



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA



HOSPITAL GENERAL PACHUCA

TRABAJO TERMINAL

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES DEL
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA, Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN Y EL
INTENTO SUICIDA DE ENERO A MARZO 2024”**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA INTERNA

QUE PRESENTA LA MÉDICO CIRUJANO

MARÍA TERESA DE JESÚS OGANDO MEJÍA

M.C. ESP. OCTAVIO IBARRA DE LEÓN
DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL

M.C. ESP. JOSÉ ANTONIO TORRES BARRAGÁN
CODIRECTOR METODOLÓGICO DEL TRABAJO TERMINAL

DE ACUERDO CON EL REGLAMENTO INTERNO DE LA COORDINACIÓN DE POSGRADO DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA, AUTORIZA LA IMPRESIÓN DEL TRABAJO TERMINAL TITULADO:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA, Y SU RELACIÓN CON LA IDEACIÓN Y EL INTENTO SUICIDA DE ENERO A MARZO 2024”

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN MEDICINA INTERNA QUE SUSTENTA LA MEDICO CIRUJANO:

MARIA TERESA DE JESÚS OGANDO MEJÍA

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO. ABRIL DEL 2024

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

M.C. ESP. ENRIQUE ESPINOSA AQUINO
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

M.C. ESP. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

M.C. ESP. Y SUB. ESP. MARÍA TERESA SOSA LOZADA
COORDINADORA DE POSGRADO

M.C. ESP. JOSÉ ANTONIO TORRES BARRAGÁN
CODIRECTOR METODOLÓGICO DEL TRABAJO TERMINAL

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

M.C. ESP. ANTONIO VAZQUEZ NEGRETE
DIRECTOR HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

M. A. C. GABRIELA NAVIA TAPIA
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA, CAPACITACIÓN E INVESTIGACIÓN

M.C. ESP. HIPÓLITO ROMÁN NAVA CHAPA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
PREFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

M.C. ESP. OCTAVIO IBARRA DE LEÓN
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
DIRECTOR DEL TRABAJO TERMINAL



DIRECCIÓN





SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Hospital General Pachuca

Cuidar, proteger, amar: los pilares de una infancia feliz

Dependencia:	Secretaría de Salud
U. Administrativa:	Hospital General Pachuca
Área generadora:	Departamento de Investigación
No. de Oficio:	I/313 /2024

Asunto: Autorización de Impresión de Trabajo Terminal

Pachuca, Hgo., a 24 de del 2024.

M.C. Maria Teresa de Jesus Ogando Mejía
Especialidad en Medicina Interna

Me es grato comunicarle que se ha analizado el informe final del estudio:

Prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes del Hospital General de Pachuca, y su relación con la ideación y el intento suicida de enero a marzo 2024

El cual cumple con los requisitos establecidos por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética en Investigación, por lo que se autoriza la Impresión de Trabajo Terminal.

Al mismo tiempo, le informo que deberá dejar dos copias del documento impreso y un CD en la Dirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación, la cual será enviada a la Biblioteca.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.



Dra. Gabriela Navia Tapia
Subdirección de Enseñanza, Capacitación e Investigación **DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN**

Dr. Hipólito Román Nava Chapa.-Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Interna
Dr. Octavio Ibarra de León.-Especialista en Psiquiatría y Director de Trabajo Terminal.

ÍNDICE GENERAL

I.	RESUMEN.....	1
	ABSTRACT.....	2
II.	MARCO TEORICO.....	3
III.	ANTECEDENTES.....	12
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	16
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
	IV.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
VI.	OBJETIVOS.....	19
	V.1 GENERAL.....	19
	V.2 ESPECIFICOS.....	19
VII.	HIPÓTESIS.....	20
VIII.	METODOLOGÍA.....	20
	VII.1 DISEÑO DE ESTUDIO.....	20
	VII.2 SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	21
	VII.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	21
	VII.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	21
	VII.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	21
IX.	MARCO MUESTRAL.....	22
	VIII.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	22
	VIII.2 MUESTREO.....	22
X.	ASPECTOS ETICOS.....	23
XI.	ANALISIS ESTADISTICO.....	25
XII.	RESULTADOS.....	33
XIII.	DISCUSIÓN.....	34
XIV.	CONCLUSIONES.....	35
XV.	RECOMENDACIONES.....	37
XVI.	ANEXOS.....	38
XVII.	REFERENCIAS.....	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de Ansiedad con base en el inventario de Beck en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024.....	26
Figura 2. Prevalencia de Depresión con base en el inventario de Beck en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024.....	27
Figura 3. Prevalencia de Ideación e Intento Suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024.....	28

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Tablas cruzadas para relación entre ansiedad e ideación suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024.....	30
Tabla 2.	Prueba exacta de Fisher para relación entre ansiedad e ideación suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024.....	30
Tabla 3.	Prueba exacta de Fisher grado de asociación, para relación entre ansiedad e ideación suicida.....	31
Tabla 4.	Tablas cruzadas para relación entre depresión e ideación suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024.....	31
Tabla 5.	Prueba exacta de Fisher para relación entre depresión e ideación suicida.....	32
Tabla 6.	Prueba exacta de Fisher grado de asociación, para relación entre depresión e ideación suicida	32

I. RESUMEN

Antecedentes: El estudio *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico*¹ (del Instituto Mexicano del Seguro Social), reportó una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión, 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ($p < 0.001$). La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6 %. Para el estado de Hidalgo, y para el Hospital General de Pachuca no se cuenta con un panorama epidemiológico respecto a los temas de estudio.

Objetivo: Determinar la relación entre la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General de Pachuca con la ideación y el intento suicida en el periodo de tiempo delimitado entre enero a marzo del 2024.

Material y métodos: Se trata de un diseño transversal, analítico y prolectivo con procesamiento de datos mediante el software SPSS, mediante el cual se llevará a cabo un análisis descriptivo para encontrar medidas de tendencia central y un análisis bivariado con Chi cuadrada para definir la relación entre las variables

Resultados: Se encontró una prevalencia del 69.5% de ansiedad muy baja; de 23.7% para ansiedad moderada; y 9.7% para ansiedad severa. En cuanto a depresión la prevalencia reportada fue de 33.4% para conductas normales; 18.2% conductas con disturbios; 11.8% depresión al borde del diagnóstico; 13.8 depresión moderada; y 11.03% depresión severa. Para la ideación suicida la prevalencia que se encontró fue del 2.54%; mientras que la prevalencia de intento suicida fue de 0%. Respecto al análisis bivariado que buscó establecer la relación entre la depresión y ansiedad con la ideación y el intento suicida; no se encontró relación de ninguna de las variables con el intento suicida, pero si con ansiedad y depresión con la ideación suicida; ambas con ($p < 0.05$ con valor de Phi de 1).

Conclusión: La hipótesis no puede ser aceptada en su totalidad, ya que no existe intento suicida en la muestra, sin si existe una relación entre la ansiedad y la depresión con la ideación suicida.

Palabras Clave: intento de suicidio, ideación suicida, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

Background: The study Symptoms of depression, anxiety and risk of suicide in resident doctors during an academic year (from the Mexican Institute of Social Security), reported a prevalence of 3.7% for symptoms of depression, 38% for symptoms of anxiety and 1.9% for suicide risk; At six months the prevalence increased to 22.2% for depression, 56.5% for anxiety and 7.4% for suicide risk. The statistical analysis showed significant differences between the three measurements ($p < 0.001$). The prevalence of depressive disorder was 4.6%. For the state of Hidalgo, and for the General Hospital of Pachuca, there is no epidemiological panorama regarding the study topics.

Objective: Determine the relationship between the prevalence of anxiety and depression in resident doctors at the General Hospital of Pachuca with suicidal ideation and attempts in the period of time between January and March 2024.

Material and methods: This is a cross-sectional, analytical and prolective design with data processing using SPSS software, through which a descriptive analysis will be carried out to find measures of central tendency and a bivariate analysis with Chi square to define the relationship between the variables

Results: A prevalence of 69.5% of very low anxiety was found; 23.7% for moderate anxiety; and 9.7% for severe anxiety. Regarding depression, the reported prevalence was 33.4% for normal behaviors; 18.2% disruptive behavior; 11.8% depression on the verge of diagnosis; 13.8 moderate depression; and 11.03% severe depression. For suicidal ideation, the prevalence found was 2.54%; while the prevalence of suicide attempt was 0%. Regarding the bivariate analysis that sought to establish the relationship between depression and anxiety with suicidal ideation and attempts; No relationship was found between any of the variables with suicide attempt, but there was a relationship with anxiety and depression with suicidal ideation; both with ($p < 0.05$ with Phi value of 1).

Conclusion: The hypothesis cannot be accepted in its entirety, since there is no suicide attempt in the sample, without whether there is a relationship between anxiety and depression with suicidal ideation.

Keywords: suicide attempt, suicidal ideation, anxiety, depression.

