en la biología cerebral. Estos cambios pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores y sistemas de señales intraneuronales, variaciones que implican perdidas neuronales y una disminución exagerada de conexiones sinápticas. Como consecuencia la persona resulta más vulnerable a sufrir episodios posteriores incluso sin factores estresantes externos. Los datos más convincentes indican que el acontecimiento vital mas frecuentemente asociado al desarrollo posterior de una depresión es la perdida de uno de los progenitores antes de los 11 años. Esto se vera detalladamente mas adelante (18).

Factores de la personalidad premorbidos

La predisposición de una persona a padecer depresión no depende de rasgos individuales de personalidad ni tipología específica alguna. Todos los seres humanos, sea cual sea su perfil de personalidad, pueden deprimirse, y de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias. No obstante, ciertos tipos de personalidad (oral-dependiente, obsesivo-compulsivo, histérica) presentar un mayor riesgo de depresión que las personalidades antisociales, paranoides u otros grupos que utilizan la proyección y otros mecanismos de defensa para protegerse de su ira interna. Además Se ha demostrado que es más probable que produzcan depresión los factores estresantes experimentados por el paciente como un reflejo negativo sobre su autoestima. Además, lo que puede parecer un factor estresante relativamente moderado para ciertas personas puede tener efectos muy negativos en un determinado paciente, debido a los significados particulares e idiosincrásicos unidos al acontecimiento (18).

Factores Biológicos

En la patogénesis de la depresión se ha referido la participación de varios neurotransmisores, así como de diversos neuropeptidos, la serotonina ha sido la más estudiada, si bien es posible que la alteración de dicho neurotransmisor no sea sino la expresión de alguna otra alteración más específica, quizá noradrenergica. La primera hipótesis contrastable relacionada con el origen biológico de la depresión partió de la observación de que muchos pacientes que tomaban reserpina, un medicamento antihipertensivo, desarrollaban cuadros depresivos graves. Experimentos de laboratorio mostraron que la reserpina tenía la capacidad de disminuir de forma drástica las aminas biógenas del cerebro, especialmente la norepinefrina y la serotonina, mediante un mecanismo de desaminación y disminución de la síntesis de estos neurotransmisores. Se planteó entonces que la depresión podría ser el resultado de la disminución en la disponibilidad de aminas biógenas en el cerebro y que el incremento de éstos neurotransmisores en el espacio sináptico podrían aliviarla (19)

Bioquímicas Cerebrales

Aminas Biógenas: Entre estas sustancias la noradrenalina, dopamina y la serotonina son los neurotransmisores implicados más habitualmente en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo. (18)

Noradrenalina: La correlación sugerida por la investigación básica entre la regulación a la baja de los receptores B-adrenergicos y la respuesta clínica a los antidepresivos es probablemente el dato más importante para evidenciar el papel del sistema noradrenergico en la depresión. Otras evidencias han implicado a los receptores presinapticos B2-adrenergicos en la depresión, ya que la activación de estos receptores produce una disminución de la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores presinapticos también se encuentran en las neuronas serotoninergicas y regulan la cantidad de serotonina liberada (18).

Serotonina: La serotonina ha sido la más estudiada debido a que cumple con un papel clave en la expresión de varias de las conductas asociadas con este trastorno. Diversos investigadores han reportado una disminución de las concentraciones de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Serotonina (5-HT) en el tallo cerebral de sujetos suicidas, también se ha reportado la disminución de su metabolito: el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA). Sin embargo existe una gran discrepancia en los resultados obtenidos en otras regiones cerebrales ya que en varias investigaciones no se han encontrado cambios en las concentraciones de serotonina o su metabolito en el hipotálamo, ni en las cortezas singular o frontal. Se han identificado 3 receptores de serotonina principales. Los receptores 5-HT_{1A} y 1D que son de importancia para la función cognitiva están disminuidos en pacientes suicidas y depresivos; además los receptores 1A tiene sensibilidad frente a la ingestión de medicamentos antidepresivos. Otros receptores, los 5-HT₂ por el contrario están aumentados en los pacientes depresivos suicidas (18,19, 36).

Dopamina: Los datos actuales sugieren que la actividad dopaminérgica podría estar disminuida en la depresión y aumentada en la manía. El descubrimiento de nuevos subtipos de receptores dopaminérgicos y el conocimiento cada vez mayor de los mecanismos reguladores del funcionamiento presináptico y postsináptico de la dopamina han enriquecido aun más la investigación sobre la relación de este neurotransmisor y los trastornos del estado de ánimo. Dos teorías recientes sobre las relaciones dopamina-depresión sugieren que la vía dopaminérgica mesolímbica podría estar alterada en la depresión y existir una hipoactividad en el receptor dopaminérgico tipo 1-D₁ (18).

Triptofano y Melatonina

Triptofano: Existe controversia en cuanto a las concentraciones de Triptofano (TRP) en pacientes deprimidos. Tanto en Plasma como en LCR, se han reportado que los niveles de este aminoácido son menores en sujetos con depresión en comparación con niveles normales, sin embargo otros estudios mencionan que la concentración es normal en pacientes deprimidos, e incluso en plasma los niveles pueden ser más elevados. Además se ha observado que cuando se administra una dieta especial (con dosis baja de TRP y dosis elevada de aminoácidos neutros), los pacientes deprimidos en fase de remisión recaen rápidamente, a pesar del tratamiento antidepresivo (19).

Melatonina: Algunos autores sugieren que la depresión es una consecuencia de secreción inapropiada (disminuida) de melatonina (19, 20).

Otros factores neuroquímicos

No se dispone de datos concluyentes todavía, se cree que los aminoácidos neurotransmisores (principalmente el GABA) y los péptidos neuroactivos (vasopresina y opiáceos endógenos) esa implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo. Algunos investigadores han sugerido que los sistemas de segundos mensajeros, como la adenilciclasa, el fosfatidilinositol y la regulación de calcio, también pueden tener relevancia causal (18).

Neuroendocrinos

Existen tres sistemas neuroendocrinos principales, que se han encontrado significativamente alterados en la depresión: el eje Hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo (HHT) y la hormona del crecimiento.

Hormona de Crecimiento

Los pacientes deprimidos muestran aplanamiento del ritmo diurno de secreción de hormona de crecimiento, especialmente del pico nocturno. Esto puede ser debido al sueño interrumpido que acompaña a la depresión (21).

Eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal

La perturbación hipotalámica primaria en el eje HHA en la depresión puede consistir en un incremento en el número de neuronas que contienen Factor liberador de Corticotrofina (CRF) en el núcleo paraventricular lo que lleva a hipersecreción de CRF en hipotálamo esto conduce a una cadena de eventos, comenzando con un agrandamiento de la hipófisis con incremento en la secreción de ACTH, llevando a un agrandamiento de la corteza adrenal, con incremento en los niveles de cortisol basal, esta hipercortisolemia resulta en alteraciones en los receptores de glucocorticoides, los cuales se tornan menos funcionantes o resistentes en pacientes deprimidos (21).

Eje Hipotálamo-Hipófisis-Tiroideo

Los pacientes deprimidos presentan varias alteraciones en el eje HHT, tales como: Aplanamiento en el ritmo circadiano de la secreción de hormona tiroidea, con ausencia del pico nocturno normal de secreción de hormona estimulante de tiroides; además se ha visto que algunos pacientes muestran concentraciones elevadas de Hormona liberadora

de tirotrópina (TRH) en LCR, esto puede provocar una resistencia de los receptores de TRH de las células de hipófisis anterior lo que explica la respuesta aplanada de la TSH a la TRH exógena (21).

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño (insomnio inicial y tardío, despertares múltiples, hipersomnias) son síntomas clásicos y comunes de la depresión. Los investigadores han constatado durante mucho tiempo anomalías diversas en los electroencefalogramas de sueño de muchas personas deprimidas. Las más frecuentes incluyen el retraso del inicio del sueño, acortamiento de la latencia REM, un incremento de la longitud del primer periodo REM y un sueño delta alterado. Se ha comprobado además que la falta de sueño, puede producir un empeoramiento del estado de ánimo deprimido en sujetos sanos (18, 22, 36).

Neuroimagen

Las técnicas de neuroimagen han señalado al córtex cingulado anterior del córtex prefrontal, que tiene la capacidad de modular la respuesta emocional, como una de las áreas cerebrales probablemente alteradas en la depresión, además de la amígdala, el núcleo estriado y el tálamo. Los hallazgos más representativos en el córtex prefrontal a nivel del córtex cingulado, se localizan fundamentalmente en cuatro áreas: la región subgenual del cíngulo anterior, el área pregenual, también situada en el cíngulo anterior, las regiones orbital y ventrolateral de la corteza prefrontal, y por último, las áreas dorsolateral de la corteza prefrontal y dorsal del cíngulo anterior (23).

Algunos autores defienden la existencia de una especificidad regional, argumentando la existencia de un mayor riesgo de depresión, en pacientes con infartos corticales pequeños y/o localizados en la región frontal izquierda. En los últimos años, se han realizado grandes esfuerzos para demostrar la posible relación etiológica entre la depresión de inicio tardío y la patología vascular cerebral, denominándose a este posible subtipo de depresión “depresión vascular”, la que se define como aquella depresión que es debida a múltiples infartos cerebrales, con frecuencia “silentes”, es decir sin síntomas neurológicos. Parece ser que este nuevo concepto tiene implicaciones etiológicas, clínicas (criterios diagnósticos de Steffens y col), terapéuticas (tratamiento de los factores de riesgo vascular) y pronósticas (curso crónico y recurrente) que difieren del resto de depresiones. Uno de los hallazgos de las técnicas de neuroimagen que más ha aportado

al conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos de la depresión, ha sido el estudio de las alteraciones neurofisiológicas de los pacientes con Depresión Mayor de inicio tardío (primer episodio después de los 55 años). Se han descrito con la RMN un mayor número y mayor tamaño de señales focales hiperintensas en T2 en la sustancia blanca periventricular, lacunar y profunda del corteza y el núcleo estriado. Además en estudios anatomopatológicos post-mortem se han encontrado alteraciones propias de una isquemia en las mismas áreas y de una disminución del flujo en el PET2. Todo esto sugiere que este subgrupo de trastornos afectivos, como se ha señalado anteriormente, pueda ser secundario a la enfermedad cerebrovascular (23).

Teorías Psicológicas de la Depresión

Las primeras formulaciones psicológicas sobre trastornos depresivos provienen del psicoanálisis, Freud en 1938 propuso algunas teorías sobre la melancolía, pero fue Karl Abraham quien propuso la primera teoría psicodinámica de la depresión.

