



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA 2013-2016

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES (DEPRESIÓN MAYOR,
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, TRASTORNO DE PÁNICO Y
RIESGO DE SUICIDIO) EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA” Y ALGUNOS
FACTORES ASOCIADOS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
PRESENTA:

DRA. NATALY TLECUITL MENDOZA

ASESORES:

DR. ULISES ÁNGELES GARAY
Jefe de la División de Epidemiología del Hospital de Especialidades Centro
Médico Nacional “La Raza”

DR. JOSÉ LUIS JIMÉNEZ LÓPEZ
Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Centro Médico
Nacional “La Raza”

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2016

AUTORIZACIÓN

Dr. Benjamín Acosta Cázares
Profesor Titular del Curso de Especialización en Epidemiología Coordinación de
Vigilancia Epidemiológica.

Dr. Ulises Ángeles Garay
Jefe de la División de Epidemiología del Hospital de Especialidades Centro Médico
Nacional “La Raza”.

Dr. José Luis Jiménez López
Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades Centro Médico
Nacional “La Raza”

AGRADECIMIENTOS

A Dios ante todo por darme fortaleza en cada momento adverso y jamás soltarme de su mano.

A mis padres y hermanos:

Por su apoyo y comprensión de tantos momentos perdidos.

A mis asesores:

Dr. Ulises Ángeles Garay

Por los consejos invaluable, por ser un gran ejemplo; mi admiración, respeto y cariño.

Dr. José Luis Jiménez López

Por su atención, apoyo y el conocimiento compartido a lo largo de este proyecto.

A mis amigos:

Por compartir en este camino conocimiento, sonrisas, momentos que quedan como invaluable tesoro para mí.

A mis profesores:

Por compartir su tiempo y experiencia, por practicar el arte de enseñar al prójimo, con la paciencia y pasión que Dios les ha brindado, porque no solamente con las palabras se enseña sino también con el ejemplo y de éstos últimos pocos.

CONTENIDO

	Pág.
I.- RESUMEN.....	4
II.- MARCO TEÓRICO.....	5
Epidemiología.....	6
Antecedentes.....	12
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
IV.- JUSTIFICACIÓN.....	21
V.- OBJETIVOS.....	22
VI.- HIPÓTESIS.....	24
VII.- MATERIAL Y MÉTODO.....	25
Calculo del tamaño de muestra.....	26
Criterios de selección.....	27
Operacionalización de las variables.....	29
Análisis estadístico.....	38
Consideraciones éticas.....	39
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	40
Plan general.....	41
VIII.- RESULTADOS.....	42
IX.- DISCUSIÓN.....	47
X.- CONCLUSIONES.....	51
XI.- REFERENCIAS.....	52
XII.- ANEXOS.....	55

I.- RESUMEN

Prevalencia de trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” y algunos factores asociados.

Objetivo: Estimar la prevalencia de los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.

Material y método: De marzo a diciembre de 2015, se llevó a cabo un estudio transversal, que incluyó 542 médicos residentes. Para evaluar los trastornos mentales se utilizó la Mini International Neuropsychiatric Interview y para el consumo de alcohol y tabaco se utilizó el test AUDIT y Fagerstrom respectivamente, además se preguntaron factores sociodemográficos, características de la residencia, y consumo de otras drogas.

Análisis estadístico: Se calcularon frecuencias simples y proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Se estimaron razones de momios para la prevalencia (RMP) como medidas de asociación con intervalos de confianza al 95% (IC_{95%}) y valor de $p < 0.05$. Para el análisis multivariado se realizó un modelo de regresión logística incluyendo solamente las variables estadísticamente significativas o clínicamente importantes.

Resultados: Se estudiaron 542 médicos residentes, la prevalencia de depresión mayor (DM), trastorno de ansiedad generalizada (AG), riesgo de suicidio (RS) y trastorno de pánico (TP) fue de 12.2% (IC_{95%} 9.33-15.02), 41.7% (IC_{95%} 37.45-45.94), 5.2% (IC_{95%} 3.21-7.12) y 7% (IC_{95%} 4.77-9.25) respectivamente. Respecto al consumo de sustancias 80% consume alcohol, 20.9% consume tabaco y 27.6% ha consumido drogas alguna vez en la vida. Respecto al RS las variables con mayor asociación fueron el consumo de tabaco con dependencia baja-moderada RMP 8.43 (IC_{95%} 2.78-25.58), ser soltero RMP 5.64 (IC_{95%} 1.04-30.30) y tener DM RMP 4.99 (IC_{95%} 1.87-13.30). Para DM: tener AG RMP 7.82 (IC_{95%} 3.45-17.67), estar cursando 1° año de residencia RMP 6.38 (IC_{95%} 1.30-31.21) y presentar fatiga laboral frecuente-diario RMP 5.55 (IC_{95%} 1.26-24.41). Para AG: tener DM RMP 9.57 (IC_{95%} 4.33-21.14), fatiga laboral frecuente-diario RMP 4.11 (IC_{95%} 2.42-6.97), disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien RMP 2.63 (IC_{95%} 1.28-5.41) y el consumo de alcohol sin riesgo RMP 2.62 (IC_{95%} 1.30-5.30). Con respecto al TP: tener DM RMP 4.78 (IC_{95%} 2.16-10.56), antecedente personal de trastorno mental RMP 4.54 (IC_{95%} 2.11-9.72), tener RS RMP 3.99 (IC_{95%} 1.44-10.97) y dormir ≤ 5 horas por día RMP 2.52 (IC_{95%} 0.95-6.73).

Conclusiones: La prevalencia de DM, AG, TP, RS, uso-abuso de tabaco, alcohol en nuestro estudio es más alta que la descrita en población general. Ciertas condiciones inherentes a la residencia médica, principalmente las jornadas prolongadas y pocas horas de sueño con sus repercusiones sobre el rendimiento físico y emocional, se asocian a la presencia de trastornos mentales.