II.- MARCO TEÓRICO

La CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la OMS (Organización Mundial de la Salud), incluye respecto a trastornos mentales y del comportamiento, la definición del episodio depresivo, el cual se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo o disminución del interés en las actividades que ocurren la mayor parte del día, casi todos los días durante un período que dura al menos dos semanas acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o retraso psicomotor y disminución de la energía o fatiga. En un episodio depresivo severo, muchos o la mayoría de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o están presentes un número menor de síntomas y se manifiestan en un grado intenso. El individuo tiene serias dificultades para continuar funcionando en la mayoría de los dominios (personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otros dominios importantes).²

De la misma manera la CIE-11, estratifica al episodio depresivo como leve, moderado y severo, la presencia de al menos tres de los síntomas más típicos de la depresión, no estando presente la idea suicida, durante al menos dos semanas se clasifica como depresión leve. Episodio depresivo moderado es aquel que manifiesta cuatro o más síntomas de depresión, sin la idea suicida, al menos durante dos semanas, y episodio depresivo grave es aquel con tres o más síntomas de depresión, incluida la idea de intento suicida, al menos durante las últimas dos semanas ³.

La definición del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, DSM-V⁴ (Diagnosical and statistical Manual for Mental Disorders por sus siglas en inglés) define el trastorno de ansiedad generalizada como la ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, por ejemplo, una droga, un medicamento; ni a otra afección médica, por ejemplo, hipertiroidismo).⁵

En cuanto a la depresión, se alude a ella cuando cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; y al menos uno de los síntomas es:

1. Estado de ánimo deprimido o Pérdida de interés o de placer. (No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.)
2. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas
3. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
4. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
5. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
6. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
7. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

8. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
9. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
10. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.⁶

Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica ni se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.⁷

Esta investigación tiene como sujetos de estudio a los médicos residentes, por ello es necesario conocer cómo se describe la acción del estrés y la ansiedad en dicho personal. Aunado a las causas que pudiesen causar ansiedad o depresión, para el personal de salud deben considerarse factores propios asociados a su profesión, pues desde hace más de 10 años, comenzó a mostrarse una tendencia al alza de presencia de depresión y ansiedad en el personal médico y estudiantes de medicina comparado con la población general, incrementándose más la preocupación con el aumento de la ideación suicida, y el intento suicida. El nivel de exigencia y la alta demanda que genera el aprendizaje de conocimientos extensos y el dominio de técnicas y tratamientos al que se ven expuestos los médicos en formación tiene como resultado estrés y ansiedad, aunado a los malos hábitos, la carga excesiva de trabajo y la alta competitividad, favorecen al desarrollo de alteraciones psicológicas y psiquiátricas.⁸

Las condiciones concurrentes son particularmente comunes entre las personas que cometen suicidio. Las personas reaccionan al estrés de diferentes maneras dependiendo de su resistencia psicológica, estrategias de afrontamiento y recursos ambientales. Las personas con trastornos mentales y aquellas que experimentan

problemas de salud mental pueden ser especialmente susceptibles a los efectos negativos del estrés debido a su menor resistencia psicológica, falta de apoyo social y dificultades para afrontar los problemas. El estrés laboral ocurre cuando hay una incompatibilidad entre las exigencias del trabajo o el ambiente laboral, y las capacidades, recursos y necesidades del trabajador. La exposición prolongada al estrés laboral ha sido vinculada a un patrón de consecuencias para la salud que incluyen trastornos músculo-esqueléticos, agotamiento en el trabajo, depresión, síndrome del edificio enfermo, lesiones, violencia en el lugar de trabajo y suicidio. El estrés laboral es una de los diez problemas principales de salud relacionados con el trabajo, a menudo un precursor de serias dificultades de salud mental y un importante objetivo para las actividades de promoción y prevención de la salud y la salud mental, incluyendo la prevención del suicidio.⁹

Existen diversas escalas para evaluar la ansiedad, como la Escala de Hamilton¹⁰, con la que, además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido¹¹. Respecto a la depresión, la Escala PHQ-9 es un instrumento que permite definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento en los trastornos depresivos¹². Una de las escalas más utilizadas para medir la ansiedad y la depresión es el inventario de Beck. Este es el inventario que para fines de este trabajo se utilizará; y consta de 21 preguntas correspondientes a variables de depresión y ansiedad las cuales son catalogadas dependiendo de un puntaje con ítems puntuados entre 0 y 3 correspondiendo en su primera acepción (ansiedad):

- 0: en absoluto
- 1: leve
- 2: moderado
- 3: bastante

El total de la suma de los puntajes definen de la siguiente manera la ansiedad:

- 0 a 21: muy bajas,
- 22 a 35: moderadas,
- más de 36: severas.

La puntuación oscila entre 0 a 63 puntos; teniendo en cuenta que cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos y estos serán catalogados en cuatro grupos en función de la puntuación total:

- 0-13 depresión mínima
- 14-19 depresión leve
- 20-28 depresión moderada
- 29-63 depresión grave

El inventario de depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés), tiene 2 acepciones: BDI y BDII, diferenciándose entre ellos debido que BDI 1 está basado en observaciones clínicas y descripción del paciente mientras que el BDI 2, contiene los ítems que reflejan los síntomas cognitivos, afectivos, somáticos y vegetativos de la depresión. El BDI-2 utilizado para este trabajo tiene los siguientes valores asignados a puntajes:

- Puntajes de 0 a 10 son considerados normales.
- Puntajes de 11 a 16 indican que el paciente presenta disturbios.
- Puntajes de 17 a 20 indican que el paciente está al borde de un diagnóstico depresivo.
- Puntajes de 21 a 30 indican depresión moderada.
- Puntajes de 31 a 40 indican depresión severa.
- Puntajes de 40 o más indican depresión extrema.

La relación entre la depresión, la ansiedad y el suicidio está enmarcada en las condiciones de las dos primeras, difíciles muchas veces de diferenciar, ya que además es común que se presenten de forma simultánea. La OMS afirma que los trastornos mentales son un importante factor de riesgo para el suicidio, de ellos los que han sido específicamente vinculados con el suicidio incluyen el trastorno depresivo, abuso de sustancias (tanto alcohol como drogas), trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad (tales como personalidad límite o antisocial) y esquizofrenia.⁹

El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales, como la depresión mayor, el trastorno esquizofrénico, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno límite de personalidad. Los pacientes depresivos que se suicidan padecen mayor intensidad en

los siguientes síntomas: insomnio, ansiedad, clínica psicótica, desesperanza y anhedonia¹³.

La presencia de un trastorno psiquiátrico está íntimamente ligada al suicidio; más de 50% de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos.

La ansiedad es otro trastorno asociado de manera relevante con el suicidio, de modo que la comorbilidad de ansiedad con depresión multiplica el riesgo. Todo ello implica una alerta clínica que debe llevar al médico al manejo terapéutico farmacológico adecuado y a tener mayor vigilancia cuando se detecta la ideación suicida, sobre todo si hay antecedentes de depresión y de ansiedad. En los pacientes internados por intento de suicidio, a menudo se detecta la pérdida del control, asociada con ansiedad, pánico y vacuidad, todo ello aunado a una discapacidad para enfrentar y resolver problemas. Los factores de riesgo suicida se pueden dividir en fijos y modificables. Evidentemente, un buen tratamiento psiquiátrico difícilmente modificará los riesgos fijos, tales como el intento previo de suicidio, los factores genéticos, los de género, edad y etnia, el estado civil, la situación económica y la preferencia sexual. En cambio, los factores de riesgo modificables son, principalmente, la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para cometer el suicidio, la interrupción de tratamientos médicos, el aislamiento social y las enfermedades Crónicas.¹⁴

Pese a que las conductas suicidas tienen una gran complejidad debido a la interacción de todas las posibles causas, la principal causa de suicidio es la depresión. En cuanto a la relación entre el suicidio y estados depresivos, y aunque solo un 50% de los individuos que han muerto por suicidio encajan en un perfil correspondiente con un trastorno depresivo mayor (MDD), casi todos los individuos suicidas presentan algún tipo de estado relacionado con la depresión. Aproximadamente un 90% de los individuos que mueren por suicidio cumplen los criterios para ser diagnosticados con algún tipo de trastorno psiquiátrico, al menos durante sus últimos 6 meses de vida. Los estudios señalan que las conductas relacionadas con los trastornos de personalidad de tipo impulsivo y las denominadas personalidades dramáticas, erráticas o excesivamente emocionales, pueden funcionar como factores pronósticos de intento de suicidio en individuos con depresión y depresión¹⁵

Entre los trastornos de la ansiedad, el trastorno del pánico ha sido más frecuentemente asociado con el suicidio, seguido por el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Todos los tipos de trastornos mentales pueden asociarse con el suicidio. Estos incluyen trastornos afectivos bipolares, episodios depresivos, trastorno depresivo recurrente y trastornos del humor persistentes (p.e.: ciclotimia y distimia) las cuales forman las categorías F31- F34 en la ICE – 10¹⁶

Por lo tanto, el suicidio es un riesgo significativo en la depresión no reconocida y no tratada. Los recientes avances en el tratamiento de la depresión son muy relevantes para la prevención del suicidio en la atención primaria¹⁷.

Específicamente para el panorama de estos últimos años, Martínez y colaboradores¹⁸, han planteado que se han generado nuevos y más complejos retos en los médicos residentes (trabajador de la salud y alumno de posgrado; es un médico general adscrito al área médica, con actividades en el servicio de la especialidad en la que realiza su entrenamiento)¹⁹, debido a que sus cargas de trabajo se han visto aumentadas de formas exponenciales. Es complejo intentar hacer un análisis del nivel de estrés resultante en ansiedad y depresión de los médicos residentes del Hospital, puesto que el trabajo y contacto con pacientes, los expone a nuevos panoramas cada día, como la frustración ante las enfermedades de sus pacientes, la falta de recursos de los hospitales, la pérdida del contacto con la familia y al agotamiento físico y mental. Por todo lo anterior, es conveniente determinar los factores que habitualmente están presentes en los residentes médicos y que pueden estar asociados a mayor riesgo de depresión o de ansiedad.

