



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

SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

TEMA
“TRASTORNOS AFECTIVOS (ANSIEDAD Y DEPRESIÓN) EN EL PERSONAL
MEDICO BECARIO DE POSGRADO”

QUE PRESENTA LA C. NADIA TERESA CERÓN ESQUIVEL
MEDICO CIRUJANO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:
MEDICINA INTEGRADA

DR. JUAN DE DIOS URIBE RAMÍREZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
Y PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTEGRADA

DRA. ANEL VICENTA CASTAÑO SUÁREZ
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
ASESORA DE TESIS

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD
2007-2009

INDICE

I- Objetivos	1
II- Antecedentes	2
III- Planteamiento del problema	7
IV- Justificación	8
V- Hipótesis	10
VI- Material y métodos	10
VII- Variables	12
VIII- Análisis estadístico	14
IX- Aspectos éticos	14
X- Cronograma de actividades	15
Bibliografía	16
Anexos	
1. Consentimiento informado.....	17
2. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.....	18

I.-Objetivos

Objetivo general:

Determinar los trastornos afectivos (ansiedad y depresión), del personal médico becario de posgrado del Hospital General de Pachuca a través de la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Objetivos específicos:

Determinar los trastornos afectivos de ansiedad y depresión en médicos residentes.

Identificar de los médicos residentes con trastornos afectivos, a que área de especialidad médica pertenecen.

II.-Antecedentes

La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes, y tiene repercusiones significativas en los ámbitos biológico, psicológico y social; por lo tanto, su prevalencia en la población en general es del 3 al 5%.^{1,2} Aunque en la depresión está implicada una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible.

En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como es el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia es del 12.8% y se incrementa en los médicos residentes 47.5%.^{3,4}

Se reconoce que los médicos residentes tienen alto riesgo de manifestar el síndrome de burnout o de cansancio, que se distingue por despersonalización, cansancio emocional y decremento de la efectividad de su trabajo.⁵

El síndrome de burnout se vincula con depresión y afecta la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y desempeño laboral.⁶ 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.⁷

Al tomar en consideración que ser médico residente es un fenómeno social difícil de comprender, ya que están implicados aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos, en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa, es indispensable estudiar las condiciones de trabajo del médico de posgrado en formación y sus repercusiones en la salud física y mental. Sin embargo, son escasos los estudios que abordan esta problemática.⁸

Aunque la depresión y la ansiedad son consideradas entidades independientes suele ser raro encontrarlos en estado puro. Lo más habitual, en la práctica médica, es la presentación de síntomas ansiosos y depresivos mezclados en mayor o menor grado en un mismo paciente. En virtud de esta frecuente asociación de depresión y ansiedad se vuelve a considerar el concepto de espectro o continuo entre depresión y ansiedad en una visión dimensional del trastorno ansioso-depresivo.

Incluso se ha propuesto la denominación de «síndrome neurótico general» que incluye además del subgrupo de pacientes con ansiedad y depresión las formas subsindrómicas de ambos trastornos. Desde el punto de vista neurobiológico esta coexistencia de síntomas apoyaría la idea de que ambos trastornos, que son expresiones fenotípicas diferentes, pudiesen compartir un mismo desequilibrio neuroquímico. Se ha propuesto el modelo del desequilibrio serotoninérgico, en el que en un extremo se situarían los estados puros de ansiedad que serían el resultado de una excesiva actividad serotoninérgica, mientras que en el otro se situarían los estados depresivos puros, resultado de una deficiencia de serotonina.

Situado en el medio se encontrarían los estados mixtos ansioso-depresivos caracterizados por síntomas crónicos subsindrómicos de los dos trastornos.

Otro neurotransmisor implicado tanto en la depresión como en la ansiedad es la noradrenalina. Se supone que los pacientes con trastornos de ansiedad tienen una disregulación del sistema noradrenérgico que sería la causante de las ocasionales explosiones de actividad en las crisis de pánico.