II.- MARCO TEÓRICO

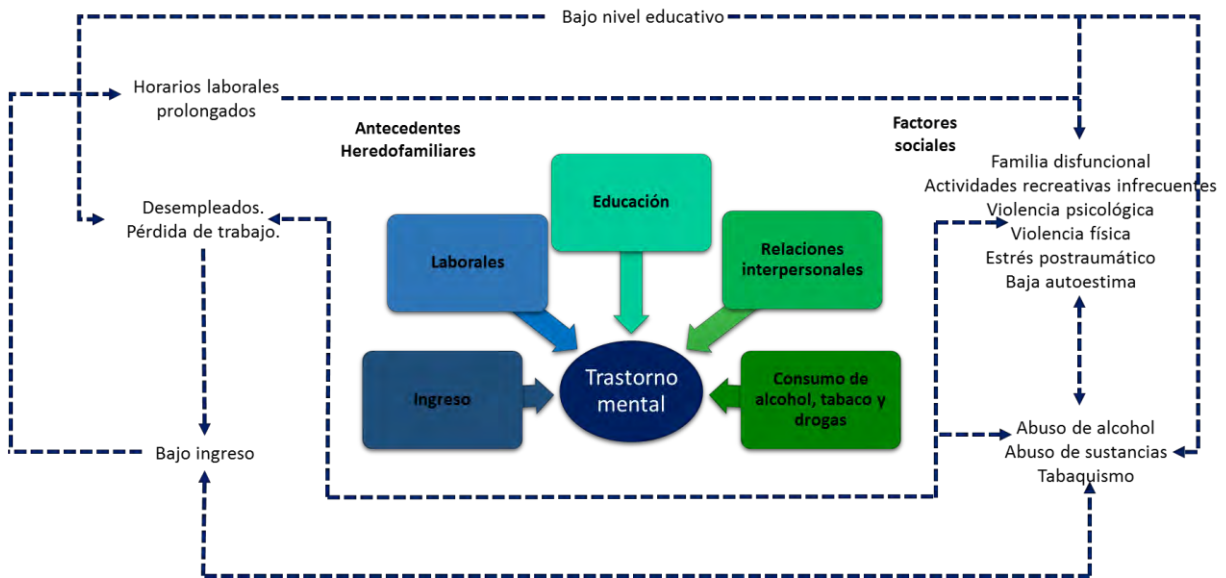
La salud de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Ahora bien la salud mental se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.¹

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su última actualización (DSM-V), un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.²

Es importante mencionar que una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente.²

Existen condiciones que favorecen el desarrollo de un trastorno mental como son los laborales, económico, educativos, relaciones interpersonales, factores sociales y antecedentes heredofamiliares.³ (Figura 1).

Figura 1. Trastornos mentales: un círculo vicioso

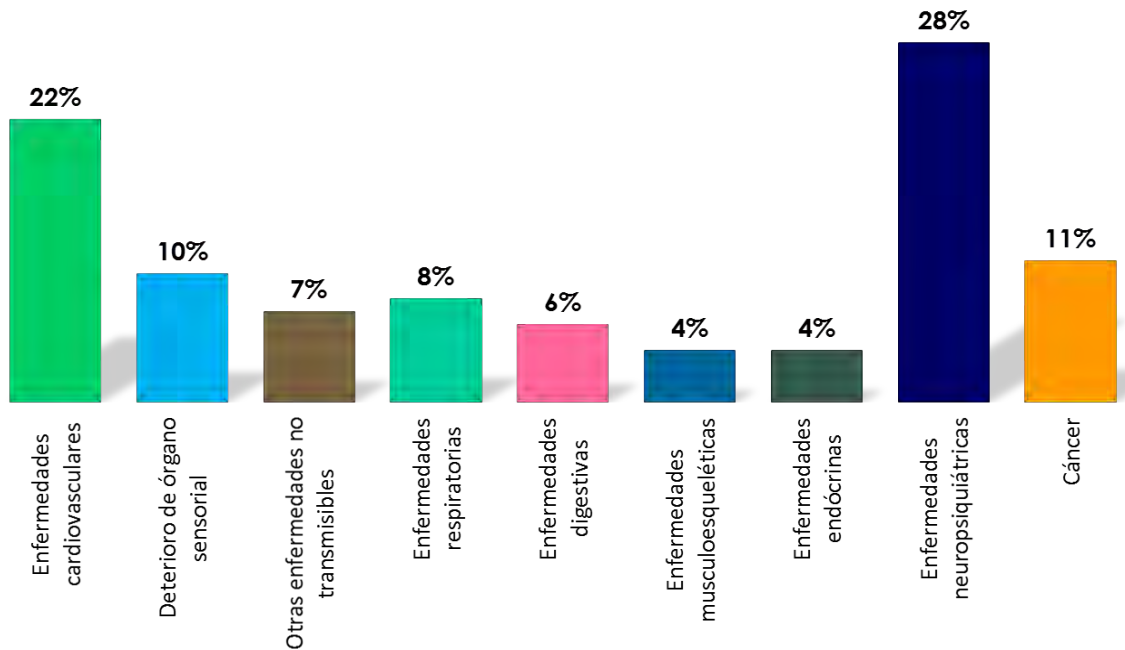


Epidemiología

A nivel mundial se vive una transición epidemiológica en la que se ha observado la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas y el aumento de los padecimientos crónico-degenerativos, categoría en la que se encuentran los accidentes, las lesiones y los trastornos mentales; estos últimos junto con los trastornos neurológicos y por abuso de sustancias se presentan en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. Se estima que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida contribuyendo con el 14% de la carga mundial de enfermedades y 22% en América Latina y el Caribe.⁴

En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) a nivel mundial en 2007 el 28% correspondieron a enfermedades neuropsiquiátricas, y dentro de éstas se encontraban los trastornos afectivos unipolares, trastornos afectivos bipolares y trastornos por uso de sustancias y abuso de alcohol.⁵ (Figura 2).

Figura 2. Carga mundial de la enfermedad AVAD 2007



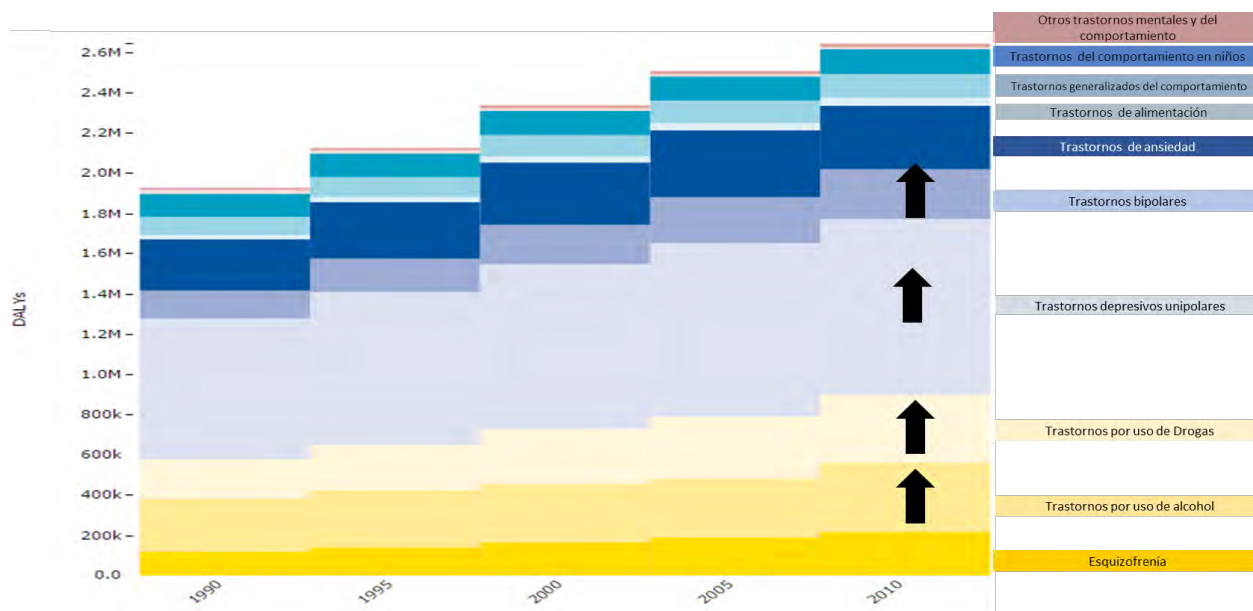
*La Carga Mundial de la Morbilidad. Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington y la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial.