Teoría Psicodinámica de los Trastornos Depresivos

Esta teoría manifiesta primero que existe una fuerte relación entre obsesión y depresión, segundo que la depresión se da después de un desengaño amoroso, y tercero que muchos depresivos recurren a la ingesta de líquidos o alimentos para superar la depresión.

Abraham constituyó la depresión como una exacerbación constitucional y heredada del erotismo oral, es decir, como una tendencia exagerada a experimentar placer por medio de gratificación oral, lo que conducía a una intensificación exagerada de las necesidades y por lo tanto de las frustraciones asociadas a los actos de chupar, beber, comer, besar. Cuando la persona experimenta repetidas frustraciones con los objetos de sus deseos libidinales, en la fase preedípica, se produce una asociación permanente de sus sentimientos libidinales con deseos destructivos hostiles. Cuando en su vida posterior se repiten tales frustraciones o desengaños amorosos, la persona depresiva vuelve su cólera hacia el objeto amado, el depresivo, busca destruir el objeto, incorporándolo, interiorizándolo con lo que la cólera en última instancia se dirige hacia el YO (24,16).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Freud unió las hipótesis de Abraham con sus conceptualizaciones sobre el fenómeno depresivo, para constituir lo que sería el núcleo del modelo psicodinámico de la depresión, el diferenció las reacciones depresivas normales (melancolía), de aquellas debidas a la pérdida de un ser querido (duelo). Ambas serían respuestas a la pérdida de algo o alguien que se ha amado. En cuanto a la etiología Freud comparte lo propuesto por Abraham, aunque en su intento por comprender la pérdida de la autoestima, enfatiza la regresión a la libido y la identificación narcisista del yo con el objeto. Como consecuencia la ira hacia el objeto perdido es ahora dirigida hacia una parte del propio yo del niño, predisponiendo hacia futuros episodios depresivos (24, 16).

El impacto del modelo estructural del psicoanálisis (Ello/yo/superyo) y de la psicología del yo, llevaron en un primer momento a ampliar el concepto de oralidad de la depresión, y a centrar los modelos del trastorno en el papel de la autoestima y las determinantes de esta. Se postuló que debido a algún trauma infantil, las personas depresivas tenían una fijación oral, y una autoestima excesivamente dependiente de los demás. **La teoría de las relaciones objétales** señaló que esa autoestima o “estado ideal de bienestar” venía determinado no tanto por un trauma o una serie de traumas o fracasos sino por la cualidad de las relaciones en los primeros años de vida (24).

Las teorías psicoanalíticas más recientes afirman que las personas depresivas serían aquellas que, desde pequeñas y debido a “la pérdida del objeto amado por separación, muerte o rechazo” se han vuelto muy sensibles a la sensación de abandono o pérdida, sea real o imaginario. Estos objetos amados son personas importantes en la vida de los niños, usualmente los padres y más significativamente la madre. Esas pérdidas tempranas han hecho que la autoestima, dependa excesivamente de la aprobación y afecto de los demás, de tal forma que son incapaces de superar la frustración, cuando por cualquier causa son rechazados, abandonados o criticados. De esta manera las pérdidas en la infancia sirven como factor de vulnerabilidad, de diátesis, que más tarde, en la edad adulta conducen a depresión, si el individuo experimenta una nueva pérdida, sea real o simbólico (24).

Teorías Conductuales de los Trastornos Depresivos

Los enfoques conductuales comparten una misma base teórica, que la principal causa de la depresión es una reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Ferster fue uno de los primeros psicólogos que estudiaron el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico, experimental y todos los enfoques conductuales parten de sus trabajos. Para el la principal característica de la depresión es la reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el medio (p.ej. Reducción drástica de los contactos sociales o actividad profesional), mientras que por el contrario se produce un exceso de conductas de evitación o escape ante estímulos aversivos (p.ej. pacientes que les cuesta trabajo levantarse y enfrentarse a sus tareas y suelen permanecer en cama casi todo el día), todo proceso que explique estos cambios en la frecuencia conductual podría constituir una causa contribuyente distante de la depresión. Además señala 4 procesos que, aislados o en combinación podrían explicar la patología depresiva:

- Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de refuerzos o estímulos discriminativos importantes.
- Programas de refuerzo, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio.
- Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en los que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone mala adaptación al medio.
- Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas reforzadas en pocas ocasiones (24).

Peter Lewinsohn, Para el la depresión es una respuesta a la perdida o falta de refuerzos positivos contingente a la conducta. Un reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona conduciría a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, los cuales son los fenómenos primarios de depresión. Otros síntomas depresivos como la baja autoestima y la desesperanza serian consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad (24).

Además señalaba ciertos factores mantenedores de la depresión: a corto plazo la conducta depresiva se mantendría al provocar refuerzo social positivo por parte de las personas de su entorno en forma de simpatía, atención, apoyo y afecto. A largo plazo, la conducta depresiva llegaría a ser aversiva para esas otras personas, las cuales llegarían a evitar al individuo, por lo que el reforzamiento se vería reducido y se establecería una

espiral patológica que exacerbaría o mantendría en el tiempo la sintomatología depresiva (24).

Teorías Interpersonales de los trastornos Depresivos.

El enfoque interpersonal en planteamiento psicológico sobre los trastornos depresivos, enfatiza la importancia de los factores interpersonales tanto sociales, como familiares, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión (24, 36).

James Coyne (1976) presenta la más clara conceptualización interpersonal de la depresión, sugiere que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. Su teoría sugiere que cuando existe una ruptura interpersonal, los depresivos se vuelven a las personas de su ambiente en busca de apoyo social, pero que las demandas persistentes de apoyo emitidas por los depresivos gradualmente llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social. Al darse cuenta la persona deprimida de estas reacciones negativas, emite un mayor número de conductas sintomáticas, estableciendo un círculo vicioso que continúa hasta que las personas del entorno social se apartan totalmente de la persona deprimida, dejándola sola y confirmando así su visión negativa sobre sí mismo (24).

Ian Gotlib, extendió el modelo de Coyne resaltando el papel que juega el individuo, especialmente sus estilos cognitivos, y los miembros de su ambiente social. Ellos asumen que la cadena causal que conduce al desarrollo de un episodio depresivo se inicia con la ocurrencia de un estresor, sea de naturaleza personal, intrapsíquico, o un cambio bioquímico (24).

Para Gotlib una vez que la depresión se ha iniciado, dos factores más convergen para mantener o exacerbar la depresión. El primero es un factor interpersonal, e implica tanto la expresión por parte del individuo deprimido de habilidades sociales y esquemas interpersonales desadaptativas como la respuesta de las personas significativas del entorno a su conducta sintomática. El segundo factor es el sesgo cognitivo negativo de los depresivos que se traduce en un aumento de la sensibilidad y de la atención prestada a los aspectos negativos de su ambiente, este conduce a una interpretación negativa de la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

situación y a que la persona depresiva manifieste mas síntomas, esto revierte en una interpretación mas negativa de la situación y en un incremento de los síntomas, que lleva a una respuesta mas negativa por parte de su entorno social y puesto que el individuo deprimido fácilmente percibe y atiende a esas respuestas negativas, se cierra así un circulo vicioso que exacerbaría la depresión y la mantiene en tiempo (24).

Teorías Cognitivas de los trastornos depresivos

Estas teorías comparten un mismo supuesto básico: ciertos procesos cognitivos juegan un papel fundamental en el inicio, el curso y/o la remisión de la depresión. Existen tres clases de teorías cognitivas de la depresión que responden, a los antecedentes conceptuales de las cuales derivan, pero que reflejan diferentes, supuestos cognitivos (24,36).

Teorías Cognitivo Sociales

Estas teorías descansan sobre constructos desarrollados dentro de la tradición de la psicología social.

Teoría de la Indefensión aprendida

Martín Seligman partió de los principios ortodoxos del condicionamiento clásico e instrumental, estudio los efectos que en los animales, producían series de choques eléctricos inescapables. El descubrió que los animales llegaban a desarrollar un patrón de conducta y de cambios neuroquímicos semejantes al de los deprimidos, fenómeno al que dio el nombre de Desamparo o Indefensión aprendida.

La explicación que propone Seligman, es que estas conductas se desarrollan solo cuando el animal no tiene esperanzas de poder controlar nunca la situación aversiva en la que se encuentra. Aplicando este modelo a la conducta humana, Seligman postulo que la perdida percibida del control del ambiente o expectativa de incontrolabilidad, es causa de aparición de una reacción depresiva en humanos, y que dicha expectativa es producto de los siguientes dos factores: a) una historia de fracasos en el manejo de situaciones y b) una historia de reforzamientos sobre una base no contingente que no haya permitido que el sujeto aprenda las complejas aptitudes necesarias para controlar el ambiente. Actualmente se considera que esta teoría puede ser un buen modelo de síntomas depresivos, mas no del complejo síndrome de Depresión Humana (24,36).

Teoría Reformulada de la indefensión aprendida

Abramson, Seligman y Teasdale sugirieron que la teoría de la indefensión presentaba cuatro problemas: 1) no explicaba la baja autoestima típica, 2) no daba cuenta del hecho de que los depresivos se autoinculpan por los fallos, 3) no explicaba la cronicidad y generalidad de los déficit depresivos y 4) no da una explicación satisfactoria del estado de ánimo deprimido como síntoma de la depresión (24).