Desde el punto de vista neurobiológico esta coexistencia de síntomas apoyaría la idea de que ambos trastornos, que son expresiones fenotípicas diferentes, pudiesen compartir un mismo desequilibrio neuroquímico.

En unas ocasiones, los síntomas de ansiedad se hallan presentes en los trastornos depresivos de modo subsindrómico.

Así, es frecuente encontrar entre los síntomas depresivos rumiaciones obsesivas, ansiedad, preocupaciones somáticas y fobias. A su vez, los trastornos de ansiedad también presentan con frecuencia síntomas depresivos sin llegar a alcanzar el umbral de un trastorno depresivo.

En otros casos, los síntomas depresivos y ansiosos son lo suficientemente numerosos para reunir criterios diagnósticos de ambos trastornos y entonces hablamos de *comorbilidad* de los dos trastornos. Esta coexistencia de las dos enfermedades es muy frecuente, llegando a tener una prevalencia vital, según la encuesta psiquiátrica más importante llevada a cabo en una muestra de población general no institucionalizada, la National Comorbidity Survey (NCS), de cerca del 60% de los casos. Una explicación de esta asociación podría ser que un trastorno predisponga a desarrollar un segundo. Así, una hipótesis señala que la persistencia de un trastorno de ansiedad (trastorno primario) predispone a desarrollar una depresión ulterior (trastorno secundario), según apuntan los resultados de la NCS donde 2/3 de los pacientes con diagnóstico de depresión habían sufrido previamente otro trastorno, generalmente de naturaleza ansiosa. Lo contrario podría ser también cierto según señala la misma encuesta donde el 12% de los pacientes tenían depresión primaria.⁹

En una revisión de estudios de estrés en la residencia, y descripción de intervenciones de programas y salud mental, se indicó que la privación de sueño y la fatiga tienen incidencia significativa; sin embargo, estos factores son sólo parte de una situación compleja mayor, influida por la demanda de tiempo, soporte social y solvencia económica. Para el análisis de estas variables se determinó el número de horas que los médicos residentes duermen en promedio al día, y se consideró como riesgo dormir menos de seis horas. Se mostró que la frecuencia de depresión es similar en ambos grupos. También se indagó acerca de la perspectiva que el médico tiene de la suficiencia de recursos económicos obtenidos por la beca en relación con su manutención. Aunque había alta frecuencia de médicos que consideraron insuficientes los recursos, no se observó incremento de depresión en este grupo.

Otro de los factores importantes de riesgo mayor a considerar para depresión es el síndrome de burnout. En la bibliografía médica se refiere que de las personas con alto nivel de estrés, cerca de la mitad tienen signos de depresión. El análisis de este estudio mostró que de los individuos con depresión, todos tenían criterios para burnout, y las áreas de despersonalización y cansancio emocional fueron las más afectadas.

Estos mismos hallazgos se observaron en otros estudios realizados en personal médico y de enfermería. Biaggi y sus colaboradores estudiaron la relación entre el cansancio emocional y la despersonalización, y observaron mayor afectación de estas áreas en los médicos que se enfrentan a situaciones abrumadoras, como el sentimiento de angustia del enfermo o de sus familiares. Esto sucede con mayor frecuencia en servicios donde el número de admisiones o fallecimientos es mayor, lo cual desencadena déficit de importancia y satisfacción laboral.¹⁰

Aunque el síndrome de burnout se describe habitualmente en servicios de urgencias y áreas quirúrgicas, en este estudio se observa una frecuencia similar en áreas clínicas y quirúrgicas. Como el sistema de residencias en México implica realizar actividades educativas y asistenciales que varían de acuerdo con el año académico, se observa una tendencia a padecer síndrome de burnout durante los primeros años de carrera profesional y tiene una relación menor al finalizar el adiestramiento; sin embargo, en el estudio no existió diferencia significativa entre los años de residencia. Consumir algún tipo de droga, o ciertos patrones de consumo de alcohol, se ha relacionado con estrés y depresión.