Para comenzar, es necesario conceptualizar quién es un médico residente y qué es la residencia médica. Al respecto Zamudio-Villareal, define la residencia médica como la etapa en donde el residente es, tanto un trabajador de la salud como un alumno de posgrado. Por un lado, es un médico general adscrito al área médica, con actividades en el servicio de la especialidad en la que realiza su entrenamiento, su jefe inmediato es el encargado del servicio respectivo y su contrato laboral termina cuando finaliza su entrenamiento. Por otro lado, es también un alumno de posgrado, con un profesor titular que lo tutorea en las actividades asistenciales, de docencia y de investigación propias de la especialidad en que se entrena. En este sentido el médico residente es, como su

nombre lo indica, un médico, es decir, cuenta con título universitario y cédula profesional que son la base legal en México para ejercer la medicina general en cualquier institución de salud, pública o privada. Esto le confiere la facultad de tener pacientes a su cargo, de extender recetas médicas y de responsabilizarse en un sentido legal, moral y profesional por la salud del individuo y de la población. Todos los médicos, ya sean médicos generales o especialistas, adscritos o no a una institución de salud, amparan su labor médica en el título de Médico Cirujano que les otorga una institución de enseñanza superior y en los seis o siete dígitos que conforman la cédula profesional que les otorga la S.E. P.¹⁹

De acuerdo con la norma NOM-090-SSA1 de la Dirección General de Enseñanza en Salud el residente se rige por lo dispuesto en la Ley Federal de Trabajo, en donde se aclara que estará adscrito a una unidad receptora de residentes durante el tiempo que dure su entrenamiento en la especialidad. Durante la residencia el médico ocupa una plaza provisional dentro de la hospitalaria de acuerdo con su título y cédula actuales que son las de médico general. En este periodo, además de atender a usuarios de los servicios de salud cumpliendo con la reglamentación en salud de su unidad de adscripción, también deberá inscribirse en una unidad de educación superior y cumplir con los seminarios clínicos y otras actividades de docencia y de investigación que le confiere su profesor titular y que se detallan en su plan de estudios.²⁰

En el año 2000 se suicidaron casi un millón de personas en el mundo, lo que convirtió al suicidio en la décimo tercera causa de muerte.

El proceso suicida se inicia en el momento en que comienzan los pensamientos sobre cómo quitarse la vida, pasa por la realización de los primeros intentos suicidas, con un incremento gradual de la letalidad del intento, hasta lograrlo; es decir, la suicidalidad, que comprende las ideas y deseos suicidas o ideación suicida, las conductas suicidas sin resultado de muerte o intentos suicidas y los suicidios consumados²¹.

Así se establece una secuencia progresiva. Es posible que ocurran manifestaciones previas con actitudes de escape, venganza, altruismo o búsqueda de riesgos²². Por otro lado, se han descrito tres características dependientes de rasgo²³ : a) pensamientos de derrota, en otras palabras, una tendencia a percibirse como perdedor cuando se enfrentan situaciones estresantes de tipo psicosocial; b) percepciones de

"imposibilidad de escapatoria", asociadas a alteraciones de memoria autobiográfica y déficit para resolver problemas; y c) percepción de "imposibilidad de rescate", es decir, desesperanza, el abandono de los intentos por responder a situaciones estresantes al carecer de control sobre ellas.^{24,25}

El diagnóstico de un trastorno mental debe tener una utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes. Sin embargo, el diagnóstico de un trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento. La necesidad de tratamiento es una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado (p. ej. la presencia de ideas de suicidio), el sufrimiento del paciente (dolor mental) asociado con el síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores (p. ej. síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades).³

La CIE-11 define:

Ideación suicida: como los pensamientos, ideas o reflexiones en torno a la posibilidad de poner fin a la vida propia, desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes detallados para suicidarse.

Intento de suicidio: como el episodio específico de conducta autodestructiva emprendida con la intención consciente de poner fin a la propia vida.

III.- ANTECEDENTES

Si bien la depresión y la ansiedad en médicos residentes son temas que han tomado relevancia los últimos 20 años y existen un gran número de estudios al respecto, la mayoría de ellos son estudios pequeños y transversales, los estudios como revisiones sistemáticas o meta análisis se comienzan a observar con Joles, quien realizó una revisión sistemática, de estudios enfocados en la depresión de los médicos residentes de los programas de especialización en Estados Unidos. Se revisaron 46 artículos, con un gran rango en la prevalencia de depresión desde el 1-56%, el más grande de ellos con 4128 residentes de medicina interna 22-35% reportaron entre 4-5 síntomas de depresión, de la misma manera buscaron las características o factores de riesgo que se relacionaran al desarrollo de depresión, concluyendo que únicamente se encontró relación estadísticamente significativa en la salud física, una infancia infeliz y el estrés en el trabajo. Evidencia estadística enmarca que la depresión en los médicos residentes se asocia con errores médicos, disminución de la capacidad para manejar el estrés relacionado con el trabajo, interrupción de la formación médica, interrupción de la vida personal y suicidio.^{26,27}

Estudios internacionales como el de Brooks²⁸, mencionan que entre el 10 al 20 por ciento de médicos presentan un cuadro depresivo a lo largo de su carrera y tienen mayor riesgo de suicidio que la población en general. Para México un estudio realizado en el hospital Juárez, se reportó una prevalencia del 16% para depresión mayor y ansiedad²⁹.

Ángeles Garay en su estudio *Asociación of depression and anxiety with characteristics related to the training of medical residents* (Depresión y ansiedad asociadas al entrenamiento médico de médicos residentes), estudia la asociación de características relacionadas con el adiestramiento y el desarrollo de depresión y ansiedad, en este estudio se incluyeron 542 médicos residentes de diferentes grados y especialidades, se les aplicó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para identificar depresión y ansiedad y se relacionaron la fatiga laboral y reducción del desempeño laboral por sueño insatisfactorio; consumo de tabaco, alcohol y drogas; año de residencia; frecuencia de guardias; tipo de especialidad y agotamiento emocional como las características relacionas directamente al adiestramiento. Así como

antecedente personal de depresión y/o ansiedad y presencia de cualquier enfermedad médica. Encontrando que la prevalencia de depresión y ansiedad encontrada fue de 12.2% y 47.1%, respectivamente, y se asoció con fatiga laboral, disminución del desempeño socio laboral, agotamiento emocional, consumo perjudicial de alcohol y antecedente personal de depresión y/o ansiedad. Por lo que concluye que dichas características relacionadas con el adiestramiento que pudieran favorecer la presencia de depresión y ansiedad en médicos residentes vulnerables por el antecedente de depresión y/o ansiedad.³⁰

En estudios de prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes, se han reportado datos discordantes, como los de una revisión sistemática de 2014 de Hope, en Estados Unidos, donde se encontró que la prevalencia de ansiedad fue de 7.7 a 65.5 % y de depresión, de 6 a 66.5%. Otras revisiones como la de Saldaña en 2014³¹, reportan prevalencia de depresión leve en 64 de cada 100 residentes, de episodio depresivo moderado en 27 de cada 100 residentes y de episodios depresivos graves en 7.56 de cada 100 residentes.

En el estudio de Mata del 2014 llamado *Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis* para *JAMA* (Prevalencia de depresión y síntomas depresivos entre médicos residentes: un análisis sistemático y meta análisis), se realizó una revisión sistemática y meta-análisis, en el que se buscaron estudios con información sobre la prevalencia de depresión o sus síntomas en los médicos residentes entre 1963 y 2015, evaluado por 2 expertos independientes. Se analizaron más de 100 estudios de diferentes características, con 17560 pacientes acumulados, reportando una prevalencia de depresión o síntomas asociados en un 28.8% (4969/17 560 individuos, 95% IC, 25.3%-32.5%). De la misma manera en un estudio secundario analizando 7 estudios longitudinales, la media absoluta de incremento en los síntomas depresivos a partir del inicio de la residencia médica fue de un 15.8% (RR 4.5). Concluyendo que la prevalencia de depresión o síntomas depresivos en médicos residentes en promedio es de 28.8% variando de 20.9% a 43.2%, dependiendo del instrumento de medición.³²

Pereira-Lima, realizo un estudio transversal denominado *Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents*, esto para estudiar las tasas de burnout,

ansiedad y depresión en los médicos residentes, así como su asociación con sus habilidades sociales. Estudio a 305 residentes médicos de ambos géneros, de diversas especialidades, de áreas clínicas y quirúrgicas, para la medición de depresión y ansiedad se usó el cuestionario Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), este instrumento posee 4 indicadores, 2 para ansiedad, derivados de la escala GAD-7 y 2 para la depresión derivados del cuestionario PHQ-9, ya validado en diversos estudios. Concluyó que el 41.3% de la población presenta ansiedad y 21.64% depresión e incluso recalcó que en promedio las habilidades sociales de los residentes con ansiedad y depresión eran menores a sus contrapartes.³³

En el 2021, la Organización Mundial de la Salud afirmó que, a nivel mundial, aproximadamente 280.000.000 de personas tenían depresión. Y anualmente, cerca de 800.000 personas cometen suicidio, sin contar los intentos que no culminan. Recalcando que, en el grupo etario de edad de 15 a 29 años, es la segunda causa de muerte.³⁴

Por su parte en México, la Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas en México³⁵, señaló que el 9.1% de la población sufrió alguna vez en su vida un trastorno afectivo, 4.5% de la población sufrió un trastorno afectivo en los últimos doce meses, el 3.3% de la población sufrió un Episodio Depresivo Mayor, con prevalencia de un 4.4% en las mujeres. En México es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres.