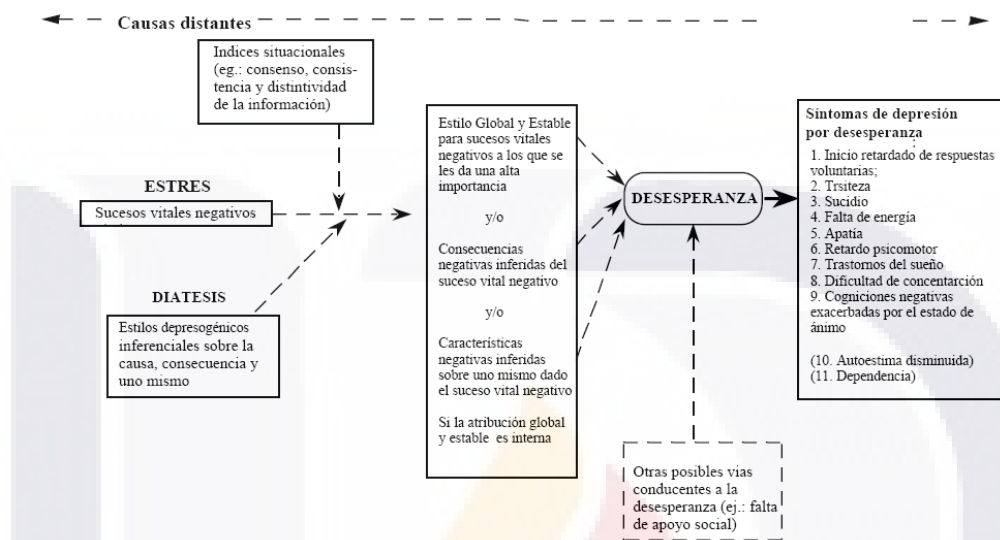
Para resolver estas deficiencias Abramson et. al (1978) postulan que la exposición a situaciones incontrolables no basta por si misma para desencadenar reacciones depresivas, por lo que al experimentar una situación incontrolable las personas intentan darse una explicación sobre dicha causa. Si en esa explicación se atribuye la falta de control a factores internos se produce un descenso de autoestima, si se atribuye a factores estables conducirá a una expectativa de incontrolabilidad en situaciones futuras y la indefensión y los déficits depresivos se extenderían en el tiempo. Postulo también un factor motivacional: la depresión solamente ocurre en aquellos casos en los que la expectativa de incontrolabilidad se refiera a la pérdida de control de un suceso altamente deseable o a un hecho altamente aversivo. Por ultimo señalan además la presencia de un factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión: la existencia de un estilo atribucional consistente en la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores internos, estables y globales. Este estilo atribucional depresogeno estaría presente en las personas proclives a la depresión, pero no en otros individuos (24).

Teoría de la desesperanza

Abramson, Metalsky y Alloy (1989), realizaron una revisión de la formulación de 1978 buscando resolver sus tres principales deficiencias: a) no presenta una teoría explícitamente articulada de la depresión, b) no incorpora hallazgos de la sicopatología descriptiva acerca de la heterogeneidad de la depresión y c) no incorpora de forma plena descubrimientos significativos obtenidos por la psicología social de la personalidad cognitiva (24).

En esta teoría, no se requiere que ninguno de los elementos distantes del modelo este presente para desencadenar la cadena causal depresiva, esta puede activarse por unos elementos u otros, dependiendo de las circunstancias, la persona, etc. En cualquier caso, la desesperanza es el único elemento que se requiere para la aparición de los síntomas de la depresión por desesperanza. Además se plantea que la desesperanza puede ser

producto de las conclusiones a que una persona llegue sobre las consecuencias del suceso negativo. Se otorga un gran énfasis a los procesos atribucionales y se insiste hasta el punto de crear una nueva categoría de depresión, en que diferentes cadenas causales pueden dar lugar a diferentes tipos de depresión (24).



Teoría de la Desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy (1989)

Teorías Conductuales Cognitivas

Estas teorías se centran mas en la varianza personal de la interacción Persona x Situación e incluyen procesos cognitivos, e incluso estructuras cognitivas, en su conceptualización de la depresión.

Teoría del auto control de Rehm

Lynn Rehm elaboro una teoría basada en el aprendizaje social.

Rehm parte de que la depresión es consecuencia de la perdida de una fuente de reforzamiento externo. Por lo que, en estas condiciones el control propio de la conducta es más importante y en consecuencia, los modelos de autocontrol son claramente relevantes, subraya que en la depresión las personas están desesperanzadas sobre sus metas a largo plazo y se sienten incapaces de controlar su propia conducta, lo que se concreta en combinación con las siguientes condiciones:

- Déficit en las conductas de autoobservación

Los individuos deprimidos tienden a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los positivos, lo que explicaría la visión negativa.

- Déficit en las conductas de autoevaluación

Los individuos con criterios o estándares muy rigurosos o muy altos de autoevaluación son más vulnerables a la depresión, ya que a menudo, no pueden alcanzar tales criterios.

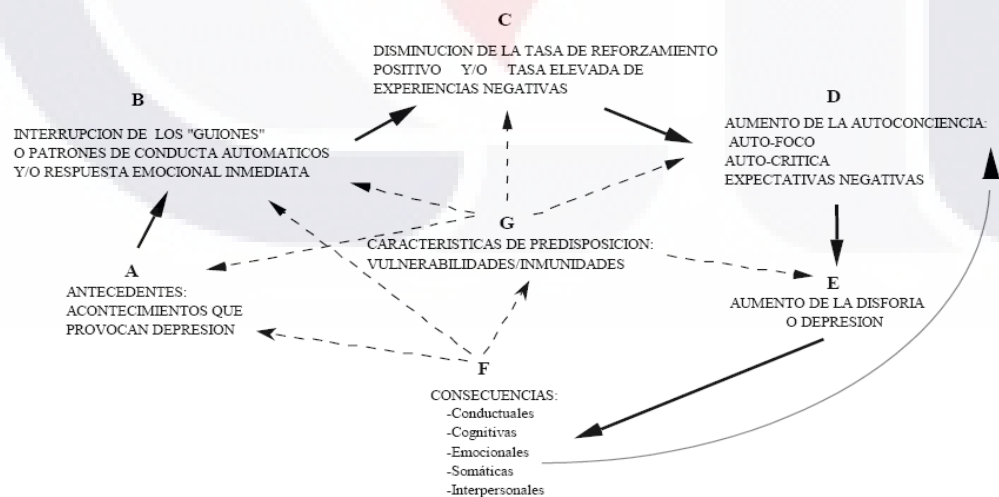
- Déficit en las conductas de autorreforzamiento

El sujeto deprimido se administra insuficientes recompensas o se administra excesivos castigos. Esto explica el bajo nivel de actividad y su excesiva inhibición.

Estos déficits en las habilidades de autocontrol se adquieren durante el proceso de socialización y parecen constituir rasgos que podrían ser detectados con anterioridad a la ocurrencia del episodio depresivo (24).

Teoría de la Autofocalización de Lewinsohn

Siguiendo la tradición conductual, **Lewinsohn y cols** postulan que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular la principal variable sería un aumento de la autoconciencia, aumento que sería resultado de los esfuerzos infructuosos del individuo de enfrentarse y resolver los acontecimientos estresantes que le ocurren (24).



Modelo explicativo de Lewinsohn y colaboradores (Lewinsohn, Hoberman, Teri, y Hautzinger, 1985)

La teoría asume la existencia de características de predisposición que incrementan o reducen el riesgo de un episodio depresivo, siendo las características de vulnerabilidad: 1) ser mujer, 2) edad 20-40 años, 3) historia previa de depresión, 4) tener pocas habilidades de afrontamiento, 5) tener sensibilidad elevada a los sucesos erosivos, 6) ser pobre, 7) mostrar una alta tendencia a la autoconciencia, 8) baja autoestima, 9) bajo umbral de activación para autoesquemas depresogénicos, 10) mostrar independencia interpersonal y 11) tener niños menores de 7 años. Como factores protectores se señalan: 1) autopercepción teniendo una alta competencia social, 2) experimentar alta frecuencia de sucesos positivos y 3) disponer de una persona íntima y cercana a la que poder confiarse (24).

Teorías del procesamiento de información

Estas teorías se inspiran en el paradigma de información y utilizan constructos teóricos derivados de la psicología experimental cognitiva como elementos centrales en su conceptualización de la depresión (24).

Teoría de Beck

La premisa básica de esta teoría es que en los trastornos depresivos existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. En los sujetos normales tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo en las personas depresivas hay un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación; ellos tienden a valorar excesivamente esos sucesos negativos, considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como **triada cognitiva negativa**: una visión negativa del yo, de su propio mundo o experiencia personal y del futuro. Esta triada resulta en una retirada persistente del entorno (24).

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivaciones y fisiológicos que caracterizan al trastorno. Sin embargo este tipo de procesamiento puede ser el producto de múltiples factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. Cualquiera que sea la etiología, sin embargo este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte

intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión (24)

De todas las posibles causas que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información, la teoría afirma que en muchos casos de depresión no endógena, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias o actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir un suceso, importante que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo (24).

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar como las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos, los esquemas disfuncionales depresogénos, se diferencian de los esquemas de los sujetos normales, tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y de su mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. Estas actitudes y creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias negativas tempranas de la infancia. En los individuos deprimidos los esquemas disfuncionales tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas de los individuos normales (24).

La activación de los esquemas depresogénos sería responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante (ej. Fracaso laboral). **La teoría de Beck hipotetiza, que los esquemas depresogénos son la diátesis cognitiva (o factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión (24).**

Además sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresogénico viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad. En la

teoría cognitiva, los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. Esta teoría propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, **sociotropia y autonomía**. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y alta dependencia social a la hora de juzgar su propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia habría sucesos estresantes para cada tipo de esquema, para los esquemas sociotrópicos serían situaciones relevantes a la aceptabilidad social y atracción personal (rechazo social, separación matrimonial, etc.), mientras que para los esquemas autónomos, serían situaciones que restringen autonomía o el logro de objetivos (no alcanzar éxito laboral) (24).

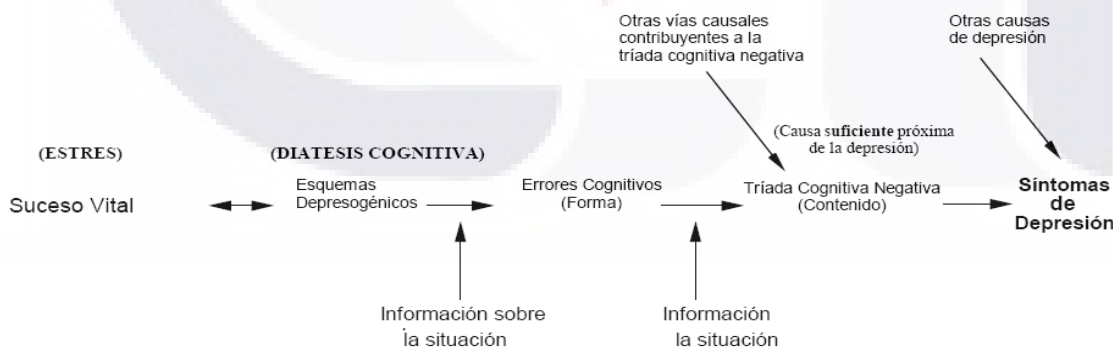
Una vez activados estos esquemas depresógenos, orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas se refleja en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información: inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización y pensamiento absolutista, estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Atendiéndose selectivamente y magnificándose la información negativa, minimizando o ignorando la información positiva. Estas operaciones cognitivas evidentes en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos, de tal forma que se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva, personalizando errores y fallos y exagerando y sobregeneralizando sus efectos negativos (24).