En esta población se encontró relación estadísticamente significativa para depresión y síndrome de burnout en los que padecen algún tipo de enfermedad e ingieren medicamentos, pero no para el consumo de alcohol o alguna droga no médica.¹¹

En este estudio se determinaron algunos factores de riesgo para la depresión.

En primer lugar se encuentra el síndrome de burnout; sin embargo, si se hace un análisis retrospectivo se puede observar que si bien el total de la población con depresión tiene burnout, sólo la mitad de los que tienen este síndrome cumplen con criterios para depresión. Es posible que el cansancio emocional y el pobre rendimiento sea lo que desencadene la depresión; por lo tanto, se tiene un alto porcentaje de población en riesgo. Ambos problemas afectan la salud física y mental de los médicos, y se refleja en el incremento de tasas de accidentes relacionados con ingestión de alcohol, enfermedades cardiovasculares y, de forma más preocupante, en las tasas de suicidio.

En la actualidad se desarrollan investigaciones de tamizaje en las diferentes áreas médicas; sin embargo, son de tipo exploratorio y, por lo tanto, no concluyentes.

Es indispensable realizar estudios longitudinales en muestras representativas para corroborar hallazgos, con el propósito de identificar factores de riesgo relacionados directamente con el sistema de especialidades y mejorar la calidad de atención de los pacientes. También, que los resultados puedan ser aplicados a la educación médica para redefinir y desarrollar estrategias que en un futuro contribuyan a crear las condiciones propicias en respuesta a las demandas de mejor capacitación en salud.¹²

En la literatura ya hay varios artículos que describen estrés y depresión en residentes de medicina de urgencias y estos artículos fueron seguidos de un reporte de supervivencia al estrés entre los miembros del American College of Emergency Physicians.

Adicionalmente un reporte comparando el estrés reportado por médicos postgraduados en entrenamiento en medicina de urgencias en un estudio multicéntrico en los Estados Unidos, Reino Unido y Australia reportado en 1991, reportó mayores niveles de sintomatología depresiva en médicos solteros que en casados y relación entre el estrés del trabajo y la depresión.¹³

El personal facultativo hospitalario está expuesto a importantes factores de riesgo durante el desarrollo de su práctica profesional. Entre ellos cabe destacar la exposición a factores de riesgo de origen psicosocial (estresores laborales). Éstos influirán de forma negativa en la salud y la calidad de vida de este colectivo.

Una de las principales repercusiones será en la esfera psicológica (depresión, ansiedad, cansancio y/o desconexión emocional, aislamiento social, etc.), aunque también afectará al absentismo laboral, la calidad del trabajo realizado y las actividades familiares y sociales.

Los factores de riesgo psicosocial a los que debe enfrentarse el personal médico pueden ser intrínsecos o extrínsecos a su práctica profesional, y la mayoría está relacionada directamente con la práctica médica, constituyendo características intrínsecas de la profesión, como trabajar en contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes, la posibilidad de cometer errores de juicio médico, etc.

Entre los factores extrínsecos, destacan la sobrecarga de trabajo y sus repercusiones en la vida familiar, la escasez de recursos, las responsabilidades de gestión asumidas y la falta de control sobre el propio trabajo, así como, tener que adaptarse a plazos temporales tanto de la práctica clínica como de la investigación, ser responsable de la calidad del trabajo de otros profesionales sanitarios, las relaciones con el resto del equipo sanitario, la relación con los pacientes y tener que enfrentarse al enfado y al estrés de los familiares de los pacientes. Además, en menor medida, en la bibliografía aparecen referencias a otros estresores, como el temor a la posibilidad de ser demandado por mala práctica, la percepción de ser poco remunerado, y la relación con el personal administrativo.¹⁴

Dentro de los servicios de urgencias, en donde además de los factores comunes al resto de las especialidades se considera una condición catalizadora del estrés es la presión del tiempo, se ha reportado que los médicos que laboran en estos servicios tienen un 60% de fatiga emocional, un 78% de deshumanización y hasta un 84% de insatisfacción hacia el trabajo. Específicamente dentro de la especialidad de urgencias, se reporta un 19% de médicos con síntomas de depresión y 23% con niveles altos de estrés.