En México, en 2015, el estudio de Jiménez para el Instituto Mexicano del Seguro Social¹, reportó una prevalencia de síntomas depresivos de 5.6 % y de ansiedad de 10.2 %, y reportaron una prevalencia de 39.6 % para depresión y 29.6 % de ansiedad en residentes de pediatría, presentándose una coexistencia de ambas patologías en 21.4 %.

Belló³⁶, realizó un estudio respecto a la prevalencia y diagnóstico de la depresión en población adulta en México, reportando que el 4.5% de la población presenta dicha patología, con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%, y la de hombres es 2.5%. Señalan además que la depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas correspondieron a Jalisco, Veracruz y Tabasco, y las más bajas fueron en Nayarit y Nuevo León, mientras que, en el caso de las mujeres, las prevalencias

más altas estuvieron en Hidalgo, Jalisco y el Estado de México, y las más bajas, en Sonora y Campeche.

Se han realizado estudios con población mexicana, siendo la mayoría de ellos transversales como el que describe Jiménez López en Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, donde realizaron un estudio transversal para determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en un año académico de los médicos residentes. Se incluyeron 108 residentes de segundo año que respondieron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchik al inicio del ciclo académico, así como seis y doce meses después. Encontrando que durante la medición inicial se reportó una prevalencia de 3.7 % para síntomas de depresión, 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio. El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre las tres mediciones ($p < 0.001$). La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6 %. Es de llamar la atención que casi todos los residentes que desarrollaron trastorno depresivo tenían antecedente personal de depresión, siendo el ambiente académico y laboral un factor con poca asociación con los trastornos, por lo que concluyen en dicho estudio que es recomendable la detección de residentes con vulnerabilidad a la depresión con el objeto de que reciban atención oportuna en caso de que desarrollen trastorno depresivo.¹

Actualmente no se cuenta con un panorama epidemiológico para la localidad, ni para el caso del Hospital General de Pachuca.

III.- JUSTIFICACIÓN

La depresión y la ansiedad pareciera ser el día a día de la población del mundo, no excluyendo a la población en edad laboral, de la que forman parte los médicos residentes. Actualmente la exigencia de las prácticas médicas es alta, situación que puede predisponer estados psicológicos desfavorables al verse expuestos a altos niveles de estrés, pocas horas de sueño, bastas horas de estudio y trabajo, entre otros factores.

Este estudio basa su necesidad de elaboración en el análisis de posibilidades y oportunidades de encontrar primero, el número de los médicos residentes que se identifican con estados depresivos o de ansiedad por sus actividades cotidianas dentro del hospital y como respuesta a estar estudiando una especialidad o subespecialidad; y como segundo; el poder determinar si existe o no relación con la ideación y el intento suicida. Con esta información, dado que el hospital a la actualidad no cuenta con un panorama epidemiológico del tema, se busca sentar las bases para el mismo. Además, como este protocolo se encuentra supervisado por el área de Psicología del Hospital General de Pachuca, la información recabada será puesta a disposición del área para que pueda usarse en futuras investigaciones y en el actuar diario de los psicólogos, psiquiatras y personal encargado de ayudar a los médicos residentes que cursen con alguna de las variables que son tema de estudio.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los médicos residentes son personales de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los médicos residentes. Más allá de la teoría necesaria para la formación de un médico, lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos. En las instituciones de salud mexicanas en general se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso. Bajo este ambiente desfavorable el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional.

Las condiciones del Hospital General no distan de las de cualquier otra institución de salud del país, y actualmente los estudios con los que se cuenta respecto al tema son pocos, lo que hace necesario ampliar el conocimiento del tema debido a que los médicos residentes están cursando un periodo de estrés con altas expectativas y fuertes demandas que conducen a la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos con tendencia a ser mayores que la población general, y que podría generar severidad y desenlaces fatales si no se cuenta con un tratamiento adecuado.

En la actualidad (2023) el hospital cuenta con la atención psicológica o psiquiátrica que los residentes pueden solicitar cuando así lo deseen. De acuerdo al área de psicología del Hospital General de Pachuca esta información no lleva un registro formal como conformación de un expediente clínico, y solo existe una acción directamente encaminada a la concientización mas no a la prevención del suicidio o el tratamiento de la ansiedad o depresión.

Por parte de la secretaría de Salud, el Hospital General de Pachuca lleva a cabo a partir del mismo año, el taller para residentes *Cómo tratas si no te tratas*, cuyo objetivo es el de brindar herramientas que permitan tener hábitos salubres que generen acciones sanas y se vean reflejadas en su quehacer diario. Este programa es totalmente voluntario para los residentes que así lo dispongan, no existe un programa o alguna acción para darlo a conocer más allá de a quienes se les ha pedido formar parte del programa de

forma totalmente aleatorizada; por lo que su alcance actualmente no con el 100% de los residentes, siendo medible en el sobrante de lugares disponibles para cada servicio; es decir, muy pocos son quienes se han acercado al área para informarse, o formar parte del programa.

IV.1- Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad y su relación con la ideación y el intento suicida en médicos residentes del Hospital General de Pachuca?

V. - Objetivos

V.1 Objetivo general: Determinar la relación entre la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General de Pachuca con la ideación y el intento suicida de enero a marzo del 2024

V.2 Objetivos específicos

1. Identificar la prevalencia de ansiedad en médicos residentes del Hospital General de Pachuca con base en el inventario de Beck de enero a marzo del 2024

2. Identificar la prevalencia de depresión en médicos residentes del Hospital General de Pachuca con base en el inventario de Beck de enero a marzo del 2024

3. Identificar el porcentaje de médicos residentes del Hospital General de Pachuca que a causa de depresión y ansiedad han ideado el suicidio de enero a marzo del 2024

4. Identificar el porcentaje de médicos residentes del Hospital General de Pachuca que a causa de depresión y ansiedad han intentado el suicidio de enero a marzo del 2024

VI. Hipótesis

Hipótesis de investigación: La depresión y ansiedad con las que cursan los médicos residentes de Hospital General de Pachuca están directamente relacionada con la ideación y el intento suicida.

Hipótesis nula: La depresión y ansiedad con las que cursan los médicos residentes de Hospital General de Pachuca no están directamente relacionadas con la ideación y el intento suicida.

VII.- METODOLOGÍA

VII.1.- Diseño de estudio

Se trata de un diseño transversal, analítico y prolectivo

Análisis estadístico de la información:

Para el procesamiento de los datos se utilizará el software SPSS a fin de conocer las características generales de la población.

En un primer momento se llevará a cabo un análisis descriptivo para encontrar la frecuencia y distribución de las variables y con estas poder definir la prevalencia de ansiedad y depresión; así como el número de ideaciones o intentos suicidas.

El estudio bivariado, en un segundo momento de investigación, buscará mediante el procesamiento de Chi cuadrada buscar la relación existente entre las variables depresión y ansiedad dadas por el inventario de Beck y las variables ideación del suicidio, intento de suicidio.

VII.2- Selección de la población de estudio: La población está conformada por los médicos residentes de los distintos servicios del Hospital General de Pachuca.

Ubicación espacio-temporal

Lugar: Hospital General de Pachuca (todos los servicios)

Tiempo: Enero a Marzo del 2024

Persona: Médicos residentes del Hospital General de Pachuca que cumplan con los criterios de inclusión.

VII.3.- Criterios de inclusión

1. Médicos residentes del Hospital General de Pachuca
2. Médicos residentes con edad y sexo indistinto
3. Médicos residentes de todos los servicios del Hospital General de Pachuca
4. Médicos residentes de todos los años de residencia del Hospital General de Pachuca

VII.4- Criterios de exclusión

1. Médicos residentes que no firmen el consentimiento informado previo al momento de aplicación del cuestionario

VII.5- Criterios de eliminación

1. Médicos residentes que retiren su consentimiento para la investigación
2. Médicos residentes que renuncien a su plaza antes del término de la investigación

VIII.- MARCO MUESTRAL

VIII1.- Tamaño de la muestra

Para esta investigación la población total de residentes al año 2023 con los que cuenta el Hospital General es de 236 de los cuales:

- 31 son residentes del servicio de Ginecología
- 25 son residentes del servicio de Pediatría
- 4 son residentes del servicio de Medicina Crítica
- 34 son residentes del servicio de Anestesiología
- 39 son residentes del servicio de Medicina Interna
- 2 son residentes del servicio de Neonatología
- 34 son residentes del servicio de Urgencias
- 18 son residentes del servicio de Traumatología
- 49 son residentes del servicio de Cirugía

Respecto al tamaño de la muestra con la finalidad de que el estudio sea lo más verás de acuerdo a la situación actual de los médicos residentes, se encuestarán en su totalidad.}

VIII. 2.- Muestreo

No se llevará a cabo muestreo, debido a que la totalidad de la población formará parte del estudio.