Ahora bien, en América latina y el Caribe los años de vida ajustados por discapacidad incrementaron un **40%** para el **trastorno depresivo mayor** y un **38%** para el **trastorno de ansiedad** de 1990 a 2010.⁵

Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3.4%), la distimia (1.7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1.4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0.8%), entre otros.⁵

En México en el periodo de 1990 a 2010 los AVAD mostraron un incremento en los trastornos depresivos unipolares, de ansiedad, por uso de alcohol y por uso de drogas. (Figura 3).

Figura 3. Carga global de la enfermedad en México, AVAD 2010



*Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Cause Patterns.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Psiquiatría realizada de septiembre 2001 a mayo 2002 que incluyó 6 regiones urbanas del país y se enfocó en personas de 18 a 65 años realizándose 5826 entrevistas completas, se obtuvo como resultado que 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos mentales del Código Internacional de Enfermedades alguna vez en su vida; el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. ⁶

Los trastornos con mayor prevalencia fueron:

- Trastorno de ansiedad 14.3%
- Trastorno de uso de sustancias 9.2%
- Trastornos afectivos 9.1%
- Episodio depresivo mayor 3.3%
- Trastorno de pánico 2.1%

Se calcula que la proporción de personas con algún trastorno mental que no reciben atención alcanza entre el 60% y 65% en la región de las Américas; el estigma social, la falta de servicios apropiados y de profesionales de la salud capacitados en la atención primaria de los trastornos mentales son algunas de las barreras para el acceso a una atención adecuada, además de la necesidad de mejorar la capacidad de identificación y tratamiento temprano de los trastornos. ⁷

LOS TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD

Según Goldberg y Huxley en los trastornos mentales existe una interrupción en el funcionamiento habitual del sujeto, pero esta situación no siempre ocasiona un trastorno psiquiátrico, se habla de un modelo con tres componentes importantes: 1) vulnerabilidad (factores que hacen que algunas personas sean más susceptibles que otras a desarrollar episodios de trastornos mentales cuando están bajo estrés), 2) desestabilización (aquellos procesos que en un momento particular en la vida de un individuo favorecen el trastorno) y 3) restitución (factores que determinan cuánto tiempo durará el trastorno o episodio en un individuo en particular).^{8,9}

Entre los estudiantes del campo de la salud las diferentes formas de sufrimiento mental son frecuentes, mencionándose algunos aspectos como factores de riesgo entre los que se encuentran los mecanismos psicodinámicos de las personas que eligen este campo, las características de la práctica profesional e incluso los factores relacionados con la estructura del curso; dentro de estos últimos se encuentran los cursos de especialización médica llamados también residencia médica (etapa de posgrado en la cual los médicos desarrollan competencias profesionales especializadas bajo normas y regulaciones específicas federales e institucionales diferentes al de otras carreras universitarias teniendo implicaciones personales, educativas y sociales); en esta etapa el médico residente está bajo supervisión de médicos especialistas con más experiencia que asumen la responsabilidad de su formación e instrucción.^{10, 11,12}

Durante la formación del médico residente se han identificado factores que favorecen la aparición de estrés como son:

- **Factores relacionados con el trabajo** (Periodo de formación largo, necesidad de actualización continua de los conocimientos, contacto con situaciones emocionales impactantes).
- **Factores relacionados con el individuo** (elevada exigencia y autocrítica, falta de recursos individuales para enfrentarse a situaciones, poco tiempo para disfrutar de actividades recreativas, relaciones familiares empobrecidas).
- **Factores relacionados con la organización** (incremento constante de la presión asistencial, incremento de las tareas burocráticas, poco apoyo y supervisión clínica, poco trabajo en equipo, poco control de las condiciones de trabajo).
- **Factores sociales y políticos** (incremento en el número de denuncias contra médicos, presión de los medios de comunicación).¹³

Otros factores que también contribuyen con la aparición de estrés y alteraciones en el estado de ánimo en los médicos residentes son las que competen al ámbito familiar como: aislamiento, sentimiento de culpa, reproche familiar por exceso de trabajo, pobre participación en eventos trascendentes de la vida familiar, fracaso en el vínculo con los hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar.¹⁰

Ante esta situación desarrollan procesos emocionales adaptativos de acuerdo a las condiciones y susceptibilidad emocional; pero cuando ésta no se realiza, se presentan alteraciones como: dificultad de concentración, trabajos de baja calidad, respuestas inapropiadas con una tendencia a seleccionar alternativas más riesgosas, conductas que favorecen el error humano afectando la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas originando problemas en los servicios, con jefes y pacientes. Sin embargo en ocasiones en el proceso de no adaptación se evidencian trastornos del estado de ánimo y los trastornos mentales incluyendo la ideación suicida.^{14, 15} Por ejemplo en México se ha demostrado que 47.5% de los

médicos residentes tienen síntomas depresivos, 16.4% niveles altos de estrés, 55% consume tabaco, 65% consume alcohol y 23% ha sido usuario de alguna otra droga (médica o no médica) frecuencias superiores a las descritas en la población general.^{6,16}