Estas operaciones cognitivas conducen en la depresión al tipo de cogniciones que forman la triada cognitiva negativa. Estas cogniciones tienen correlatos directamente observables expresándose en formas de pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos, siendo estos últimos, ideas estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada que no son fácilmente controlables y parecen plausibles individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos pensamientos comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia y

dañinos psicológicamente puesto que interfieren tanto con las actividades que se realizan en ese momento como en el estado de ánimo de la persona (24).

Estos pensamientos giran en torno a los temas de pérdida, fallo, rechazo, incompetencia y desesperanza, configurando **la triada cognitiva negativa**, que Beck considera parte intrínseca de la depresión. Esta triada implica una **visión negativa de sí mismo** (como alguien inútil y culpable de todas las circunstancias negativas que lo rodean), implica una **visión negativa del mundo** (el individuo percibe las demandas del medio como excesivas o llenas de obstáculos y considera que el mundo está desprovisto de interés) y finalmente implica una **visión negativa del futuro** marcada por la convicción de que ningún aspecto negativo que el individuo percibe o experimenta en el presente podrá modificarse en el futuro a no ser para aumentar las dificultades o el sufrimiento teniendo como resultado la desesperanza (24).

La cadena de acontecimientos que desencadena la depresión en la teoría de Beck adopta pues la forma del **modelo de diátesis-estrés**. Este modelo no es estático ni se centra en experiencias pasadas, plantea una transacción continua con el medio: recogiendo información continuamente del medio para someter a prueba la construcción de la realidad que hace el sujeto a través de los esquemas activos en ese momento. En este sentido se puede ver en la depresión la aparición de círculos viciosos o espirales cognitivas depresivas: las distorsiones negativas o errores en el procesamiento de la información que los individuos depresivos cometen, al personalizar sus fracasos y errores y al exagerar y sobregeneralizar sus efectos (24).



Teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Hipótesis de la Activación Diferencial de Teasdale

John Teasdale desarrollo una teoría de la depresión conocida como la hipótesis de la Activación Diferencial, a partir de la teoría de la Depresión de Beck y del modelo de redes asociativas propuesto por Bower para explicar las relaciones entre emoción y cognición.

La teoría de Teasdale es un **modelo de vulnerabilidad-estrés** en el que se asume que el tipo de acontecimientos que a la postre provoca una depresión clínica en algunos individuos es capaz de producir un estado de animo deprimido transitorio o leve en la mayoría de las personas. Siguiendo el modelo de Bower, Teasdale asume que el inicio de los síntomas depresivos resulta de la activación del nodo de la depresión tras la ocurrencia del suceso estresante, esta activación se propaga a través de los nodos asociados. Si esta actividad cognitiva reactiva al nodo depresivo por un mecanismo de tipo cíclico y se establece un circulo vicioso entre el nodo depresivo y los nodos cognitivos, entonces el estado de depresión inicial se intensificara y mantendrá por mucho tiempo. Por lo tanto es este círculo vicioso el que determina si un estado deprimido inicial se intensifica hasta convertirse en depresión clínica o permanece como estado leve y transitorio que pronto desaparecerá (24).

En la teoría de Beck, ese tipo de interpretaciones y autoevaluaciones negativas, que equivalen a la triada cognitiva negativa, son las que moderan el papel de factores ambientales, sin embargo a diferencia de esta teoría, la teoría de Teasdale no cree que el emparejamiento entre tipo de suceso y tipo de nodos o constructos cognitivos es un requisito necesario para la depresión.

El presente trabajo se enfocara en la teoría de Beck, esto debido a que existe un cuestionario del mismo autor (Inventario de Beck para Depresión) que es un instrumento especifico para valorar la depresión y que ya a sido validado en población mexicana (con un Alfa de Cronbach de 0.87%), conservando su sensibilidad y especificidad, además que permite evaluar la gravedad de la depresión. (35).

V. MARCO CONCEPTUAL

La OMS define la depresión como un trastorno mental común caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o el apetito, disminución de la energía y pobre concentración, estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes, alterando sustancialmente la capacidad del individuo para hacer frente a la vida cotidiana. En su forma mas grave la depresión puede conducir al suicidio (25).

Para la Real Academia de la Lengua la depresión es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos (26).

Según el DSM-IV-TR la depresión es un episodio cuya característica esencial es un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Además el sujeto debe experimentar otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio (27).

El contrato colectivo de trabajo vigente define a la Residencia medica, al medico residente y además describe las actividades que debe llevar a cabo el medico residente. La residencia medica es el estudio complementario para obtener la especialización en una rama de la medicina, además es el conjunto de actividades que debe cumplir un medico residente en periodo de adiestramiento para realizar estudios y practicas de postgrado, respecto de una disciplina de la salud dentro de la Unidad Medica Receptora de Residentes de acuerdo con el Programa Académico del Instituto y el Programa de Especialización correspondiente (28).

El medico residente en periodo de adiestramiento en una especialidad, es el profesional de la medicina que ingresa en una unidad medica receptora de residentes del IMSS por medio de una beca para la capacitación de sus trabajadores o con propuesta del sindicato nacional de trabajadores del seguro social, para cumplir una residencia y

recibir instrucción académica y el adiestramiento en una especialidad de acuerdo con el programa académico del instituto (28).

Las actividades curriculares de los médicos residentes comprenden la instrucción académica, el adiestramiento clínico y la instrucción clínica complementaria (28).

Las instrucciones académicas consisten en conferencias, sesiones clínicas, anatomo-clínicas, clínico-radiológicas, bibliográficas y otras actividades similares, con una duración de un mínimo de 5 horas semanales (28).

El adiestramiento clínico se efectúa mediante la enseñanza tutelar que imparten los jefes de división, los jefes de departamento clínico y los médicos de base. La participación de los médicos residentes debe ser activa y tendiente a catalizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del mismo y queda regulada por las normas particulares de cada servicio en las unidades Médicas receptoras de residentes; durante el tiempo que dure este adiestramiento clínico los médicos residentes no pueden hacerse cargo de manera exclusiva del estudio y tratamiento de los pacientes, por lo que todas las actividades clínicas están sujetas a las indicaciones y supervisión de los médicos del instituto. El adiestramiento clínico implica la elaboración de historia clínica y notas en el expediente clínico en las formas que utilice el Instituto y de acuerdo con las indicaciones contenidas en los instructivos correspondientes, el estudio integral de cada paciente debe ser evaluado en forma conjunta entre los médicos del instituto y los médicos residentes (28).

La instrucción clínica complementaria es adicional a la práctica clínica señalada para la instrucción académica y el adiestramiento clínico; tiene un máximo de 3 veces por semana con intervalos de por lo menos dos días y en forma alternada durante los sábados y domingos y días no hábiles en el IMSS y se realiza de acuerdo con la organización de cada una de las unidades médicas en particular, las cuales deben contar con instalaciones adecuadas para descansos y aseo personal (28).

VI. JUSTIFICACIÓN

La depresión es uno de los trastornos del estado de ánimo más común, de acuerdo a la literatura mundial se presenta en médicos residentes hasta en un 47%, este padecimiento repercute en el desempeño físico y académico de los residentes, poniéndose con esto en peligro no solo la vida de los pacientes ya que se ha visto que se provocan errores en el tratamiento, errores en los diagnósticos o interpretación de estudios de laboratorio y gabinete, además también la integridad física del médico residente. A nivel nacional se han llevado a cabo diversos estudios a este respecto, sin embargo en nuestro estado aun no se han realizado, se considera su aceptabilidad política y su factibilidad es positiva.

Por lo anterior mencionado se considera necesario obtener información sobre este padecimiento en nuestros médicos residentes, para así poder en un futuro realizar acciones para prevenir dicho padecimiento.

VII.OBJETIVOS

Objetivo general

Caracterizar la Depresión en Médicos Residentes

Objetivos específicos

- Identificar los factores asociados a depresión en Médicos Residentes.
- Identificar en que especialidad es más común la depresión.



VIII. METODOLOGIA

1) Tipo de Estudio

Es un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal simple.

2) Universo de Estudio

Esta constituido por los Médicos Residentes adscritos a la Delegación IMSS Aguascalientes.

El universo de trabajo esta constituido por 87 médicos residentes con edades entre los 25 y 42 años, sin distinción de sexo, que se encuentren cursando las especialidades de Medicina Familiar, Medicina Interna, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría.

3) Población De Estudio

Médicos Residentes adscritos a la Delegación IMSS Aguascalientes.

4) Unidad de Observación

Médico Residente adscrito a la Delegación IMSS Aguascalientes

5) Tamaño de la Muestra

La muestra que utilizaremos esta constituida por todos los médicos residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes, tomada en base al Censo de Médicos Residentes de esta delegación.

6) Criterios para selección de la población

Criterios de Inclusión

En el estudio se incluirá a todos los Médicos residentes adscritos a la Delegación IMSS Aguascalientes, de todos los grados, que cursen cualquiera de las seis especialidades, de ambos sexos, de cualquier edad y que acepten participar en el estudio.

Criterios de No Inclusión

No se incluirá en el estudio a aquellos médicos residentes que no se encuentren al momento del estudio en la Delegación IMSS Aguascalientes, Médicos realizando la especialidad en modalidad semipresencial (Medicina Familiar y Urgencias) y aquellos que se nieguen a participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

Se excluirá del estudio a los médicos residentes que contesten el cuestionario en forma incompleta.

7) Plan de recolección de la información

Durante el mes de Enero del 2009, previa autorización de las autoridades, después de dar a conocer los objetivos del estudio, se acudiría con los Médicos Residentes a cada uno de los servicios, informándoles el propósito del estudio, solicitándoles su colaboración con participación anónima y voluntaria. Se les entregara el cuestionario el cual será autoadministrado instruyéndoles sobre los mecanismos de respuesta y otorgándoles la carta de consentimiento informado, ese mismo día el investigador principal procederá a recolectar el instrumento ya contestado, verificando su llenado completo y codificándose con el folio final de identificación. La captura y análisis de la información se realizara con el paquete estadístico EPI-INFO.

8) Análisis de Datos

En un nivel descriptivo para todas las variables se obtendrá distribución de valores absolutos y relativos (Porcentajes). Para las variables de tipo cuantitativo se representaran en cuadros y gráficos. Se buscaran diferencias estadísticamente significativas entre los subgrupos formados según las características de los participantes mediante la prueba exacta de Fisher.