IX.- ASPECTOS ÉTICOS

Esta información tiene como sustento legal la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, específicamente el cumplimiento de sus artículos 17, 18, 20, 21 y 22 que respectivamente establecen lo siguiente:

Artículo 17. La investigación no puede ser catalogada como sin riesgo aun cuando esta emplea únicamente técnicas de investigación documental, en su lugar se considera con riesgo mínimo ya que en cumplimiento del artículo se emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes psicológicos de diagnósticos

Artículo 18. El investigador principal se compromete a suspender la investigación de inmediato al advertir algún riesgo para los sujetos de estudio o cuando este así lo manifieste. (aunado a la suspensión, el residente que así lo requiera recibirá la atención necesaria por parte del personal del área de psicología o psiquiatría según ellos lo evalúen).

Artículo 20, 21 y 22. Para la recolección de los datos, la investigación contará con el consentimiento informado de los participantes, quienes estarán en pleno conocimiento de los por menores de la misma.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

Recursos humanos:

M.R. María Teresa de Jesús Ogando Mejía (Médico residente de Medicina Interna Hospital General de Pachuca)

Dr. Octavio Ibarra de León (Médico especialista del servicio de Psiquiatría del Hospital General de Pachuca: asesor clínico)

Dr. José Antonio Barragán (Asesor universitario de la Universidad autónoma del Estado de Hidalgo: asesor universitario)

Recursos Físicos:

Costos de impresión de encuestas \$100.00 (Office Depot)

Costos de impresión de consentimientos informados \$100.00 (Office Depot)

Costos de papelería (Hojas y lapiceros) \$500.00 (Office Depot)

Costos de impresión de tesis \$4000.00 (Office Depot)

Computadora y mouse de trabajo \$15000.00 (Office Depot)

Recursos Financieros:

Ninguno.

Total, de recursos estimados para la investigación: \$19,700.00 MXN (pesos mexicanos)

Para esta investigación se cuenta con la supervisión del área de psicología del Hospital General de Pachuca. Para el área de psicología la Lic. Tamara Larrazábal Olmos (Servicio de Psicología del Hospital General de Pachuca) será la responsable de revisar el contenido del instrumento de medición y recolección de datos, a su vez, la aplicación del mismo.

Para el área de psiquiatría el Dr. Octavio Ibarra de León (Médico especialista del servicio de Psiquiatría del Hospital General de Pachuca), será el responsable de revisar el contenido del instrumento de medición y recolección de datos, a su vez, la aplicación del mismo.

Ambas áreas se comprometen a dar seguimiento y atención a los sujetos de estudio que, por motivos de esta investigación, expresen requerirlo, así mismo, si derivado de la aplicación de este instrumento cualquiera de los dos especialistas antes mencionados detectase algún sujeto que, aunque no lo mencionara, requiriera atención psicológica o psiquiátrica, les darán seguimiento y/o contención dependiendo lo requerido.

X. ANALISIS ESTADÍSTICO

La primera etapa de procesamiento de los datos consistió en un análisis descriptivo, mediante el cual se obtuvieron las prevalencias de los casos en que la población total presentó ansiedad o depresión en cualquiera de sus grados (dependiendo del inventario de Beck),; así como el número y prevalencia de ideaciones e intentos suicidas. Para obtener las prevalencias que se reportaron en el estudio se utilizó la

formula: $prevalencia = \frac{\text{numero de casos existentes}}{\text{total de la población en riesgo}}$

Las medidas de tendencia para el Inventario de Beck de Ansiedad son:

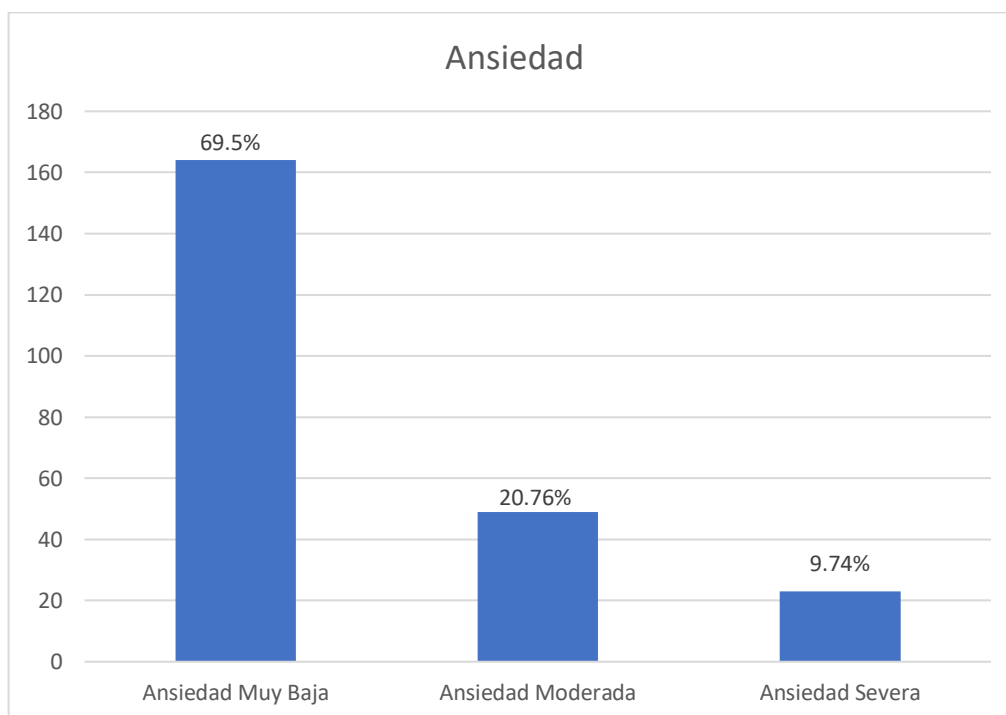
Para el analítico descriptivo para Inventario de Ansiedad de Beck, al procesar en SPSS un total de 236 valores, todos ellos válidos, se obtuvieron los siguientes resultados para prevalencia:

El 69.49% (164 residentes) obtuvieron puntajes de ansiedad muy baja

El 20.76% (49 residentes) obtuvieron puntajes de ansiedad moderada

El 9.74% (23 residentes) obtuvieron puntajes de ansiedad severa

Figura 1. Prevalencia de Ansiedad con base en el inventario de Beck, en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024



Fuente: datos obtenidos de encuesta realizada a los médicos residentes del Hospital General de Pachuca

La tendencia más fuerte es entonces la ansiedad muy baja, que es por si sola mayor porcentualmente a las otras dos categorías aun juntas (moderada y severa)

Al procesar el inventario de Beck de depresión en SPSS, con un total de 236 valores, todos ellos válidos, se obtuvieron los siguientes resultados para prevalencia:

El 33.61% (79 residentes) obtuvieron puntajes de conducta normal

El 18.22% (43 residentes) obtuvieron puntajes de conducta con disturbios

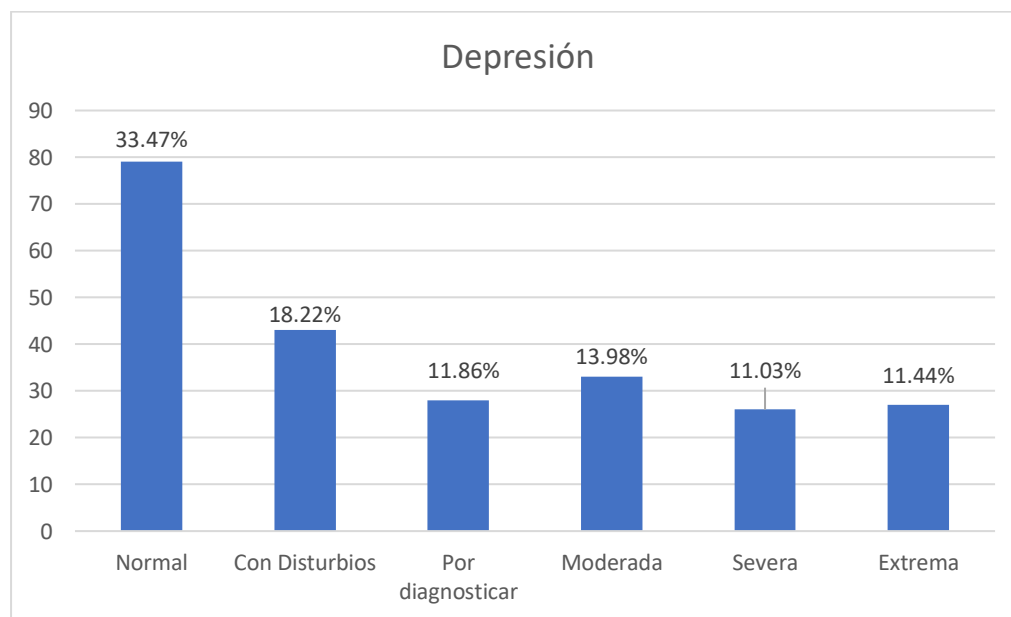
El 11.86% (28 residentes) obtuvieron puntajes de depresión al borde de ser diagnosticada

El 13.98% (33 residentes) obtuvieron puntajes de depresión moderada

El 11.03% (26 residentes) obtuvieron puntajes de depresión severa

El 11.44% (27 residentes) obtuvieron puntajes de depresión extrema

Figura 2. Prevalencia de Depresión con base en el inventario de Beck en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024



Fuente: datos obtenidos de encuesta realizada a los médicos residentes del Hospital General de Pachuca