Antecedentes

Goebert y cols. Realizaron un estudio transversal multicéntrico para determinar la prevalencia de depresión en estudiantes y residentes de medicina; incluyeron 1343 estudiantes y 679 residentes de abril 2003 a agosto 2004 de las Universidades de Medicina de: Hawaii, Cincinnati, Iowa, Sur de California, Texas y Washington. Se utilizó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) y la Evaluación de Cuidados Primarios de Trastornos Mentales (PRIME-MD). Se encontró que del total, 7% habían recibido tratamiento mental, 17% tenía historia de depresión y 30% familiares con depresión. En los estudiantes, 8.1% tuvo depresión menor a moderada con un Intervalo de Confianza de 95% (IC_{95%}) de 6.6 a 9.8, depresión mayor 13.6% (IC_{95%} 11.7-15.7) e ideación suicida, 6.6% (IC_{95%} 5.1-8.0). En cuanto a residentes 4.7% tuvo depresión menor (IC_{95%} 2.9-6.5), depresión mayor 7.2% (IC_{95%} 5.4-10.0) e ideación suicida 3.9% (IC_{95%} 2.3-5.5). Las mujeres tuvieron mayor frecuencia de depresión mayor en comparación con los hombres tanto en estudiantes como en residentes $p < 0.001$. Entre las limitaciones del estudio no se midieron otros trastornos mentales, la respuesta en estudiantes fue de 95% vs 64% en residentes y el CESD no distingue entre Burnout y síntomas depresivos.¹⁷

En la India Vankar y cols. Realizaron un estudio transversal con 331 estudiantes de medicina en Gujarat en mayo y junio de 2012, para medir la prevalencia de depresión, percepción de necesidad de ayuda psicológica y académica y percepción del estigma asociado con depresión. Utilizaron el cuestionario de salud en el paciente (PHQ-9). Encontraron que la prevalencia de depresión más alta fue de 64% en 1° y 2° año; 26.6% tuvo depresión moderada y severa, 42.9% necesidad de ayuda psicológica y 55.2% necesidad de ayuda académica. 73.3% de los estudiantes sentían que tener depresión afectaría negativamente su educación y 52.3% vio la depresión como un signo de debilidad personal ($p = 0.023$), el 34.2% refería que se sentiría avergonzado si estuviera deprimido ($p < 0.0001$), buscar ayuda profesional significaría la incapacidad para manejar el estrés de la escuela de

medicina ($p=0.005$), y buscar ayuda para la depresión los haría sentirse menos inteligentes ($p=0.008$).¹⁸

Wei Sun y cols. En 2009 realizaron un estudio transversal en el que incluyeron siete Hospitales de Enseñanza de la Universidad de Medicina de China, se aplicó un cuestionario a 1,134 médicos para determinar trastorno de ansiedad y se observó que los trastornos de sueño se asociaban a depresión, trastorno de ansiedad y riesgo de suicidio.¹⁹

Howton y cols. Realizaron un estudio en Inglaterra y Gales en el que se incluyeron 329 defunciones por suicidio o causas indeterminadas en médicos de 1979 a 1995; de los cuales el 73.9% de los médicos se encontraban activos en su trabajo y 27.3% jubilados; en cuanto al tipo de suicidio el 66.6% se suicidó al autoadministrarse sustancias (benzodiazepinas, barbitúricos y opiáceos), seguido de lesiones autoinflingidas (ahorcamiento, heridas, disparos) con un 30.7%. Sin embargo, una de las limitantes de este estudio fue que los datos solamente se obtuvieron de los certificados de defunción.²⁰

Un estudio realizado en Estados Unidos por Hughes y cols. en el que se incluyeron 1754 residentes de medicina de 11 especialidades (anestesiología, urgencias médicas, medicina familiar, medicina interna, ginecología y obstetricia, patología, pediatría, psiquiatría, radiología, cirugía, otra) demostró que en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida por especialidad y sustancia consumida las prevalencias más altas fueron las siguientes: consumo de alcohol; urgencias médicas y patología con 100%, consumo de opiáceos y barbitúricos; pediatría 15.7 (IC_{95%} 6-26) para opiáceos y 13.7% (IC_{95%} 4-23) barbitúricos; la especialidad de psiquiatría presentó el mayor consumo para: marihuana con 80.7% (IC_{95%} 72-89), consumo de cigarrillos 65.5% (IC_{95%} 55-76), consumo de cocaína 45.5% (IC_{95%} 35-56), consumo de benzodiazepinas 50% (IC_{95%} 40-60), consumo

de anfetaminas 31.8% (IC_{95%} 22-42), sin embargo en este estudio no se describen factores que pudieran asociarse al consumo de dichas sustancias. ²¹

Oreskovich y cols. En 2011 realizaron un estudio transversal en Estados Unidos para estimar la prevalencia de trastornos por abuso de sustancias, incluyeron 7206 médicos, se usó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT-C) para evaluar la dependencia al alcohol y el test PRIME-MD para evaluar depresión e ideación suicida. Se demostró que el 15.3% tenía abuso o dependencia del alcohol y ésta era más frecuente en los jóvenes ($p < 0.001$); los casados en comparación con los solteros $RM = 1.296$ ($p = 0.0424$), y los que tenían depresión en comparación con los que no la tenían $RM = 1.304$ ($p = 0.0006$). El 8.8% y 6% de los médicos con o sin abuso del alcohol respectivamente presentaban ideación suicida. En cuanto a la especialidad Dermatología, Ortopedia, Urgencias Médicas, Patología y Anestesiología tuvieron una mayor frecuencia en abuso y dependencia de alcohol. ²²

Respecto al suicidio, Agerbo y cols. Realizaron un estudio en 2007 en Estados Unidos cuyo objetivo fue determinar las diferencias por ocupación; se incluyeron 3195 suicidios y se demostró que el riesgo de suicidio en médicos fue mayor que el de otras ocupaciones como ingenieros y arquitectos con una $RM = 2.73$ (IC_{95%} 1.77-4.22) vs $RM = 0.44$ (IC_{95%} 0.27-0.72) respectivamente. La ocupación en las personas con enfermedades mentales mostró poca asociación con el riesgo de suicidio excepto en los médicos que tuvieron una RM de 3.62 ($p = 0.007$), además el riesgo de suicidio en otras ocupaciones se explicó por problemas sociales y económicos, no así en los médicos en los que en su mayoría se relacionó con la autoadministración de drogas. ²³

En México en 2011 Aguirre y cols. Realizaron un estudio transversal para determinar la prevalencia de depresión y ansiedad. Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Beck. Incluyeron 71 residentes de especialidades médicas en Nayarit; encontraron una prevalencia de trastorno de ansiedad de 59.1%, depresión 32.3% y 29.6% ambos trastornos; por sexo el trastorno de ansiedad se presentó 68.4% en mujeres y 48.5% en hombres y la depresión 36.9% en mujeres y 27.2% en hombres.²⁴

Otro estudio fue realizado en 2005 por Martínez y cols. Para identificar los niveles de consumo de alcohol y drogas, niveles de estrés y depresión en médicos residentes. Incluyeron 198 médicos residentes del Hospital General de México y utilizaron un cuestionario autoaplicable. Demostraron una prevalencia de: signos depresivos 47.5%, niveles altos de estrés 16.4%, tabaquismo 55%, consumo de alcohol 65% y consumo de alguna otra droga 23%.¹⁶