9) Prueba Piloto

Se realizo prueba piloto con cinco médicos residentes que cursan su formación en el ISEA, para observar tiempos de llenado, observar imprevistos y corregir errores. No se eliminaron ITEMS, no hubo sugerencias para cambio de formato, y se realizo firma de consentimiento informado previa entrega de cuestionario.

10) Plan de Análisis

Los resultados se mostraran mediante estadística descriptiva en donde las variables sociodemográficas se presentaran en valores absolutos y relativos, los sujetos en estudio se clasificaren en 4 categorías tomadas de la estandarización del Inventario de Depresión de Beck.

11) Logística

Para el presente trabajo de investigación se seleccionaron a los médicos residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes durante el periodo 2008-2009.

El investigador acudió a los servicios donde se encontraban rotando para invitar a los médicos residentes, para conocer su aceptación en forma voluntaria, activa y formal en el estudio. La invitación se realizó en los servicios en que cada médico residente se encontraba rotando en el momento del estudio. La invitación se hizo en forma individual por el investigador para cada uno de los pacientes.

El investigador explicará el propósito de la investigación sus objetivos y desarrollo de la misma, así mismo se solicitará en caso de aceptación su consentimiento informado y se les garantizará el anonimato y confidencialidad.

El instrumento se aplicará en los servicios donde se encuentren rotando los médicos residentes que acepten intervenir en la investigación.

El instrumento se aplicará mediante una encuesta con preguntas estructuradas y respuestas precategorizadas que el médico residente deberá contestar, con una duración aproximadamente menor de 10 minutos.

El instrumento ya valorado para residentes de la ciudad de México, tiene una confiabilidad de acuerdo al índice Alfa de Cronbach de 0.87.

12) Consideraciones Éticas

El presente estudio maneja consideraciones éticas importantes tales como: ideación suicida, sentimientos de desesperanza, sentimientos de fracaso, insatisfacción, culpa, sentimientos de castigo, dificultad para toma de decisiones; por este motivo este estudio será confidencial, sin embargo debido a las consideraciones éticas ya mencionadas, cuando se detecte depresión en algún médico residente, este será contactado en forma inmediata y confidencial y se le invitará a acudir para que pueda recibir atención especializada y mediante una entrevista con el médico Psiquiatra poder clasificar el tipo de depresión que padece el médico residente y una vez hecho esto si amerita se le proporcionará tratamiento.

IX. RESULTADOS

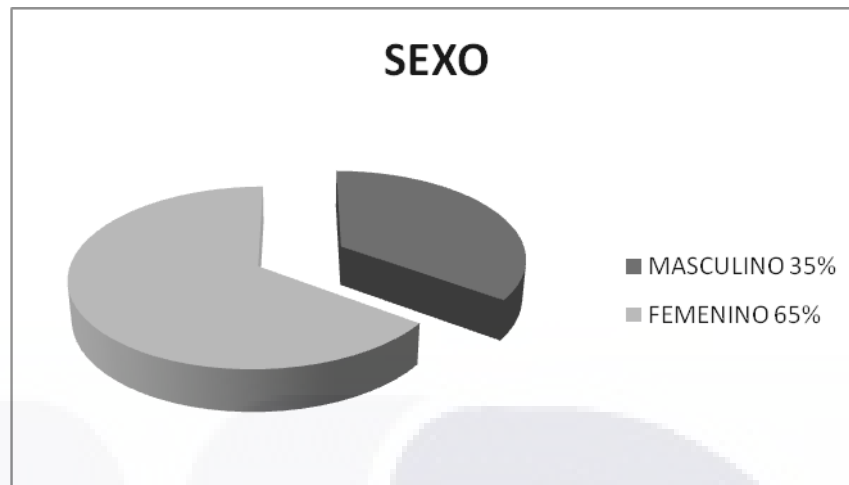
Para estimar la frecuencia con que se presenta la depresión en médicos residentes (ciclo 2008-2009), adscritos a la Delegación IMSS Aguascalientes, se aplicó el Inventario para Depresión de Beck a 73 de ellos, siendo eliminado uno de ellos por no contestar completamente el instrumento, quedando con un grupo final de 72 médicos residentes.

El instrumento fue aplicado en uno periodo de 2 semanas (del 12 al 23 de enero de 2009) y se calificó de acuerdo a la puntuación obtenida de la sumatoria de cada uno de los 21 ítems del Inventario de Beck del valor determinado para cada una de las respuestas.

Según la puntuación se clasificó en 4 categorías, de acuerdo a la estandarización del Inventario para la Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México realizado por Jurado, S., et al. Cuadro 1.

Cuadro 1. Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México.	
Nivel de Depresión	Puntaje
Sin Depresión	0-9
Depresión Leve	10-16
Depresión Moderada	17-29
Depresión Severa	30-63

Del total de participantes, el 35% fueron hombres y el 65% mujeres, con un rango de edades entre los 23 años y 39 años, (Grafica 1). Originarios de Aguascalientes 22%, foráneos 78%, el 40% fueron casados, de los participantes el 64% no tenían hijos, el 21% tenía 1 hijo y el 15% tenía 2 hijos. En lo referente a antecedentes familiares de depresión 34 de los 72 participantes manifestó tenerlos. (ver Cuadro 2.1).



Grafica 1. Grafica de acuerdo al sexo de los participantes

Cuadro 2.1 Afectados según variable sociodemográfica y presencia de depresión.

Variable		Sin Depresión	Con Depresión	Totales
Sexo	Masculino	24	1	25
	Femenino	40	7	47
Edo. Civil	Casado	24	5	29
	Soltero	40	3	43
Numero de Hijos	Sin Hijos	42	4	46
	1 hijo	13	2	15
	2 hijos	9	2	11
Lugar de Origen	Local	15	1	16
	Foráneo	49	7	56
AHF	Si	28	6	34
	No	36	2	38

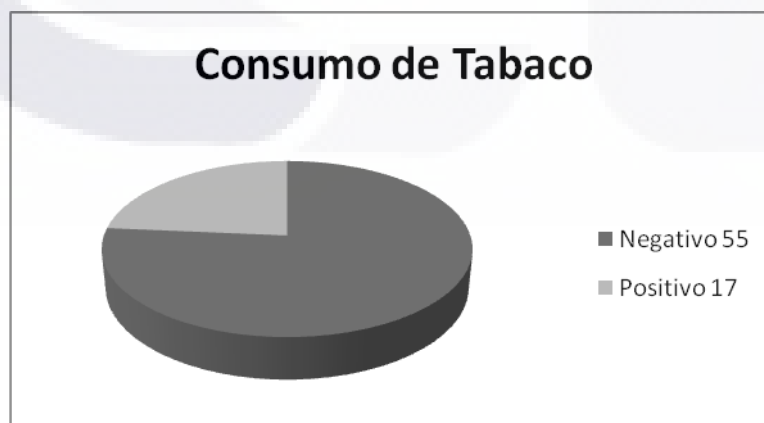
El 57% manifestó haber tenido depresión en algún momento de su vida, de esta forma 12 de los participantes manifestaron haber consumido medicamentos antidepresivos alguna vez en su vida y 13 de los participantes manifestó haber consumido medicamentos ansiolíticos (Cuadro 2.2).

De los encuestados 24% vivían solos y 76% vivían acompañados, el 96% manifestó comulgar con alguna religión.

En consumo de tabaco se encontró que el 55 del total de participantes no lo consumían y 17 manifestaron consumirlo, (Grafica. 2). 14 de los que aceptaron consumían de 1-5 cigarrillos diarios, 2 manifestaron consumir de 10-15 y solo 1 refirió consumir hasta 30 cigarrillos diarios (Cuadro 2.2)

Cuadro 2.2 Afectados según variable sociodemográfica y presencia de depresión.

Variable		Sin Depresión	Con Depresión	Totales
Cohabita	Solo	15	2	17
	Acompañado	49	6	55
Religión	Sin	3	0	3
	Con	61	8	69
Consumo de Alcohol	Si	37	5	42
	No	27	3	30
Consumo de tabaco	Si	14	3	17
	No	50	5	55
Consumo de antidepresivos	Si	8	4	12
	No	56	4	60
Consumo de ansiolíticos	Si	7	6	13
	No	57	2	59



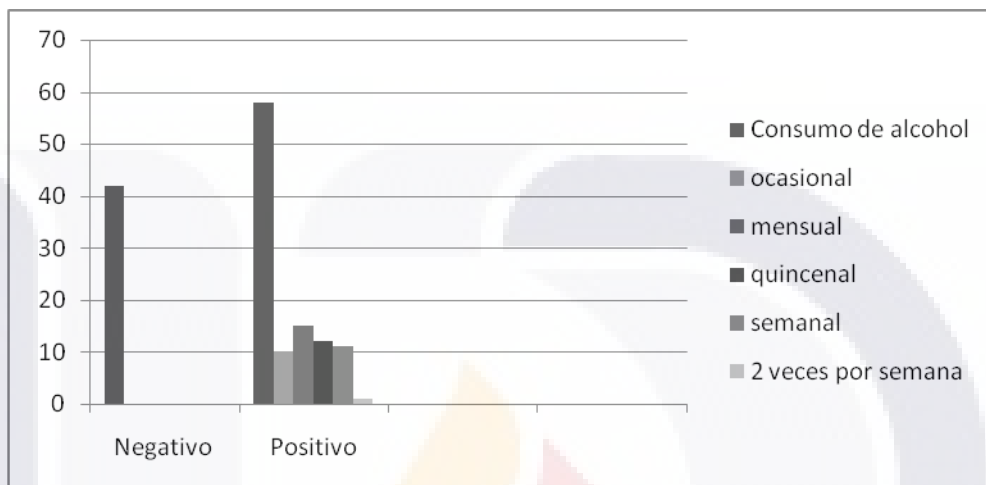
Grafica 2. Consumo de tabaco entre médicos residentes.

Según el año de especialidad cursado del total de los participantes, 46 médicos residentes cursaban el 1er año, 16 cursaban el 2º año y 10 cursaban el 3er año. De acuerdo a la especialidad que cursaban al momento del estudio 41 en Medicina Familiar, Anestesiología 7, Medicina Interna 7, Ginecología y Obstetricia 4, Cirugía 8, Pediatría 5. De acuerdo al servicio donde se encontraban al momento del estudio, Hospitalización 28 %, Consulta Externa 25%, Quirófano 32%, Servicio Social 3%, modulo de Investigación 5.5%, Urgencias 5.5%, Epidemiología 1%. De acuerdo al lugar donde realizaban sus guardias, Urgencias 57%, Pediatría 3%, Quirófano 19%, Medicina Interna 10%, Tococirugía 11%. Según el tipo de guardias que realizaban, ABC 66% (guardias cada 3 días) y ABCD 35% (guardias cada 4 días) (cuadro 3).