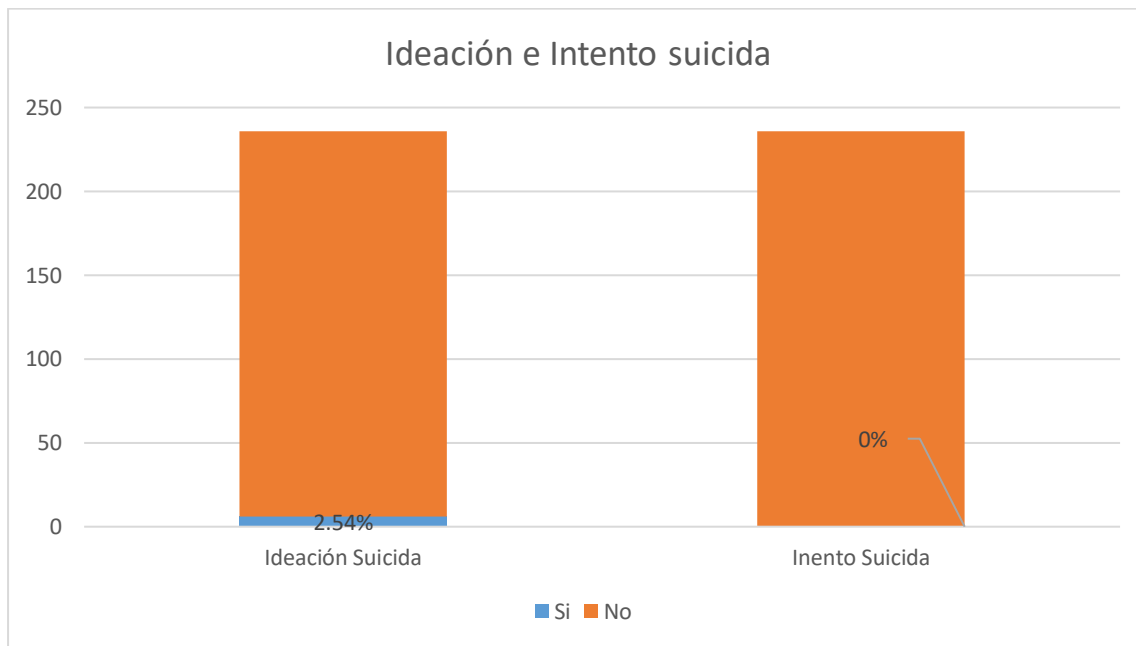
La tendencia más fuerte es entonces una conducta normal, sin embargo, es importante notar que al existir varias categorías de depresión los valores pueden parecer poco significativos, pero si se agrupan las prevalencias de depresión (sin importar el grado de esta), este valor sería el 36.34%; superando de este modo a la conducta normal.

Al procesar el en SPSS los ítems de prevalencia e ideación suicida, con un total de 236 valores, todos ellos válidos, se obtuvieron los siguientes resultados para prevalencia:

Ideación suicida: 2.54%

Intento suicida: 0%

Figura 3. Prevalencia de Ideación e Intento Suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024



Fuente: datos obtenidos de encuesta realizada a los médicos residentes del Hospital General de Pachuca

No se reportó ningún intento suicida, y la prevalencia de ideación fue muy baja (2.54%), de forma que respecto al suicidio podía decirse que los residentes están lejos de llegar a este punto, aun cuando existe ansiedad y depresión en ellos.

Se realizó el procesamiento para poder ver si existe o no una relación asociativa entre la ideación o el intento suicida la ansiedad y depresión.

El primer punto a tomar en cuenta es que, como no se reportó ningún intento suicida la asociación que se buscará se hará únicamente entre ansiedad, depresión e ideación suicida.

Otro punto a considera es que, respecto a las preguntas para buscar la prevalencia de intento suicida, no se reportó ningún caso; sin embargo, al analizar el inventario de Beck de forma particular las preguntas, aquellas que preguntaban sobre tendencia al suicidio o al intento, si obtuvieron respuestas positivas, que, aunque en porcentajes muy bajos no concuerda el último resultado.

La segunda etapa del procesamiento consistió en al analítico correlacional de las variables:

- 1) ansiedad con ideación suicida
- 2) depresión con ideación suicida

Este análisis se llevó a cabo mediante la elaboración de tablas cruzadas para posteriormente ejecutar una prueba exacta de Fisher. Las tablas cruzadas se elaboraron cruzando primero (para ansiedad con ideación suicida), los resultados obtenidos del inventario de Beck de ansiedad con los resultados obtenidos de las preguntas de ideación suicida para cada uno de los casos, cruzando residentes que tuvieron ideación suicida y residentes que no tuvieron ideación suicida con residentes que no reportaron ansiedad (nula o baja) y residentes que reportaron ansiedad (moderada a severa).

Posteriormente, se realizó lo mismo con los resultados obtenidos del inventario de Beck de depresión con los resultados de las preguntas de ideación suicida, cruzando residentes que tuvieron ideación suicida y residentes que no tuvieron ideación suicida con residentes sin depresión (englobando conducta normal, con disturbios o a punto de ser diagnosticados con ansiedad) y residentes con depresión (englobando depresión moderada, severa y extrema).

Para la relación entre la prevalencia de ansiedad con ideación suicida se obtuvieron los siguientes resultados

Tabla 1. Tablas cruzadas para relación entre ansiedad e ideación suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024

	ideación suicida		total
	si	no	
sin ansiedad (nula o baja)	2 (0.84%)	158 (66.94%)	160 (67.79%)
con ansiedad (moderada/severa)	3 (1.27%)	73 (30.93%)	76 (32.20%)
total	5 (2.11%)	231 (97.88%)	236 (100%)

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos del cuestionario aplicado a residentes

Tabla 2. Prueba exacta de Fisher para relación entre ansiedad e ideación suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024

	Valor	Df	Significación sintónica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	236.000 ^a	3	.000	.000
Razón de verosimilitud	48.437	3	.000	.000
Prueba exacta de Fisher	45.411			.000
N de casos válidos	236			

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de salida del programa SPSS

Tabla 3. Prueba exacta de Fisher grado de asociación, para relación entre ansiedad e ideación suicida, en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024

		Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Nominal por Nominal	Phi	1.000	.000	.000
	V de Cramer	1.000	.000	.000
	Coeficiente de contingencia	.707	.000	.000
N de casos válidos		236		

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de salida del programa SPSS

Como el recuento esperado fue menor a 5, se utilizó la prueba exacta de Fisher, resultando ($p < 0.05$ con valor de Phi de 1), lo que indica que existe relación entre ansiedad e ideación suicida con un grado de asociación alto.

Para la relación entre la prevalencia de depresión con ideación suicida se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 4. Tablas cruzadas para relación entre depresión e ideación suicida en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024

	ideación suicida		total
	si	no	
sin depresión (conducta normal, con disturbio, al borde de ser diagnosticado)	2 (0.84%)	144 (61.01%)	146 (61.86%)
con depresión (moderada, severa, extrema)	4 (1.69%)	86 (36.44%)	90 (38.13%)
total	6 (2.54%)	230 (97.45%)	236 (100%)

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados obtenidos del cuestionario aplicado a residentes

Tabla 5. Prueba exacta de Fisher para relación entre depresión e ideación suicida, en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024

	Valor	Df	Significación sintónica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	236.000 ^a	3	.000	.000
Razón de verosimilitud	55.911	3	.000	.000
Prueba exacta de Fisher	51.819			.000
N de casos válidos	236			

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de salida del programa SPSS

Tabla 6. Prueba exacta de Fisher grado de asociación, para relación entre depresión e ideación suicida, en médicos residentes del Hospital General Pachuca, de enero a marzo 2024

		Valor	Significación aproximada	Significación exacta
Nominal por Nominal	Phi	1.000	.000	.000
	V de Cramer	1.000	.000	.000
	Coeficiente de contingencia	.707	.000	.000
N de casos válidos		236		

Fuente: Elaboración propia con base en los datos de salida del programa SPSS

Como el recuento esperado fue menor a 5, se utilizó la prueba exacta de Fisher, resultando ($p < 0.05$ con valor de Phi de 1), lo que indica que existe relación entre depresión e ideación suicida con un grado de asociación alto.

XI RESULTADOS

La investigación se llevó a cabo con un total de 236 residentes del Hospital General Pachuca, pertenecientes al servicio de Ginecología (31 son residentes, 13.13%); servicio de Pediatría (25 son residentes, 10.59%); servicio de Medicina Crítica (4 son residentes, 1.69%); servicio de Anestesiología (34 son residentes, 14.40%); servicio de Medicina Interna (39 son residentes, 16.52%); servicio de Neonatología (2 son residentes, 0.84%); servicio de Urgencias (34 son residentes, 14.40%); servicio de Traumatología (18 son residentes, 7.62%); y servicio de Cirugía (49 son residentes, 16.52%); de entre 25 y 42 años, sexo indistinto, todos de nacionalidad mexicana.

Las prevalencias reportadas para el Inventario de Ansiedad de Beck, mostraron que el 69.49% obtuvieron puntajes de ansiedad muy baja, 20.76% obtuvieron puntajes de ansiedad moderada, y 9.74% obtuvieron puntajes de ansiedad severa.