Plata y cols. Realizaron en 2011 un estudio transversal para medir la prevalencia de trastornos depresivos o de ansiedad en residentes de distintas especialidades e identificar las causas que los producen. Utilizaron la Escala de depresión de Hamilton (HAM-D) y la Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A) para medir depresión y ansiedad. Incluyeron 35 médicos residentes Hospital Regional 1 de Octubre. Encontraron que la prevalencia de depresión o ansiedad fue de 34%, de ambos trastornos 25.7%, de los cuales 50% pertenecían a Anestesiología y 17% a medicina interna. Los residentes respondieron que se sentían excesivamente cansados y que la exigencia del trabajo no les permitía ocuparse de las otras esferas de su vida.¹⁵

Velázquez y cols. En 2013 realizaron un estudio de cohorte en 43 médicos residentes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) de la Ciudad de México para medir depresión, y Burnout. Se aplicó el inventario de Beck para depresión y el Cuestionario de Bournout Maslach (MBI). La primera medición se realizó al ingreso a la residencia médica, la segunda a los 6 meses del ingreso y la tercera a los 12 meses del ingreso. Se les aplicaba el cuestionario de manera confidencial y solo si los participantes lo solicitaban se les entregaban resultados del estudio. La prevalencia de depresión leve fue de 0% en la 1ª aplicación, 17.4% en la 2ª y 15.6% en la 3ª ($p=0.02$); depresión moderada: 2.3% en la 1ª y 4.3% en la 2ª y para depresión grave: 0% en la 1ª y 4.3% en la 2ª. Respecto al agotamiento emocional alto tuvo una prevalencia de 9.3% en la 1ª, 4.8% en la 2ª y 37.5% en la 3ª ($p=0.0031$). Sin embargo no se muestran intervalos de confianza en el estudio.²⁶

Bobadilla RI y cols. En 2012 realizaron un estudio transversal para determinar la fuerza de asociación entre Trastorno Depresivo Mayor y el estrés académico en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se incluyeron 984 estudiantes de 1º a 5º año de la licenciatura en medicina y se aplicó el PHQ-9 para trastorno depresivo mayor. Se encontró que los factores de riesgo para presentar trastorno depresivo mayor fueron: Sexo femenino con una razón de momios para la prevalencia (RMP) de 1.53 (IC_{95%}1.03-2.30) $p=0.01$, presentar estrés académico RMP 7.80 (IC_{95%}3.69-16.48) $p<0.01$, antecedente personal de depresión RMP 2.43 (IC_{95%}1.57-3.48) $p<0.01$, antecedente personal de intento de suicidio RMP 4.88 (IC_{95%}2.62-9.09) $p<0.01$, dependencia a la nicotina alta RMP 6.95 (IC_{95%}1.36-35.50) $p=0.02$ y dependencia al alcohol RMP 3.57 (IC_{95%}1.69-7.53) $p<0.01$.²⁷

Park y Cols. Realizaron un estudio en Korea de 2006 a 2008 en 16 hospitales universitarios y 2 hospitales generales que incluyó 402 pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de depresión y que habían iniciado recientemente tratamiento para investigar los factores clínicos asociados con el consumo riesgoso de alcohol,

el cual fue medido a través del cuestionario AUDIT. Encontraron un consumo riesgoso de alcohol en 51% de los pacientes, el consumo riesgoso era más frecuente a menor edad y en el sexo masculino en comparación que las mujeres (42.9% vs 32%). Al comparar algunas variables con el consumo riesgoso de alcohol y el consumo sin riesgo de alcohol encontraron que el primero era más frecuente en casados (64% vs 52%), antecedente de intento de suicidio (35.6% vs 20.3%), antecedente (15.1% vs 12.2%) y tabaquismo (42.2% vs 18.2%). En el análisis multivariado se demostró que el consumo riesgoso de alcohol se asoció con el tabaquismo OR 2.31 (IC_{95%} 1.34-3.96), así como con ideación suicida OR 1.04 (IC_{95%} 1.01-1.07).²⁸

Jiménez JL y cols. En 2013 realizaron un estudio transversal para medir la prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en 108 médicos residentes de 2° año de Centro Médico Nacional “La Raza”. Se utilizó el inventario de depresión de Beck, Inventario de ansiedad rasgo-estado y escala de riesgo suicida de Plutchik. Se aplicaron los instrumentos a los 0, 6 y 12 meses encontrando una prevalencia de depresión leve de 3.7%, 11.1% y 5.6% respectivamente; depresión moderada 8.3% a los 6 meses y depresión grave 2.8% a los 6 meses (p<0.001). Ansiedad baja 38%, 30.6%, 31.5% a los 0, 6 y 12 meses respectivamente; ansiedad media 3.7%, 19.4%, 9.3%; ansiedad alta, 6.5% a los 6 meses y 0.9% a los 12 meses (p<0.001). Riesgo de suicidio presente, 7.4% a los 6 meses (p=0.003). En el estudio solamente se incluyeron residentes de cinco especialidades (cuatro médicas y una quirúrgica).²⁹

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento y la estigmatización que rodean a las enfermedades mentales está muy extendido en la población; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria y la escasez de recursos humanos y financieros para la atención de la salud mental son también uno de los obstáculos en la identificación temprana de estos padecimientos. Los estudios realizados en nuestro país en médicos residentes se han realizado en muestras pequeñas y dentro de los trastornos mentales solo se han incluido la depresión y el trastorno de ansiedad, lo cual dificulta conocer la prevalencia de los trastornos mentales en esta población.

Se ha demostrado que los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas sufren de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, haciéndolas más susceptibles de padecer trastornos depresivos.²⁵

El horario laboral es otro factor importante, por ejemplo; los médicos que trabajan más de 50 horas a la semana presentan mayor abuso o dependencia de alcohol en comparación con aquellos que trabajan menos de 50 horas (46.1% vs 30.5%).²²

En un estudio realizado en médicos residentes éstos respondieron que se sentían excesivamente cansados y que la exigencia del trabajo no les permitía ocuparse de las otras esferas de su vida.¹⁴ Se ha medido también la prevalencia de depresión al ingreso, 6 y 12 meses posteriores demostrando que ésta incrementaba a mayor tiempo en la residencia (0% en la 1ª aplicación, 17.4% en la 2ª y 15.6% en la 3ª ($p=0.02$); depresión moderada: 2.3% en la 1ª y 4.3% en la 2ª y para depresión grave: 0% en la 1ª y 4.3% en la 2ª).²⁶

Además se ha demostrado que los médicos residentes generalmente no buscan atención psicológica y/o psiquiátrica ya que consideran que al hacerlo demostrarían debilidad personal, incapacidad para manejar el estrés y los haría sentirse menos inteligentes.¹⁸