En México tenemos algunos estudios realizados dentro del área de la salud, por ejemplo:

En un estudio realizado en un Hospital de especialidades en Guanajuato en 235 enfermeras, se encontró que todas tenían algún grado de desgaste profesional, aunque la mayoría (61%) se ubicaban en el rango bajo.

En un estudio realizado en 92 médicos anesthesiólogos se encontró una prevalencia del 44% de síndrome de desgaste profesional, de los cuales el indicador más afectado (17%) fue el de agotamiento emocional.

Un estudio comparativo entre personal de enfermería y médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto del Seguro Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) reporto niveles superiores al 40% tanto en despersionalización y fatiga en el personal médico, así como que estos niveles fueron significativamente mayores en el IMSS.

En un estudio realizado en 130 residentes de diferentes sedes de la especialidad de urgencias en el 2002, se encontró que el 60% presentaba datos de estrés, 33.33% algún grado de depresión y 47.7% algún nivel de ansiedad; así como que estos datos se presentaban en mayor medida dentro de los primeros años de la residencia, sin diferencias en lo referente al género.

Otro estudio realizado en 168 residentes de las especialidades de urgencias, pediatría, medicina interna, anestesiología y cirugía general durante el 2004 encontró que hasta el 23 y 17% de los mismos tiene niveles altos de despersionalización y cansancio emocional respectivamente, aunque prácticamente en todos los individuos se encontraban presentes, así como que las especialidades más afectadas fueron las de urgencias y pediatría.

Como podemos apreciar, el síndrome de desgaste profesional puede ser causa no solo de un deterioro de la calidad de los servicios que se ofrecen al impactar sobre el ausentismo, el desinterés, los malos tratos o los ambientes laborales decadentes; sino que se traduce en una repercusión en cada uno de los aspectos individuales y sociales en el que el individuo se ve inmerso, generando que el problema se multiplique, lo mismo que sus consecuencias.

Aunque el síndrome de desgaste profesional es una patología que se ha venido estudiando desde hace más de 25 años a nivel internacional y al menos por una década en México, hasta el momento no contamos con algún reporte nacional que nos indique cuál es su prevalencia en las diferentes categorías médicas del personal que labora dentro un servicio en donde se da por descontado se maneja un elevado nivel de estrés como sería el de urgencias.¹⁵

II.-Planteamiento del problema

¿Los médicos residentes del Hospital general de Pachuca presentan trastornos afectivos (depresión y/o ansiedad)?

III.- Justificación:

En la bibliografía médica se refiere que de las personas con alto nivel de estrés, cerca de la mitad tienen signos de depresión. Los individuos con depresión, casi todos tienen criterios para burnout, y las áreas de despersonalización y cansancio emocional son las más afectadas. Se reconoce que los médicos residentes tienen alto riesgo de manifestar depresión aunado con ansiedad y cansancio, que se distingue por despersonalización, cansancio emocional y decremento de la efectividad de su trabajo. El síndrome de burnout se vincula con depresión y afecta la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y desempeño laboral.

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.

Aunque se describió que predomina el sexo femenino, que se explica por múltiples factores hormonales aunado a embarazos durante la residencia, no se encontró para la depresión diferencia entre sexos; sin embargo, al realizar el análisis con el síndrome de burnout se muestra mayor afectación en mujeres en el área de cansancio emocional.