Cuadro 3. Afectados según el servicio cursado al momento del estudio.

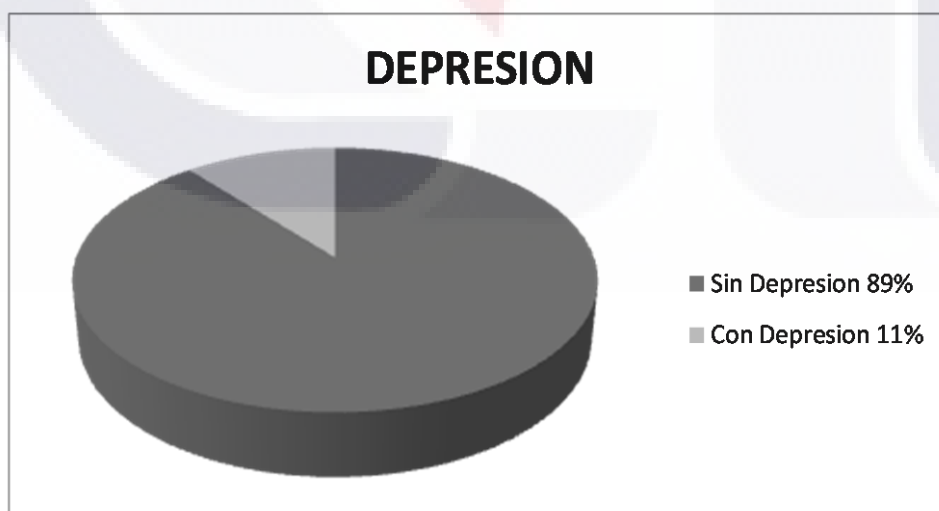
Variable		Sin Depresión	Con Depresión	Totales	Prueba Exacta de Fisher
Año de curso	Primero	44	2	46	p=0.023
	Segundo	11	5	16	p=0.011
	Tercero	9	1	10	p=1.000
Servicio Actual	Consulta y hospital	23	1	24	p=0.255
	Consulta	17	0	17	p=0.185
	Quirófano y consulta	5	1	6	p=0.520
	Quirófano	12	2	14	p=0.648
	Investigación	1	3	4	p=0.004
	Urgencias	4	0	4	p=1.000
	Servicio Social	2	0	2	p=1.000
	Epidemiología	0	1	1	p=0.111
Servicio Guardias	Urgencias	35	6	41	p=0.452
	Pediatría	2	0	2	p=1.000
	Quirófano	12	2	14	p=0.648
	Med. Interna	7	0	7	p=1.000
	Tococirugía	8	0	8	p=0.585
Tipo de Guardias	ABC	45	2	47	p= 0.018
	ABCD	19	6	25	p= 0.018

En lo referente al consumo de bebidas alcohólicas, se encontró que el 58% manifestó consumir bebidas alcohólicas de estos, el 10% lo hacían en forma ocasional, el 21% lo hacia 1 vez por mes, 13% cada 15 días, el 11%, 1 vez por semana y el 1%, 2 veces por semana (Grafica 3).

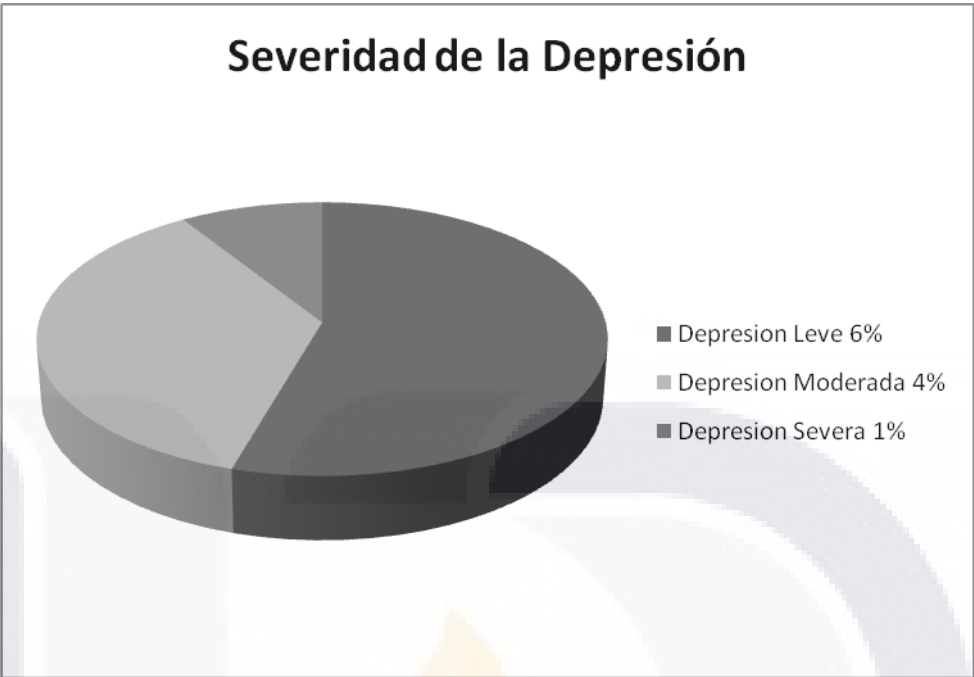


Grafica 3. Consumo de bebidas alcohólicas

De los médicos participantes el 89% resultó sin depresión y 11% presento esta alteración (Grafica 4), de la siguiente manera: 6% correspondió a depresión leve, 4% a depresión moderada y 1% depresión severa (Grafica 5).

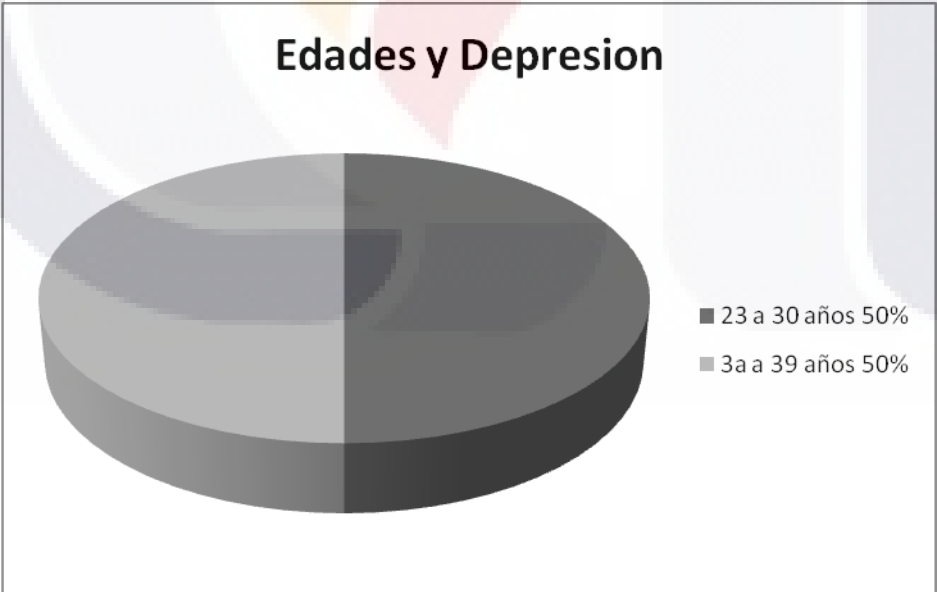


Grafica 4. Distribución por presentación de la Depresión.



Grafica 5. Grado de severidad de la depresión.

En cuanto al grupo de edades se encontró que de los que presentaron depresión el 50% tenían entre 20 y 30 años y el otro 50% tenían entre 30 a 39 años. Grafica 6.



Grafica 6. Porcentaje de edad y presentación de depresión.

De acuerdo a las especialidades que presentaron depresión la distribución se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 4. Distribución por Especialidad y presentación de depresión

ESPECIALIDAD	SIN DEPRESION		CON DEPRESION		TOTAL	
Medicina Familiar	35	48.61%	6	8.33%	41	56.94%
Pediatría	5	6.94%	-	-	5	6.94%
Medicina Interna	7	9.72%	-	-	7	9.72%
Cirugía General	7	9.72%	1	1.38%	8	11.11%
Anestesiología	6	8.33%	1	1.38%	7	9.72%
Ginecología y Obstetricia	4	5.55%	-	-	4	5.55%
TOTAL	64	88.87%	8	11.09%	72	100.00%

De los médicos residentes que presentaron depresión que fueron 8 (11%), la distribución se muestra en el cuadro 5.

Cuadro 5. Grado de Depresión y tipo de especialidad

Especialidad	Depresión Leve		Depresión moderada		Depresión Severa		Total	
Medicina Familiar	2	2.77%	3	4.16%	1	1.38%	6	8.33%
Cirugía General	1	1%	-	-	-	-	1	1.38%
Anestesiología	1	1%	-	-	-	-	1	1.38%
TOTAL	4	5.55%	3	4.16%	1	1.38%	8	11.09%

Llama la atención que de los residentes que presentaron depresión el 88% son mujeres, 63% son casados, 75% viven acompañados, 50% tiene hijos, 88% son foráneos, 96% de los encuestados comulgaban con alguna religión, 63% se encontraba cursando el 2º año de la especialidad, y esto correspondía a la especialidad de Medicina Familiar, el 75% realizaban sus guardias en urgencias y eran guardias A-B-C-D.



X. DISCUSION

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) evalúa en cada uno de sus apartados, una condición de la dinámica psicosocial del individuo, evidenciando un síndrome general de depresión que se puede dividir en 3 factores altamente intercorrelacionados: actitudes negativas hacia si mismo, deterioro del rendimiento y alteración somática (35).

Esto nos permite observar cuales son proporcionalmente los apartados que con mayor frecuencia se vieron afectados en las residentes que presentaron depresión: Indecisión 100%, Alteraciones del sueño 100%, dificultad para realizar esfuerzos 100%, fatiga 100%, Irritabilidad 87.5%, Tristeza 75%, Insatisfacción 75%, llanto 75%, Preocupación por aspecto físico 75%, Preocupación por el estado de salud 75%.

Con estos resultados podemos apreciar que la Depresión que se manifiesta en los médicos residentes se presenta principalmente en 2 factores: actitudes negativas hacia si mismo y alteraciones somáticas.