Respecto a los factores sociodemográficos se ha demostrado que los médicos menores de 35 años de edad, en unión libre y sin hijos tienen mayor prevalencia de abuso o dependencia de alcohol y el riesgo de suicidio es diferente de acuerdo a la

ocupación siendo mayor en médicos que otras ocupaciones como ingenieros y arquitectos (2.73 (IC_{95%}1.77-4.22) vs 0.44 (IC_{95%}0.27-0.72) respectivamente).^{22, 23}

En cuanto al consumo de alcohol y tabaco las personas con un consumo riesgoso de alcohol tienen mayor prevalencia de depresión incluyendo ideación suicida.²⁵ Y en los médicos el riesgo de suicidio incrementa si éstos tienen abuso o dependencia por alcohol (8.8% vs 6.0%).²¹ En estudiantes de medicina se ha observado que el consumo de tabaco fue mayor cuando presentaron depresión o ansiedad en comparación con aquellos que no las presentaban (31% vs 19% p<0.007 respectivamente).³⁰

Ahora bien, los trastornos mentales influyen no sólo en la vida personal sino también en el desempeño laboral de quienes lo padecen debido a que se ve afectada la capacidad de concentración (se ha demostrado que los residentes con depresión tienen hasta un 70% de dificultad para concentrarse en contraste con un 38% de los residentes sin depresión); otro aspecto fundamental es el efecto de estos trastornos en la prescripción médica para el paciente (se ha reportado mayor riesgo de error en la prescripción médica en los médicos residentes deprimidos en comparación con los médicos residentes sin depresión, RM de 1.55 (IC_{95%}0.57-4.22) y RM 0.25 (IC_{95%}0.14-0.46) p<0.001 respectivamente).^{31, 32}

A pesar de disponer de escalas de alta validez para la detección de los trastornos mentales más frecuentes en esta población y que no requieren ser aplicados por personal especializado, no se han utilizado para valorar la salud mental de los médicos residentes de manera periódica y ofrecerles en caso necesario un diagnóstico definitivo así como tratamientos efectivos que le permitirían mejorar su vida personal y profesional.

De acuerdo a lo anterior se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015?
- ¿Cuál es la asociación entre los factores sociodemográficos, características de la residencia (tipo de guardia, tipo de especialidad, horario laboral, alteraciones del sueño), consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de otras drogas con los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015?

IV.- JUSTIFICACIÓN

La presente investigación permite conocer la magnitud de los TM más comunes en los médicos residentes y la asociación con factores relacionados con la residencia médica, entre otros.

A partir de esta investigación se pueden abrir otras líneas de investigación enfocadas a la búsqueda intencionada de los TM con mayor prevalencia en los residentes permitiendo además de establecer medidas preventivas la **identificación y tratamiento oportuno** principalmente. La búsqueda intencionada de estas patologías puede establecerse durante la formación en la residencia médica, esto contribuirá con el desarrollo profesional saludable y bienestar psicosocial del residente.

V.- OBJETIVOS

General:

- Estimar la prevalencia de los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015.

Específicos:

- Determinar la asociación entre factores sociodemográficos y los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015.
- Determinar la asociación entre las características de la residencia (tipo de guardia, tipo de especialidad, horario laboral, alteraciones del sueño) y los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015.
- Determinar la asociación entre el consumo de tabaco y los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015.

- Determinar la asociación entre el consumo de alcohol y los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015.
- Determinar la asociación entre el consumo de otras drogas y los trastornos mentales (Depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del 1 de marzo al 31 de diciembre de 2015.

VI.- HIPÓTESIS

- Algunos factores sociodemográficos (sexo, estado civil, antecedente familiar de trastorno mental), características de la residencia (horarios laborales prolongados, tipo de especialidad), mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas se asociará positivamente con los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.

Hipótesis nula:

- Algunos factores sociodemográficos (sexo, estado civil, antecedente familiar de trastorno mental), características de la residencia (horarios laborales prolongados, tipo de especialidad), mayor consumo de alcohol, tabaco y drogas no tendrá asociación con los trastornos mentales (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.

VII.- MATERIAL Y MÉTODO

Diseño de estudio

Estudio de tipo transversal analítico

Periodo de estudio

Del 1 de marzo de 2015 al 31 de diciembre de 2015.

Población de estudio

- Área de estudio: Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”
- Universo de estudio: Médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.
- Unidad de muestreo y análisis: Servicios médicos del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.

Cálculo de tamaño mínimo de muestra

Para nuestro estudio el cálculo de la muestra se realizó para una proporción desconocida por lo tanto se utilizó la siguiente fórmula:

$$N=Z\alpha^2*p*q/d^2$$

Donde:

$$Z\alpha^2= 1.96 \text{ (IC}_{95\%})$$

p= proporción esperada (=0.5)

$$q= 1-p \text{ (1-0.5)}$$

d= precisión (0.05)

$$N= 3.8416 *0.50*0.50/ 0.0025= 384$$

Se considerarán el 10% de pérdidas =39

$$\text{Tamaño mínimo de muestra}= 423$$

Tipo de muestreo

No probabilístico

Finalmente se incluyeron a todos los residentes adscritos al Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.

Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos residentes que se encuentren rotando en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.
- Que pertenezcan a cualquier especialidad.
- Ambos géneros
- Cualquier edad
- Que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No hay

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos residentes que no hayan concluido la entrevista.

Método de recolección de datos

DISEÑO DEL CUESTIONARIO

El cuestionario para la recolección de datos se conformó por los siguientes instrumentos:

Para la evaluación de los trastornos (Depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio) se utilizará la **Mini International Neuropsychiatric Interview**, Versión en Español 5.0.0 DSM-IV. Es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. El tiempo de

respuesta es de 15 minutos como media. La entrevista será aplicada por el investigador de manera personal.

Para medir el consumo de alcohol se utilizará el cuestionario **AUDIT** para consumo de alcohol que consta de 10 preguntas mismas que abarcan tres dominios: Consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Con una sensibilidad para diversos índices de consumo de 0.90 y una especificidad de 0.80. El tiempo de respuesta es de 2 a 4 minutos.

Para medir el consumo de tabaco se utilizará se utilizará el **Test de Fagerstrom** que sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina, está formado por 6 preguntas con dos a cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. Clasificando la dependencia muy baja, baja, media, alta y muy alta.

Para medir sueño se utilizará el **Test de Oviedo**; un cuestionario con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7. La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Para conocer los datos sociodemográficos se aplicó el cuestionario de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (**AMAI 8 x 7**), además se obtuvieron datos sobre edad, sexo, peso, talla, y algunas características de la residencia que cursa.

El cuestionario se entregó de manera individual a los residentes en grupos no mayores a 10 personas para su autollenado.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

- **Variables dependientes**

Trastorno depresivo mayor

Definición conceptual: Cinco (o más) de los síntomas siguientes: Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes.