En una revisión de estudios de estrés en la residencia, y descripción de intervenciones de programas y salud mental, se indicó que la privación de sueño y la fatiga tienen incidencia significativa; sin embargo, estos factores son sólo parte de una situación compleja mayor, influida por la demanda de tiempo, soporte social y solvencia económica. Para el análisis de estas variables se determinó el número de horas que los médicos residentes duermen en promedio al día, y se consideró como riesgo dormir menos de seis horas. También, se indagó acerca de la perspectiva que el médico tiene de la suficiencia de recursos económicos obtenidos por la beca en relación con su manutención. Aunque había alta frecuencia de médicos que consideraron insuficientes los recursos, no se observó incremento de depresión en este grupo.

Estos mismos hallazgos se observaron en varios estudios Biaggi y sus colaboradores estudiaron la relación entre el cansancio emocional y la despersonalización, y observaron mayor afectación de estas áreas en los médicos que se enfrentan a situaciones abrumadoras, como el sentimiento de angustia del enfermo o de sus familiares.

Esto sucede con mayor frecuencia en servicios donde el número de admisiones o fallecimientos es mayor, lo cual desencadena déficit de importancia y satisfacción laboral. Como el sistema de residencias en México implica realizar actividades educativas y asistenciales que varían de acuerdo con el año académico, se observa una tendencia a padecer síndrome de burnout durante los primeros años de carrera profesional y tiene una relación menor al finalizar el adiestramiento; sin embargo, algunos estudios revelan que no existe diferencia significativa entre los años de residencia. Consumir algún tipo de droga, o ciertos patrones de consumo de alcohol, se ha relacionado con estrés y depresión. Se han determinado algunos factores de riesgo para la depresión.

Es por eso que el presente estudio pretende determinar la prevalencia de depresión y ansiedad los cuales son trastornos afectivos que si no son identificados a tiempo, se han determinado como factores de riesgo de padecer desde un síndrome de Burnout, consumo de alcohol y drogas, enfermedades cardiovasculares y de forma más preocupante, en las tasas de suicidio.

Ambos problemas afectan la salud física y mental de los médicos, y se refleja en cansancio emocional y el pobre rendimiento sea lo que desencadene la depresión, aunándose la ansiedad; por lo tanto, se tiene un alto porcentaje de esta población en riesgo.

IV.- Hipótesis de trabajo:

1.- Cuando menos la mitad de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca presentan trastornos afectivos de ansiedad y depresión.

V.- Hipótesis nula:

2.- Menos de la mitad de los médicos residentes del Hospital General de Pachuca presentan trastornos afectivos de ansiedad y depresión.

VI.-Material y métodos:

-Recursos humanos

Investigador.

Asesor de tesis.

-Recursos materiales

Hojas para impresiones y registros.

102 formatos de Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

-Recursos financieros

El investigador aportará recursos financieros necesarios para imprimir formatos de escalas de ansiedad y depresión.

Diseño del estudio

-Descriptivo

-Observacional

Universo de trabajo

-De la totalidad de 102 médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

CRITERIOS DE SELECCION

Criterios de inclusión:

Médicos residentes de las diferentes especialidades médicas.

Que acepten en forma voluntaria participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Becarios de posgrado que por alguna razón no se encuentren en el Hospital General de Pachuca en el momento del desarrollo del proyecto

Criterios de eliminación:

Que no haya contestado de manera completa los instrumentos de evaluación.

Descripción de procedimientos:

- 1.-Difusión del proyecto, mediante invitación voluntaria.
- 2.-Captación del personal en el transcurso de una semana.
- 3.-Entrevista primaria para obtención del Consentimiento informado y llenado de cuestionarios.
- 4.-Recolección de datos obtenidos del cuestionario de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión.
- 5.-Análisis estadístico.
- 6.-Análisis de los resultados.
- 7.-Elaboración de informe.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Médicos residentes del Hospital General de Pachuca.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Ansiedad y depresión.