Estudios realizados en otros países refieren como factores de riesgo sociodemográfico, el sexo femenino, y antecedente de una enfermedad depresiva previa. Además el riesgo de desarrollar enfermedad es 2-3 veces mayor si tienen familiares de primer grado (1, 5, 14, 17,18). Así mismo los eventos o factores estresantes de la vida están ligados al desarrollo de esta enfermedad. Martínez Lanz y cols., a nivel nacional encontraron en su estudio que el 47.5% de la población estudiada de médicos residentes presento signos de depresión (5).

En la población estudiada encontramos que el 11% de los médicos presentaban síntomas compatibles con depresión, esta evidencia es menor a la reportada en la literatura tanto nacional como internacional (4).

En este estudio encontramos que el 63% de los médicos que presentaron depresión son casados al igual que lo encontrado por, Betancourt Sánchez MJ et al y Rosales Juseppe, quienes encontraron que los residentes casados tiene mayor riesgo de presentar depresión que los médicos solteros, esto debido a que representa una responsabilidad mayor para el medico residente, el cual, dado su ritmo de trabajo a veces

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

debe relegar su ámbito social y familiar en pos de su formación profesional. (2,41). A diferencia de lo encontrado por Whitley TW quien encontró que los médicos residentes solteros presentan niveles más altos de depresión que los médicos casados (40).

Martinez Lanz y cols reportan en su estudio una mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino, al igual a lo encontrado por Aguilar López y cols. quienes también reportan una mayor prevalencia en el sexo femenino, lo que apoya los resultados encontrados en nuestro estudio cuya prevalencia en el sexo femenino es del 88% (5, 44, .

Rosales Juseppe y cols. en su estudio encontraron que la depresión es mas frecuente en médicos residentes que vivían solos a diferencia de lo encontrado en nuestro estudio, en el que el 75% de los médicos que presentaron depresión vivían acompañados (2)

Encontramos que el 96% de los médicos residentes con depresión pertenecían a algún culto religioso similar a lo encontrado por Rosales Juseppe y cols (2).

Los reportes internacionales indican una frecuencia de depresión en médicos residentes desde un 15% hasta un 50.2%, similar a lo reportado en la literatura nacional, pero menor a lo encontrado en nuestro estudio que es del 11% (8, 37, 39).

Los resultados encontrados en nuestro estudio apoyan la pregunta de investigación, de que existe depresión en médicos residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes con una prevalencia del 11%, lo que es menor a lo reportado en la literatura nacional e internacional.

Encontramos resultados similares a lo reportado en la literatura tal como, mayor prevalencia en el sexo femenino, así como en los médicos residentes foráneos, no hubo similitud en cuanto al estado civil, al vivir acompañado, en el numero de hijos, en la religión , ni tampoco en el año cursado (Cuadro 4).

Se encontró mayor prevalencia en aquellos médicos residentes que cursaban la especialidad de medicina Familiar, quienes realizan sus guardias en urgencias, quienes cursan el 2º año de la especialidad y el realizar guardias durante la especialidad.

Encontramos significancia estadística ($p < 0.01$) en los siguientes rubros, el cursar el 2º año de la carrera, el rotar por el servicio de investigación y el realizar guardias durante la especialidad.

Aguilar-López y cols encontraron en su estudio que en los médicos residentes de 2º año se diagnosticaba con mayor frecuencia el trastorno depresivo, lo que es similar a lo encontrado en nuestro estudio (44).

En nuestro estudio encontramos que los médicos que realizaban guardias ABC y ABCD presentaban depresión, sin embargo Rosales Juseppe y cols. en su estudio encontraron que los médicos residentes que realizaban guardias ABC eran los que mas presentaban depresión (2).

XI. CONCLUSION

Los resultados en este estudio indican que existe depresión en médicos residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes, Con una prevalencia del 11%, menor a lo reportado en la literatura nacional.

Entre los factores asociados a la presencia de este trastorno están: el ser casados, el sexo femenino, el pertenecer a algún culto religioso, el vivir acompañado, el ser foráneo, el cursar el 2º año de la especialidad y el realizar guardias ABCD, así como rotar por el servicio de Investigación.

De todas las especialidades la que presento mayor grado de depresión fue la Especialidad de Medicina Familiar.

En nuestro estudio a los médicos residentes que presentaron depresión se les contacto en forma confidencial, el caso que presento depresión grave ya se encuentra en tratamiento de forma voluntaria, y al resto se les canalizo a las vías correspondientes y ya reciben tratamiento.

Dado que los resultados del estudio muestran una mayor prevalencia de depresión en la población de residentes que para la población general, por si misma esta constituye una población de riesgo para la presentación de este padecimiento, por lo que se justifica un mayor y mas continuo escrutinio del padecimiento desde el inicio de la especialidad, de acuerdo a lo reportado en la literatura los instrumentos de detección incrementan el diagnostico y esto incide directamente sobre el inicio de tratamiento, sobre todo a quienes presentan desde el inicio de la especialidad (examen psicometrico) factores de riesgo para su presentación: sexo femenino, baja autoestima, mala red de apoyo, antecedente de episodio depresivo previo y posteriormente durante su residencia aquellos que presenten deterioro en el rendimiento laboral.

XII.ANEXOS



a. CRONOGRAMA

PROYECTO: “Depresión en Médicos Residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes”

ACTIVIDAD	Mz - Ab 20 08	May - Jun 2008	Jul - Ag 20 08	Sep - Oct 2008	No v - Dic 20 08	Ene - Feb 2009	Ma r - Ab 20 09	May - Jun 2009	Jul - Ag 2009	Sep - Oct 2009	Nov - Dic 2009	En - Fe b 20 10
Elección del Tema	X											
Búsqueda de información	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboración de Protocolo		X	X	X	X	X						
Prueba Piloto					X							
Recolección de datos						X						
Captura y Proceso						X						
Análisis de datos							X	X	X	X	X	
Reporte final												X
Examen de grado												X

b. PRESUPUESTO

- Computadora,
- impresora,
- paquetes de computadora Word, Excel,
- paquete estadístico EPI-2006,
- toner,
- lápices,
- bolígrafos
- 174 copias;
- los cuales serán solventados por el investigador principal.

c. INSTRUMENTO DE EVALUACION

Se anexa Inventario de Depresión de Beck estandarizado

Por favor conteste brevemente el siguiente cuestionario

Fecha_____ Edad_____ Sexo_____ Edo. Civil_____

Num. de Hijos_____ Lugar de Origen_____

Vive con Alguien_____ Religión_____

Especialidad: _____ Año de Especialidad_____ Servicio Actual_____

Tipo de guardias que realiza: _____ Servicio en que realiza guardias_____

¿Usted Padece o a padecido en algún momento de su vida Depresión?_____

¿Usted tiene familiares que padezcan o hayan padecido Depresión? _____

¿Usted toma o ha tomado alguna vez medicamentos antidepresivos?_____

¿Usted ha tomado medicamentos ansiolíticos? _____

¿Usted Fuma?_____

Si su respuesta es afirmativa ¿Cuántos cigarros fuma al día? _____

¿Usted consume bebidas alcohólicas? _____

Si su respuesta es afirmativa ¿Cuál es la frecuencia con la que usted consume bebidas alcohólicas?_____

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente.

Posteriormente escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se **SINTIO LA SEMANA PASADA E INCLUSIVE EL DIA DE HOY**. Encierre en un círculo el número que se encuentra al lado de la oración que usted escogió. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso circule cada una.

Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.

1

- 0. Yo no me siento triste
- 1. Me siento triste
- 2. Estoy triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
- 3. Estoy tan triste que no puedo soportarlo

2

- 0. En general no me siento descorazonado por el futuro
- 1. Me siento descorazonado por mi futuro
- 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
- 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar

3

- 0. Yo no me siento como un fracasado
- 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
- 2. Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos
- 3. Siento que soy un completo fracaso como persona

4

- 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
- 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo.
- 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo

5

- 0. En realidad yo no me siento culpable
- 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
- 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
- 3. Me siento culpable todo el tiempo

6

- 0. Yo no me siento que esté siendo castigado
- 1. Siento que podría ser castigado
- 2. Espero ser castigado
- 3. Siento que he sido castigado

7

- 0. Yo no me siento desilusionado de mí mismo
- 1. Estoy desilusionado de mí mismo
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo
- 3. Me odio

8

- 0. Yo no me siento que sea peor que otras personas
- 1. Me critico a mí mismo por mis debilidades o errores
- 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede

9

- 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
- 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
- 2. Me gustaría suicidarme
- 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad

10

- 0. Yo no lloro más de lo usual
- 1. Lloro más ahora de lo que solía hacerlo
- 2. Actualmente lloro todo el tiempo
- 3. Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

11

- 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
- 1. Me enojo o irrito más fácilmente que antes
- 2. Me siento irritado todo el tiempo
- 3. Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

12

- 0. Yo no he perdido el interés en la gente
- 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar
- 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
- 3. He perdido todo el interés en la gente

13

- 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
- 1. Pospongo tomar decisiones más que antes
- 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
- 3. Ya no puedo tomar decisiones

14

- 0. Yo no siento que me vea peor de como me veía
- 1. Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)
- 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)
- 3. Creo que me veo feo (a)

15

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes
- 1. Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- 2. Tengo que obligarme para hacer algo
- 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo

16

- 0. Puedo dormir tan bien como antes
- 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerla
- 2. Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir
- 3. Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no me puedo volver a dormir

17

- 0. Yo no me canso más de lo habitual
- 1. Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo
- 2. Con cualquier cosa que haga me canso

- 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa

18

- 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
- 1. Mi apetito no es tan bueno como solía serlo
- 2. Mi apetito está muy mal ahora
- 3. No tengo apetito de nada

19

- 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
 - 1. He perdido más de dos kilogramos
 - 2. He perdido más de cinco kilogramos
 - 3. He perdido más de ocho kilogramos
- A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos
Si _____ No _____

20

- 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
- 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o constipación
- 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa

21

- 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

d. Carta de consentimiento informado

Proyecto: Depresión en Médicos Residente de la Delegación IMSS Aguascalientes

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado: “Depresión en médicos residentes de la Delegación IMSS Aguascalientes”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación Medica con el número R-2008-101-20.