La mayor parte del día han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de Placer

Definición operacional: Se utilizará por parte del investigador la Mini International Neuropsychiatric Interview, Versión en Español 5.0.0 DSM-IV, que en el módulo de depresión mayor incluye 11 preguntas. Las respuestas son si o no, asignando un valor de 1 y 0 respectivamente.

Escala de medición: Cualitativa, dicotómica, nominal.

Indicador: 1.Si 2.No

Trastorno de ansiedad generalizada

Definición conceptual: 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). Al individuo le es difícil controlar la preocupación. 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).

Definición operacional: Se utilizará por parte del investigador la Mini International Neuropsychiatric Interview, Versión en Español 5.0.0 DSM-IV, que en el módulo de depresión mayor incluye 9 preguntas. Las respuestas son si o no, signando un valor de 1 y 0 respectivamente.

Escala de medición: Cualitativa, dicotómica, nominal.

Indicador: 1.Si 2.No

Trastorno de pánico

Definición conceptual: Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o de “volverse loco”, miedo a morir.

Definición operacional: Se utilizará por parte del investigador la Mini International Neuropsychiatric Interview, Versión en Español 5.0.0 DSM-IV, que en el módulo de depresión mayor incluye 18 preguntas. Las respuestas son si o no, asignando un valor de 1 y 0 respectivamente.

Escala de medición: Cualitativa, dicotómica, nominal.

Indicador: 1.Si 2.No

Riesgo de suicidio

Definición conceptual: Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida.

Definición operacional: Se utilizará por parte del investigador la Mini International Neuropsychiatric Interview, Versión en Español 5.0.0 DSM-IV, que en el módulo de depresión mayor incluye 6 preguntas. La respuesta es sí o no, asignando un valor de 1 y 0 respectivamente.

Escala de medición: Cualitativa, dicotómica, nominal.

Indicador: 1.Si 2.No

- **Variables independientes**

Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha ocurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación de la encuesta.

Definición operacional: Se solicitará al paciente que nos indique su edad para anotarla en el cuestionario.

Escala de medición: Cuantitativa, de razón, discreta.

Indicador: Años cumplidos anotados en el cuestionario.

Sexo

Definición conceptual: Se refiere a las características biológicas con las que se diferencia a un individuo en hombre o mujer.

Definición operacional: Se anotará el sexo del paciente en el cuestionario.

Escala de medición: Cualitativa nominal

Indicador: 1.Hombre 2.Mujer.

Estado civil

Definición conceptual: Condición civil (derechos y deberes) de un individuo a nivel individual y familiar.

Definición operacional: Se solicitará al paciente que nos indique su estado civil y se anotará en el cuestionario.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado 5.Unión libre 6.Separado

Religión

Definición conceptual: Conjunto de creencias y dogmas acerca de la divinidad

Definición operacional: Se solicitará al paciente que nos indique su religión y se anotará en el cuestionario.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1.Católico 2.Cristiano 3.Testigo de Jehová 4.Mormón 5.Otro 6.Ninguna

Nivel socioeconómico

Definición conceptual: Representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida: es un grupo de condiciones culturales, sociales y de vivienda que son integradas para el bienestar del sujeto y que divide a la población en niveles.²⁶

Definición operacional: Por medio de las preguntas del cuestionario Nivel Socioeconómico (NSE) de la Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercado y Opinión Pública (AMAI) 8x7 se estimará un índice, sobresaliendo las siguientes variables: Número de focos, número de autos, estufa, baños, regadera, tipo de piso, número de habitaciones y educación del jefe de familia. Se clasifica en los siguientes seis niveles: Nivel E: Hasta 32 puntos, D: Entre 33 y 69 puntos, D+: Entre 80 y 104 puntos, C-: Entre 105 y 127 puntos, C: 128 y 154, C+: Entre 155 y 192 puntos, AB: más de 193 puntos. AB: Es el más alto nivel de vida e ingresos, pasando por los demás niveles hasta el E que es el más bajo nivel de vida en todo el país. AB y C+= NSE alto, C y C-= NSE medio, D+,D y E= NSE bajo.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1.NSE alto 2.NSE medio 3.NSE bajo.

Antecedente personal de trastorno mental

Definición conceptual: Enfermedad mental del estado de ánimo que le ha sido diagnosticada alguna vez en la vida al entrevistado.

Definición operacional: Responderá a la pregunta ¿alguna vez se le ha diagnosticado alguna enfermedad del estado de ánimo? y se anotará en el cuestionario.

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1.Si 2.No

Consumo de alcohol

Definición conceptual: Acto de ingerir bebidas con contenido de alcohol.

Definición operacional: Se utilizará el test AUDIT I que consta de 10 preguntas mismas que abarcan tres dominios: Consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. Con una sensibilidad para diversos índices de consumo de 0.90 y una especificidad de 0.80. El tiempo de respuesta es de 2 a 4 minutos.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1.No consumen 2.Consumo de riesgo 3.Consumo de riesgo 4.Consumo perjudicial 5.Dependencia

Consumo de tabaco

Definición conceptual: Práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.

Definición operacional: Se utilizará el test de Fagerström formado por 6 preguntas con dos a cuatro alternativas de respuesta. La puntuación oscila entre 0 y 10. Clasificando la dependencia muy baja, baja, media, alta y muy alta.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1.No consumen 2.Consumo sin dependencia 3.Dependencia baja
4.Dependencia moderada 5.Dependencia alta

Consumo de drogas

Definición conceptual: Consumo de sustancias lícitas o ilícitas en cualquiera de sus formas

Definición operacional: Responderá a la pregunta ¿Has consumido algún tipo de droga alguna vez en tu vida?

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1.No consumen 2.Ultimo consumo menor o igual a 1 año 3. Ultimo consumo mayor a 1 año.

Sueño

Definición conceptual: Estado fisiológico de autorregulación y reposo uniforme de un organismo. Se caracteriza por los bajos niveles de actividad fisiológica y por una respuesta menor ante estímulos externos.

Definición operacional: Se utilizará el cuestionario de Oviedo.

Escala de medición: Cualitativa dicotómica.

Indicador: 1.Sueño satisfactorio (sin alteraciones en el desempeño sociolaboral)
2.Sueño no satisfactorio (con alteraciones en el desempeño sociolaboral).

Tipo de guardia

Definición conceptual: Conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico residente debe realizar durante la jornada laboral, en la unidad médica receptora de residentes en la que está adscrito o asignado.

Definición operacional: Responderá a la pregunta ¿Qué tipo de guardia realizas actualmente en la residencia?

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1.ABC 2. ABCD 3.ABCDE/No realiza.