Las prevalencias reportadas para el Inventario de Depresión de Beck, mostraron que el 33.61% obtuvieron puntajes de conducta normal, 18.22% obtuvieron puntajes de conducta con disturbios, 11.86% obtuvieron puntajes de depresión al borde de ser diagnosticada, 13.98% obtuvieron puntajes de depresión moderada, 11.03% obtuvieron puntajes de depresión severa, y 11.44% obtuvieron puntajes de depresión extrema

La prevalencia de Ideación suicida fue del 2.54%, mientras que la de Intento suicida fue del 0% al no encontrarse ningún caso para esta última.

La relación entre la prevalencia de ansiedad con ideación suicida resultó existente ($p < 0.05$), y con un grado de asociación alto.

La relación entre la prevalencia de depresión con ideación suicida resultó existente ($p < 0.05$), y con un grado de asociación alto.

XII DISCUSIÓN

En relación al estudio de Brooks, donde se menciona que entre el 10 al 20 por ciento de médicos presentan un cuadro depresivo a lo largo de su carrera y tienen mayor riesgo de suicidio que la población en general, reportando para el hospital Juárez una prevalencia del 16% para depresión mayor y ansiedad; este estudio muestra una prevalencia mayor, situando la media de ansiedad en un 20.76% y la de depresión en 36.34%.

El estudio de Ángeles Garay, el cual supera por más del doble a la población de este, encontrando que la prevalencia de depresión y ansiedad encontrada fue de 12.2% y 47.1%, respectivamente; no coincide con los resultados en cuanto a la proporción; es decir en el primer caso se observa una mayor prevalencia de ansiedad que de depresión, y si bien, el inventario de Beck no cuenta con un corte para determinar si existe o no ansiedad (únicamente la clasifica en leve, moderada o severa), el porcentaje de residentes con ansiedad moderada a severa supera apenas por decimas el 30%, mientras que el de depresión rebasa el 36%. Lo mismo si se compara con el estudio de Pereira-Lima donde se concluyó que el 41.3% de la población presenta ansiedad y 21.64% depresión.

En el estudio de Mata reportó una prevalencia de depresión o síntomas asociados en un 28.8%, similar a la de 26.34% de este estudio.

Respecto al estudio de Jiménez que reportó una prevalencia de 39.6 % para depresión y 29.6 % de ansiedad en residentes, es probablemente el que este más cercano a los resultados obtenidos en este (36.34% para depresión y 30.5% para ansiedad).

En resumen, todos los estudios están dentro de un rango similar, las diferencias varían entre el número de residentes que participaron en los estudios y la asociación de algunos con el síndrome de burnout.

XIII CONCLUSIONES

Al procesar los datos para determinar la relación entre la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General de Pachuca con la ideación y el intento suicida de enero a marzo del 2024; se mostró que:

- 1) Si existe relación entre la ansiedad y la ideación suicida.
- 2) Si existe relación entre la depresión y la ideación suicida.
- 3) Al no existir ningún intento de suicidio, no existe relación entre este con ansiedad ni con depresión en la muestra.

Al identificar la prevalencia de ansiedad en médicos residentes del Hospital General de Pachuca con base en el inventario de Beck de enero a marzo del 2024, se obtuvo que la prevalencia de residentes con *ansiedad muy baja* constituyó la mayor parte de la muestra, siendo una prevalencia alta; para *ansiedad moderada*, así como para *ansiedad severa*, se obtuvieron prevalencias bajas.

Al identificar la prevalencia de depresión en médicos residentes del Hospital General de Pachuca con base en el inventario de Beck de enero a marzo del 2024, se obtuvo que un tercio de la población se encuentra el rango de conducta, con prevalencia de media a alta; mientras que el resto de la muestra, distribuida entre conducta con disturbios, depresión al borde de ser diagnosticada, depresión moderada, depresión severa, y depresión extrema obtuvieron prevalencias bajas. Para fines prácticos se puede dividir esta muestra entre los que, si tuvieron depresión y los que no, agrupando en los que, si tuvieron las respuestas correspondientes a conducta normal, conducta con disturbios y depresión al borde de ser diagnosticada; mientras que los que si presentaron depresión agrupan las respuestas correspondientes a depresión moderada, depresión severa y depresión extrema; de forma que la prevalencia de residentes sin depresión es mayor a los que si la tuvieron.

El porcentaje de médicos residentes del Hospital General de Pachuca que a causa de depresión y ansiedad han ideado el suicidio de enero a marzo del 2024, fue muy bajo, en contraste con quienes no la presentaron que representaron.

El porcentaje de médicos residentes del Hospital General de Pachuca que a causa de depresión y ansiedad han intentado el suicidio de enero a marzo del 2024, fue nulo, ya que ninguno de los encuestados dio respuesta positiva al ítem intento suicida.

En cuanto a la hipótesis: La depresión y ansiedad con las que cursan los médicos residentes de Hospital General de Pachuca están directamente relacionada con la ideación y el intento suicida; no es posible aceptarla en su totalidad, ya que no hubo ningún intento suicida en los médicos residentes que fueron encuestados; sin embargo, si existe una relación entre la ansiedad y la depresión con la ideación suicida.

XIV RECOMENDACIONES

Este estudio tuvo la participación de todos los residentes del Hospital General de Pachuca, como recomendaciones se sugiere para futuros estudios lo siguiente:

- 1) Identificar cuáles son los factores causantes de ansiedad o depresión relacionados al trabajo, para que además de tener la prevalencia de dichos padecimientos, pueda identificarse qué es lo que los causa.
- 2) Se observó que cuando se cuestionó a los residentes de forma directa (en el apartado de ideación o intento suicida), las repuesta fueron contundentes, asegurando que ninguno ha tenido intentos suicidas, y en su mayoría (más del 95%) mencionó jamás haber ideado el suicidio; sin embargo, en las preguntas del inventario de Beck relacionadas a ideas suicidas, se mostraron resultados individuales sobre residentes que han reportado haber tenido ideación suicida; de modo que se recomienda agregar otro inventario que pueda validar de forma directa el inventario de Beck, ya que de forma generalizada en porcentajes puede no haber datos significativos sobre conductas suicidas, pero utilizar más inventarios para validar o ir más a fondo sobre los resultados pudiera dar mayor perspectiva al tema.
- 3) La última recomendación sería hacer un estudio prospectivo con una sola generación de residentes que sean estudiados durante todos los años de residencia en el hospital, de modo que pueda observarse si con el avance de grados incrementa, disminuye o cambia la prevalencia de depresión, de ansiedad y como esta se relaciona a la ideación e intento suicida

XV.- ANEXOS



Secretaría de Salud de Hidalgo
Hospital General de Pachuca
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Jefatura de Investigación



Consentimiento informado

Investigador principal: M.R. María Teresa de Jesús Ogando Mejía
Hospital General de Pachuca

Hago constar que en pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos que la investigación: **Prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes del Hospital General de Pachuca, y su relación con la ideación y el intento suicida**, con duración de 11 meses (enero a marzo del 2024), con un número aproximado de 178 participantes; he aceptado voluntariamente formar parte de ella, pudiendo en cualquier momento dejarla sin necesidad de expresar las razones, sin que ello genere ningún prejuicio o coacción o la pérdida de los beneficios a los que se tengo derecho.

Los motivos por los cuales el investigador puede dar por terminado el estudio son: el término de los plazos establecidos, incumplimiento de los puntos acordados en este consentimiento o si el hospital así lo determinara conveniente.

Se me ha informado que parte de mi libertad de elección es la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y que cuento con el permiso para acceder de forma directa a los registros de la investigación. También que, si por lo referido a esta investigación presentará alguna atención o necesidad de contención, el área de psicología será la encargada de cubrir las necesidades resultantes del mismo.

Tengo de conocimiento que el objetivo de la investigación es identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital General de Pachuca; que el beneficio de llevar a cabo esta investigación reside en la conformación de un panorama epidemiológico, hasta ahora inexistente para el caso del Hospital General de Pachuca; y está justificada en la búsqueda de la relación de estos con la ideación y el intento suicida, en beneficio de los médicos residentes del hospital General de Pachuca. Que la investigación es de riesgo mínimo, sin embargo, los riesgos están asociados al hecho de que puede tratar aspectos sensitivos de mi conducta. La investigación no conlleva ningún tipo de tratamiento, ni actos experimentales y mi participación se reduce al llenado de una encuesta para medir el grado de depresión y ansiedad por medio de los inventarios de ansiedad y depresión de Beck

Por medio de este consentimiento queda asegurada mi identidad y la confidencialidad de mi información, aun si los resultados se publicaran. Los datos de

identificación que se mantendrán en forma confidencial responden a nombre, edad, sexo y servicio al que corresponden. Como parte de mi participación en este estudio de identificarme de acuerdo al cuestionario que responderé como participante con ansiedad o depresión, de identificar intento o ideaciones suicidas será remitido al área de psicología para el diagnóstico y la atención oportuna.

Funge como investigador principal M.R. María Teresa de Jesús Ogando Mejía, quedando a disposición en el número 4422089896, la cual se compromete a llevar el estudio apegado a la ética y normatividad, sin ejecutar acciones que comprometan el bienestar de los participantes. De igual forma se espera que el compromiso por parte de los sujetos de investigación sea el de proporcionar información verdadera para garantizar resultados reales.

Funge como Presidente del Comité de Ética en Investigación la Dra. Maricela Soto Ríos disponible en el Hospital General de Pachuca, al teléfono 7717134649

Firma testigo 1

Firma testigo 2

Nombre y firma del participante o representante legal

Anexo2) Cuestionario de recolección de datos.