El objetivo de este estudio es determinar el grado de depresión en médicos residentes

Se me ha informado que la participación de mi estudio consiste en el llenado de un formato de 21 preguntas, que podré otorgarlos en el mismo instante en que se me aplican.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte el adiestramiento que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma Medico Residente

Testigo

Nombre y matricula del Investigador Principal

Testigo

e. Operacionalización de Conceptos: Depresión en Residentes

OBJETIVO GENERAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLE	INDICADORES	INDICES
<p>Caracterizar la Depresión en Médicos Residentes</p>	<p>Depresión: Estado que involucra características clínicas y psicológicas del medico ya recibido que se encuentra en etapa de formación en alguna especialidad medica.</p>	<p>Psicológicas Estado con características tales como: llanto, tristeza, irritabilidad, sentimientos de desesperanza, de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpabilidad, sentimientos de castigo, desilusión, ideación suicida, perdida de interés, dificultad para la toma de decisiones, dificultades en el trabajo, perdida de interés sexual, preocupación por aspecto físico.</p>	<p>Llanto: Efusión de lágrimas acompañada de lamentos</p> <p>Tristeza: estado caracterizado por aflicción o melancolía.</p> <p>Irritabilidad : Reacción anormalmente exagerada a situaciones exteriores.</p> <p>Sentimientos de desesperanza: Falta de esperanza</p> <p>Sentimientos de fracaso: Frustración</p> <p>Insatisfacción : Falta de satisfacción</p> <p>Desilusión: Perdida de las ilusiones.</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p>	<p>El rango de puntuación obtenida es de 0-63 puntos.</p> <p>Los puntos de corte aceptados para graduar la intensidad de la severidad son:</p> <p>0-9 pts No Depresión</p> <p>10-18 pts Depresión Leve</p> <p>19-29 pts Depresión Moderada</p> <p>Mas 30 pts Depresión Severa</p>

Operacionalización de Conceptos: Depresión en Residentes

OBJE TIVO GENERAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLE	INDICADORES	INDICES
			<p>Perdida de interés: Menos interés en las aficiones, dejar de disfrutar actividades que antes consideraba placenteras.</p> <p>Perdida de interés sexual: Perdida del grado en que la persona es capaz de expresar y disfrutar del deseo sexual.</p> <p>Preocupación por aspecto físico: Preocupación exagerada por cambios de apariencia que hagan a la persona verse poco atractiva o fea.</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p>	

Operacionalización de Conceptos: Depresión en Residentes

OBJETIVO GENERAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLE	INDICADORES	INDICES
		<p>Clínicas : Estado que involucra: Alteraciones en el patrón del sueño, cansancio, pérdida de peso, alteraciones en el apetito, preocupación excesiva por la salud física</p>	<p>Autoculpabilidad: estado en el que la persona se culpa a si mismo de sus fallas y las de otros, así como por lo que sucede a su alrededor.</p> <p>Alteraciones en el sueño: insomnio medio (despertars e durante la noche y tener problemas para volver a dormirse), insomnio tardío (despertars e demasiado pronto y ser incapaz de volver a dormirse)</p> <p>Cansancio: Falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado.</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p>	

Operacionalización de Conceptos: Depresión en Residentes

OBJETIVO GENERAL	DEFINICION	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES	INDICES
			<p>Alteraciones en el apetito: el apetito disminuye y muchos tienen que esforzarse por comer.</p> <p>Perdida de peso : Disminución del peso corporal desde 2 kg hasta más de 8 kg.</p> <p>Preocupación excesiva por la salud física: aumento en la preocupación por problemas físicos</p>	<p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p> <p>Presente Ausente</p>	

XIII. Glosario

Depresión: trastorno mental común caracterizado por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o el apetito, disminución de la energía y pobre concentración, estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes, alterando sustancialmente la capacidad del individuo para hacer frente a la vida cotidiana. En su forma mas grave la depresión puede conducir al suicidio

Medico Residente: profesional de la medicina que ingresa en una unidad medica receptora de residentes del IMSS por medio de una beca para capacitación en una especialidad médica.

Residencia Medica: estudio complementario para obtener la especialización en una rama de la medicina, es el conjunto de actividades que debe cumplir un medico residente en periodo de adiestramiento para realizar estudios y practicas de postgrado, respecto de una disciplina de la salud

Guardias: instrucción clínica complementaria, es adicional a la practica clínica señalada para la instrucción académica y el adiestramiento clínico.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. **Center C. Davis M. et al.** Confrontating Depression and Suicide in Physicians. A Consensus Statement. JAMA Jun 18 2003, Vol 289. No. 23, pp 3161-3166.
2. **Rosales J.E et al.** Prevalencia de episodio depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. Rev Esp Medico Quirúrgicas 2005; Vol 10. Num. 1, pp 25-36.
3. **Christie J et al.** Prescription Drug Use and Self-prescription among resident Physicians. JAMA, 1998, 280 (14): 1253-1255
4. **Richardson-Lopez V.** ¿Y a nuestros residentes quien los cuida?, Bol Med Hosp Infant Mex. Medigraphic Artemisa, 2006 Vol 63 pp155-157
5. **Martínez-Lanz P, et al.** Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Rev. Fac Med UNAM Vol. 48 No. 5, 2005
6. **Albanesi de Nasetta S, et al.** Residencias médicas argentinas y Calidad de vida, Federación Argentina de Medicina General - Trabajos Científicos, 2002
7. **Álvarez E T, et al.** Algunos indicadores de salud mental en un grupo de médicos anesthesiólogos, Rev. Col. Anest. 21: 319, 1993
8. **Fahrenkopf AM, et al.** Rates of medication errors among depressed and burnout residents: prospective cohort study. BMJ 2008; 336: 448-491.
9. **Center C. Davis M. et al.** Confrontating Depression and Suicide in Physicians. A Consensus Statement. JAMA Jun 18 2003, Vol 289. No. 23, pp 3161-3166.

10. **Christie J et al.** Prescription Drug Use and Self-prescription among resident Physicians. JAMA, 1998, 280 (14): 1253-1255
11. **Pérez E.** Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Med Int México 2006, 22(4), pp. 282-286
12. **Rosales J.E et al.** Prevalencia de episodio depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México. Rev Esp Medico Quirúrgicas 2005; Vol 10. Num. 1, pp 25-36.
13. **Hall Ramírez, V.** Depresión: Fisiopatología y Tratamiento. Serie de Actualización Profesional 2003, Universidad de Costa Rica.
14. **Calderón Narváez G.** Depresión causas, manifestaciones y tratamiento, 1985, 1ª. Reimpresión, Editorial Trillas.
15. **Chinchilla Moreno A.** Abordaje practico de la depresión en atención primaria. 2004, Ed. Masson
16. **Arena Osuna J.** Estrés en Médicos Residentes en una Unidad de Atención Médica de Tercer Nivel. Cirujano General Vol. 28 (2), pp 103-109
17. **López C A.** Genética de la depresión, <http://www.psiquiatriabiologica.org> 1998.
18. **Kaplan H. , Sadock B.** Sinopsis de Psiquiatría, Ed. Panamericana, 8ª. Edición 2001.
19. **Moreno J et al.** El sistema serotoninergico en el paciente deprimido. Primera parte. Salud Mental Vol. 28, No. 6, 2005 pp 20-26.
20. **Benítez-King G.** Melatonina: del conocimiento básico a la aplicación clínica en psiquiatría. Salud Mental 1999 Numero especial. 57-61

21. **Sadek N y cols.** Actualización en neurobiología de la depresión, Revista de Psiquiatría de Uruguay. 2000. Vol. 64 (3), 462-485.
22. **Cano M, et al.** Efecto de la privación total del sueño sobre el estado de animo deprimido y su relación con los cambios en la activación autoinformada., Salud Mental, Vol. 24, No. 4, 41-49, 2001
23. **Zandio M y cols.** Neurobiología de la depresión. Anales Sis San Navarra 2002;25:43-62.
24. **Belloch A, Sandin B, Ramos F.** Trastornos del estado de animo: Teorias psicologicas, Vol. 2,pp 341-378, Ed. McGraw-Hill. 1995.
25. **OMS, 2008.** <http://www.who>
26. **Real Academia de la Lengua,** Diccionario de la lengua Española, 22ª Ed. Ed. Espasa Calpe, 2001
27. **DSM IV-TR**
28. **Contrato Colectivo de Trabajo IMSS-SNTSS 2007-2009**
29. **Jefatura de Enseñanza HGZ-1.**
30. **Jefatura de Enseñanza HGZ-2**
31. **Departamento de Medicina Interna HGZ1**
32. **Departamento de Medicina Interna HGZ 2.**

- 33. Papp K, Stoller E, et al.** The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: a multi-institutional, mixed-method study. Acad Med 2004; 79 (5):394-406.
- 34. Herrera Silva JC et al.** Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. Bol Med Hosp Inf Mex. Medigraphic, Artemisa. 2006; 18-30
- 35. Jurado S et al.** La estandarización del Inventario de Beck para los residentes de la Ciudad de México, Salud Mental, Vol. 21, fascículo 3, 1998.
- 36. Hales R, Yudofsky S, Valdes M.** Fundamentos de Psiquiatria Clínica. 2ª ed. Ed. Elsevier, 2006
- 37. Demir F et al.** The prevalence of depression and its associated factors among resident doctors working in a training hospital in Istanbul. Turkish Journal of Psichiatry, vol. 18. (1) pp 1-6
- 38. Davila Valero JC et al.** Prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes del Hospital de especialidades Centro Medico Nacional La Raza. Medicina Interna México Vol.22, supl. 2, 2006.
- 39. Menéndez-González M y cols.** Efecto de las guardias sobre la salud, calidad de vida y calidad asistencial de los médicos residentes de España. Archivos de Medicina. <http://www.archivosdemedicina.com>.
- 40. Whitley T et al.** Work-Related Stress and Depression Among Practicing Emergency Physicians: An International Study. Annals of Emergency Medicine 23:5, 1994; 1068-71.
- 41. Betancourt Sanchez MJ et al.** Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización medica con riesgo alto de estrés. Psiq. Biol. 2008;15(5);147-52

42. Otero AM, et al. Comisión de Hemostasis, Trombosis y Salud Cardiovascular del SMU, Resultados de una encuesta sobre morbimortalidad en Médicos, pp169-222.

43. Pando Moreno M. Mobbing o acoso psicológico en el trabajo. www.gaceta.udg.mx/Hemeroteca.

44. Aguilar-López M y cols. Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los posgrados de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año 2000. Rev. Med. Post UNAH, Vol. 6, No. 1, 2001, pp 3-9.

45. CIE-10

46. Jefatura de Urgencias HGZ1

47. Jefatura de Urgencias HGZ2

48. Norma IMSS 2000-001-010. Norma que establece las disposiciones técnico-medicas para la atención y hospitalización de pacientes con trastornos mentales. www.ims.gob.mx