VI.1 – Variables:

VARIABLES	TIPO DE VARIABLES	DEFINICIÓN	MEDIDA
Depresión	Cualitativa	Estado de tristeza, desanimo, abatimiento emocional y desesperanza.	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
Ansiedad	Cualitativa	Estado de inquietud o temor originado como reacción ante un peligro inminente e indeterminado.	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.
Médico Residente	Cuantitativa	Médico que se encuentra en el periodo de formación hospitalaria de posgrado.	Grado académico

VI.2- Análisis estadístico

Determinar los trastornos afectivos presentes en los médicos residentes, a través de estadística descriptiva con el uso de porcentajes.

VII.-Aspectos éticos

El estudio se considera como una investigación con riesgo mínimo, de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de la investigación para la salud, título segundo, capítulo I artículo 17, fracción II publicado en el diario oficial de la federación del 06 de enero de 1987.

Este protocolo para su ejecución deberá de ser aprobado por las comisiones de Ética e Investigación del Hospital General de Pachuca, Hidalgo, de los Servicios de Salud de Hidalgo.

Se obtendrá el Consentimiento Informado por escrito de las personas sujetas a este estudio, con la finalidad de que se autorice su participación en el trabajo a realizar con pleno conocimiento de procedimientos a realizar y bajo libre elección.

Actualmente en la relación entre la biología y la medicina, existe el concepto llamado "humanización de la medicina"; que consiste en el reconocimiento de la dignidad de la persona en todo sujeto humano, sin que existan diferencias físicas.

En la atención a nuestros pacientes, cualquier médico sabe intuitivamente, que acercándose al enfermo este no es, propiamente <<objeto>> de la intervención, médica o quirúrgica, sino <<sujeto>> de la misma., es por ello que siempre debemos guardar respeto a todos nuestros semejantes.

VIII.- Cronograma de actividades:

MESES	1	2	3	4	5	6	7
ACTIVIDADES							
ELABORACION DE PROTOCOLO	XXX						
EVALUACIÓN Y APROBACIÓN POR COMITES		XXX					
DIFUSIÓN DEL PROYECTO			XXX				
DESARROLLO DEL PROYECTO			XXX				
RECOLECCION DE DATOS				XXX			
ANÁLISIS DE RESULTADOS					XXX		
ELABORACION DE CONCLUSIONES Y PROPUESTAS						XXX	
ELABORACION INFORME FINAL							XXX

BIBLIOGRAFIA.

1. Simon GE, VonKorff M. Recognition, management and outcomes of depression in primary care. Arch Fam Med 1995;4:543-5.
2. Young AS, Klap R, Sherbourne CD, et al. The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 2001;58:55-61.
3. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. JAMA 2003;289:3161-6.
4. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? Ann Intern Med 2002;136:384-90.
5. Thomas NK. Resident Burnout. JAMA 2004;292:2880-9.
6. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med 2002;136:358-67.
7. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. Br J Psychiatry 1996;168:274-9.
8. Elizabeth Pérez Cruz, Síndrome de Bournout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. Med. Int. Mex. 2006;22:282-6
9. Dr. J. Valle Fernández. Salud Mental en Atención Primaria. Salud Global. Año II, Num. 3, 2002
10. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey. Am J Psychiatry 1994;151:979-86.
11. Sayres M, Wyshak G, Derterlein G, et al. Pregnancy during residency. N Engl J Med 1986;314:418-23.
12. Biaggi P, Peter S, Ulich E. Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents-what can be done? Swiss Med Wkly 2003;133:339-46.
13. Dr. Javier Eduardo Rosales Juseppe, Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Dr. José Manuel Conde Mercado; Prevalencia de Episodio Depresivo en los Médicos Residentes del Hospital Juárez de México; Rev. De Especialidades Médico-Quirúrgicas ISSSTE. 2002.
14. Dra. Vicenta Escriba-Aguir y cols.; Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios; Esc. Valenciana de Estudios para la Salud. 4 de junio 2002.
15. Dr. Jorge Loría Castellanos¹ y Dr. Guzmán Hernández Luís Edmundo.²; Síndrome de desgaste profesional en el personal médico (adscrito y residentes de la especialidad de urgencias) de un servicio de urgencias de la ciudad de México; Rev. Cub. Med. Int. Emerg 2006;5(3):432-443
16. Caro I, Ibañez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión. Bol Psicol 1992; 36:43-69 Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale), en población Psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. Rev Depto. Psiquiatr Fac Med Barna 1986; 13:233-238.