Secretaría de Salud de Hidalgo
Hospital General de Pachuca
Subdirección de Enseñanza e Investigación
Jefatura de Investigación



* Nota: Este cuestionario será evaluado por el área de Psicología del Hospital General de Pachuca

Número de identificación del participante:				
Sexo:				
Edad:				
Especialidad:				
Inventario de Ansiedad de BECK (BAI)				
Señale la casilla que crea oportuna sobre la frecuencia con experimenta los síntomas:				
	En absoluto	Leve	Moderado	Bastante
Torpe o entumecido				
Acalorado				
Con temblor en las piernas				
Incapaz de relajarse				
Con temor a que ocurra lo peor				
Mareado, o que se le va la cabeza				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inestable				
Atemorizado o asustado				

Nervioso				
Con sensación de bloqueo				
Con temblor en las manos				
Inquieto, inseguro				
Con miedo a perder el control				
Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimientos				
Con rubor facial				
Con sudoraciones frías o calientes				
Ideación de suicidio o pensamientos suicidas	1. Si 2. No			
Intento de suicidio	1. Si 2. No			
Terapia psicológica	1. Si 2. No			
Terapia farmacológica	1. Si 2. No			
Inventario de Depresión de BECK (BDI-2)				
Tristeza	0	No me siento triste.		

	1	Me siento triste gran parte del tiempo
	2	Me siento triste todo el tiempo.
	3	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
Pesimismo	0	No estoy desalentado respecto del mi futuro.
	1	Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
	2	No espero que las cosas funcionen para mí.
	3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
Fracaso	0	No me siento como un fracasado.
	1	He fracasado más de lo que hubiera debido.
	2	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
	3	Siento que como persona soy un fracaso total.
Pérdida de Placer	0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
	1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

	3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.
Sentimientos de Culpa	0	No me siento particularmente culpable.
	1	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
	2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
	3	Me siento culpable todo el tiempo.
Sentimientos de Castigo	0	No siento que este siendo castigado
	1	Siento que tal vez pueda ser castigado.
	2	Espero ser castigado.
	3	Siento que estoy siendo castigado.
Disconformidad con uno mismo	0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
	1	He perdido la confianza en mí mismo.
	2	Estoy decepcionado conmigo mismo.
	3	No me gusta a mí mismo.
Autocrítica	0	No me critico ni me culpo más de lo habitual
	1	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
	2	Me critico a mí mismo por todos mis errores

	3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
Pensamientos o Deseos Suicidad	0	No tengo ningún pensamiento de matarme.
	1	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
	2	Querría matarme
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
Llanto	0	No lloro más de lo que solía hacerlo.
	1	Lloro más de lo que solía hacerlo
	2	Lloro por cualquier pequeñez.
	3	Siento ganas de llorar, pero no puedo.
Agitación	0	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
	1	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
	2	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
	3	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
Pérdida del Interés	0	No he perdido el interés en otras actividades o personas.
	1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
	2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

	3	Me es difícil interesarme por algo.
Indecisión	0	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
	1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
	2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
	3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
Desvalorización	0	No siento que yo no sea valioso
	1	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
	2	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
	3	Siento que no valgo nada.
Pérdida de Energía	0	Tengo tanta energía como siempre.
	1	Tengo menos energía que la que solía tener.
	2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado
	3	No tengo energía suficiente para hacer nada.
Cambios en los hábitos de Sueño	0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
	1 ^a	Duermo un poco más que lo habitual.
	1 ^b	Duermo un poco menos que lo habitual.

	2 ^a	Duermo mucho más que lo habitual.
	2b	Duermo mucho menos que lo habitual
	3 ^a	Duermo la mayor parte del día
	3b	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
Irritabilidad	0	No estoy tan irritable que lo habitual.
	1	Estoy más irritable que lo habitual.
	2	Estoy mucho más irritable que lo habitual.
	3	Estoy irritable todo el tiempo.
Cambios en el Apetito	0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
	1 ^a	Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
	1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
	2 ^a	Mi apetito es mucho menor que antes.
	2b	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
	2 ^a	No tengo apetito en absoluto.
	3b	Quiero comer todo el día

Dificultad de Concentración	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre.
	1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
	2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
	3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
Cansancio o Fatiga	0	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
	1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
	2	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
	3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía
Pérdida de Interés en el Sexo	0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
	1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
	2	Estoy mucho menos interesado en el sexo.
	3	He perdido completamente el interés en el sexo.

XVI.-REREFENCIAS

-
- ¹ Jiménez-López J, Arenas-Osuna J, Ángeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(1):20-28. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf>
- ² WHO. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. [búsqueda]. (2023). Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1669279433>
- ³ Paho, (2018). Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99). Ais.paho. Disponible:https://ais.paho.org/classifications/Chapters/CAP05.html?zoom_highlight=egodist%F3nica
- ⁴ Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition DSM-5. American Psychiatric Association. (2023). Estados Unidos de America
- ⁵ : García Cruz JM, González Lajas JJ. Trastorno de ansiedad. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/XX/titulo-algoritmo>
- ⁶ Academia Americana de Psiquiatría. Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos mentales 5.ª edición. Madrid: Panamericana; 2014
- ⁷ American Psychiatric Association, (2016). Suplementos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trstornos Mentales, Quinta Edición. DSM-5
- ⁸ Denis-Rodríguez Edmundo, Barradas Alarcón María Esther, Delgadillo-Castillo Rodolfo, Denis-Rodríguez Patricia Beatríz, Melo-Santiesteban Guadalupe. Prevalencia de la ideación suicida en estudiantes de Medicina en Latinoamérica: un meta análisis. RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2023 Nov 16]; 8(15): 387-418. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672017000200387&lng=es
- ⁹ OMS, (2006). Prevención del Suicidio Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias: Manejo de Trastornos Mentales y Cerebrales. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

-
- ¹⁰ Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med PsychOL.* 1959;32(1):50-52. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- ¹¹ Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal- Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc).* 2002;118(13):493-499. DOI: 10.1016/s0025-7753(02)72429-9
- ¹² Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(1):71-77. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2005.07.003
- ¹³ Gobierno de Navarra, (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional. Prevención y actuación ante CONDUCTAS SUICIDAS.
- ¹⁴ Gutiérrez García, Ana G.; Contreras, Carlos M.; Orozco Rodríguez, Rosselli Chantal, (2006) El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, vol. 29, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 66-74. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- ¹⁵ Aldavero Muñoz, Iván, (2018). *Neurobiología del suicidio*. Universidad de Salamanca
- ¹⁶ WHO. *Internacional Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*. Vol. 1. Geneva, World Health Organization, 1992.
- ¹⁷ Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Long-term effects of an educational programme for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1992, 85: 83-88.
- ¹⁸ Martínez et, al. (2022). Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Revistaalergia*. Disponible en:
<https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/903/1744>
- ¹⁹ Zamudio Villarreal J.F. La función de los Médicos Residentes según las Leyes Mexicanas. *Rev. Eviden. Invest. Clin.* 2011; 4(1): 5-6. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/evidencia/eo-2011/eo111c.pdf>
- ²⁰ Dirección General de Enseñanza en Salud, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario. NOM-090-SSA1- 1994 Norma Oficial Mexicana para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas (22 de septiembre de 1994).

-
- ²¹ An Heeringen K: The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*, 48(5):292-300, 2003.
- ²² Goodwin Fk: Preventing inpatient suicide. *J Clin Psychiatry*, 64(1):13-13, 2003.
- ²³ Mann Jj: Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci*, 4(10):819-828, 2003.
- ²⁴ Overmier Jb: On learned Helplessness. *Int Physiol Behav Sci*, 37(1):4-8, 2002.
- ²⁵ Seligman Me: Helplessness on Development, Depression and Death. Freeman and Company, Nueva York, 1975.
- ²⁶ Joules, N. , Williams, D. and Thompson, A. (2014) Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open Journal of Depression*, **3**, 89-100. doi: 10.4236/ojd.2014.33013.
- ²⁷ Collier, V. U., McCue, J. D., Markus, A., & Smith, L. (2002). Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform? *Annals of Internal Medicine*, 136, 384-390. <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-0001>
- ²⁸ Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed? *J Ment Health*. 2011 Apr;20(2):146-56. doi: 10.3109/09638237.2010.541300. Epub 2011 Jan 28. PMID: 21275504.
- ²⁹ Jussepe J. y cols. (2005) "Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México". *Revista de Especialidades*
- ³⁰ Ángeles-Garay U. Tlecuítl-Mendoza N. Jiménez-López J. Velázquez-García J. Association of depression and anxiety with characteristics related to the training of medical residents *Salud Mental* [serial on the Internet]. 2020 October 6; [Cited 2023 April 13]; 43(5): 195-199 DOI:<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2020.027>
- ³¹ Saldaña IO, López OVM. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Evid Med Invest Salud*. 2014;7(4):169-177.
- ³² Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373–2383. doi:10.1001/jama.2015.15845

-
- ³³ K. Pereira-Lima & S.R. Loureiro (2014): Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents, *Psychology, Health & Medicine*, DOI: 10.1080/13548506.2014.936889
- ³⁴ Organización Mundial de la Salud, (2021). Depresión: Datos y Cifras. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- ³⁵ Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz C, et al. "Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an overview of desing and field procedures". *World Health Organization's (WHO) World Mental Health Surveys Initiative*: pag 1-13,2003
- ³⁶ Belló M, Puentes RE, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en la población adulta en México. *Salud Pública en México* [Internet]. 2005; 47 (supl. 1).