Anexo 1 Consentimiento Informado.

La depresión y la ansiedad es un problema de salud, creciente en la actualidad, ya que se asocia a la aparición del síndrome de desgaste profesional en el personal médico, considerándose ya en nuestro medio un problema creciente de salud pública. Es por ello que la Dra. Nadia Teresa Cerón Esquivel RII de Medicina Integrada, invita a usted a participar en el presente estudio **“TRASTORNOS AFECTIVOS (ANSIEDAD Y DEPRESION) EN EL PERSONAL MEDICO BECARIO DE POSGRADO DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA HIDALGO.”** Cuyo objetivo será identificar los trastornos afectivos como ansiedad y depresión en los médicos residentes.

Es por ello que acudo en forma voluntaria, sin ningún tipo de coacción para que se realice los siguientes procedimientos:

1. Contestar escala hospitalaria para ansiedad y depresión.

Estoy consciente de que todo el material obtenido se maneje con discreción y reserva, evitando su difusión entre el resto del personal del hospital y externo, siendo este confidencial para el desarrollo del estudio.

Así mismo se me ha informado en forma clara y precisa los objetivos del presente, no existiendo duda alguna en el estudio, por lo que otorgo el presente consentimiento para su desarrollo.

Por ello autorizo a la Dra. Nadia Teresa Cerón Esquivel para la realización de las pruebas mencionadas.

Y así mismo se me indica que al negarme a la participación en el presente estudio, no existirá repercusión alguna sobre mi persona.

Nombre y Firma

Testigos _____

Dirección y teléfono _____

Informes: Responsable del estudio Dra. Nadia Teresa Cerón Esquivel Residente de segundo año de Medicina Integrada, Tel. 0447711642327

Anexo 2.Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Autores: A. S.Zigmong, R. P. Snaith

Referencia: The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-370.

Evalúa: Detección de trastornos depresivos y ansiosos en el contexto hospitalario no psiquiátrico

No. De ítems:14

Administración: Autoaplicada.

DESCRIPCION

La HADS fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumpliera las siguientes condiciones:

- No estar contaminado por la sintomatología de la enfermedad física que presenta el paciente.
- Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y los de tipo ansioso.

Se recomienda que se utilice como instrumento de detección o cribado; en el caso de que puntúe como positivo, la evaluación ha de complementarse con otras escalas más específicas y heteroaplicadas (p.ej., las escalas de Hamilton)

La HADS está constituida por 14 ítems, ninguno de los cuales hace referencia a síntomas somáticos. Los ítems se agrupan en dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems:

- Subescala de ansiedad: está centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, angustia). Son los ítems impares
- Subescala de depresión: centrada en la anhedonía (disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares.

Tradicionalmente se ha utilizado de forma autoaplicada, si bien uno de sus autores (Snait, 1987) recomienda que sea heteroaplicada.

El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert, que unas veces hace referencia a la intensidad del síntoma y otras veces a la frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso).

El marco de referencia temporal es la semana previa.

Está adaptada y validada en español.

CORRECCION E INTERPRETACION

-Para cada subescala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Cabe recordar que los ítems impares conforman la subescala de ansiedad y los pares, la de depresión.

-En ambas subescalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo con los siguientes criterios:

0-7: rango de normalidad

8-10: caso probable

11-21: caso de ansiedad o de depresión.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