Tipo de especialidad

Definición conceptual: Estudios cursados por un médico graduado o licenciado en medicina en su periodo de posgrado que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas específicas o a un método diagnóstico determinado

Definición operacional: Responderá a la pregunta ¿Qué especialidad cursa actualmente? Posteriormente se clasificará en **médica** (Alergia e Inmunología, Anatomía patológica, Cardiología, Endocrinología, Epidemiología, Gastroenterología, Geriátría, Hematología, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Infectología, Medicina Interna, Psiquiatría, Neumología, Neurología, Pediatría, Reumatología), **médico-quirúrgica** (Anestesiología, Angiología, Coloproctología, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Medicina de Urgencias, Nefrología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Urología) y **quirúrgica** (Cirugía Cardiorrástica, Cirugía General, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía).

Escala de medición: Cualitativa nominal.

Indicador: 1.Médica 2.Médico-quirúrgica 3.Quirúrgica

Agotamiento emocional

Definición conceptual: Sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás, manifestándose por la pérdida de energía, el agotamiento físico y/o psicológico y la fatiga.

Definición operacional: Se midió a través de cuestionario de Maslach que tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, Alfa-Cronbach 0.70. Está constituido por 22 ítems que miden agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Tiempo de respuesta: 10 a 15. La subescala de agotamiento

emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Escala de medición: Cualitativa ordinal.

Indicador: 1.Sin agotamiento 2.Agotamiento leve 3.Agotamiento moderado-alto.

Jornada laboral

Definición conceptual: Número de horas que en días hábiles, el médico residente debe desarrollar las funciones y actividades señaladas en el programa operativo de la residencia médica.

Definición operacional: Responderá a la pregunta ¿Cuántas horas dura tu jornada laboral en un día sin guardia?

Escala de medición: Cualitativa dicotómica.

Indicador: 1.≤8 horas 2.>8 horas.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis Univariado:

Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias simples y proporciones. Para las variables cuantitativas se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana), medidas de dispersión (desviación típica) y rango intercuartílico. Se realizaron pruebas de normalidad (Kolmogorov-Smirnov o Shapiro-Wilk).

Análisis Bivariado:

Se estimaron razones de momios para la prevalencia (RMP) con intervalos de confianza al 95% y valor de $p < 0.05$. Se realizó el contraste de hipótesis mediante U de Mann-Whitney o Kruskal Wallis. Como medida de asociación se utilizó Chi cuadrada de Pearson o Prueba exacta de Fisher.

Análisis multivariado:

Se realizó un modelo de regresión logística incluyendo solamente las variables estadísticamente significativas o clínicamente importantes que explicaron los trastornos mentales en los médicos residentes.

Para el análisis de la información se utilizaron los paquetes estadísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V19 y EPIDAT 3.1.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, artículo 17 el presente trabajo se considera INVESTIGACIÓN CON RIESGO MAYOR AL MINIMO por lo que se entregó a cada participante un consentimiento informado por escrito el cual fue firmado por los participantes para ser incluidos en el estudio.

El presente estudio fue sometido a consideración y autorización por el Comité de Investigación y Ética del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.

La investigación se apegó a lo estipulado en la séptima enmienda de la Declaración de Helsinki (realizada en la 64ª Asamblea llevada a cabo en Fortaleza, Brasil en Octubre de 2013) promulgada en Junio de 1964 por la Asociación Médica Mundial.

RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

La investigación se llevó a cabo por el médico residente Nataly Tlecuitl Mendoza, sin ningún otro recurso humano para aplicar los cuestionarios. El lugar en el que se llevó a cabo el protocolo fue el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social. El estudio fue factible ya que la población se encontraba cautiva en el área en que se realizó la investigación. Los costos del material a utilizar fueron cubiertos por el tesista.

PLAN GENERAL

Posterior a la autorización del protocolo por parte del Comité de Investigación y Ética con el folio R-2015-3501-35 se realizó lo siguiente:

- Se solicitó autorización al personal Directivo del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.
- Se solicitó a cada servicio un listado con el nombre de los médicos residentes asignados a ese servicio y se programó la entrevista de los participantes en grupos no mayores de 5 personas.
- Se informó a los participantes acerca del proyecto de investigación y aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión se les invitó a participar.
- Se hizo entrega del consentimiento informado a cada participante para su aprobación y firma.
- Se entregó el cuestionario a cada uno de los participantes para su contestación (el tesista permaneció en todo momento presente para resolver dudas). En el cuestionario no se registrará el nombre del participante, sin embargo se le asignó un folio que permitió identificarlo por el equipo de investigación.
- Se canalizó a los participantes que así lo requieran al servicio de psiquiatría ya sea mediante cita programada (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico) o de manera inmediata (depresión mayor y riesgo de suicidio).
- Los datos de los participantes fueron capturados en Access.
- Posteriormente se realizó en análisis de la información utilizando los paquetes estadísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V19 y EPIDAT 3.1
- Finalmente se realizaron las conclusiones y se dieron a conocer los resultados al personal Directivo del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza”.

VIII.- RESULTADOS

Se estudiaron un total de 542 médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional “La Raza” (HE-CMNR) los cuales el 50% se encontraban cursando una especialidad médica, 37% una especialidad médicoquirúrgica y 13% una especialidad quirúrgica (Diagrama 1). Con respecto al año de residencia que se encontraba cursando al momento del estudio el 75% cursaba segundo o tercer año (Figura1).

La mediana de edad fue de 28 años (rango intercuartílico P₂₅-P₇₅ de 27 a 30 años), las características sociodemográficas de los médicos residentes se describen en la Tabla 1.

Al calcular el índice de masa corporal (IMC) de los médicos residentes encontramos que la mayoría tienen un IMC normal observándose diferencias por sexo (Figura 2 y 3). Al cuestionar acerca de enfermedades crónicas que el médico residente padeciera al momento de la entrevista 11% respondió afirmativamente, reportándose dentro de las enfermedades en orden de frecuencia: Hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo, asma, gastritis crónica, dermatitis atópica, diabetes mellitus tipo 1, leucemia, lupus eritematoso, melanoma, síndrome de Gilbert.

Al analizar por año de residencia y tipo de especialidad las horas jornada sin guardia y horas dormidas sin guardia observamos que las especialidades de tipo quirúrgico son las que tienen jornadas más prolongadas y menos horas de sueño. De manera global los médicos residentes que cursan primer año tienen jornadas más prolongadas y los que cursan segundo año tuvieron menos horas de sueño (Figura 4 a 7).

La **prevalencia de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, riesgo de suicidio y trastorno de pánico** fue de 12.2% (IC_{95%} 9.33-15.02), 41.7% (IC_{95%} 37.45-45.94), 5.2% (IC_{95%} 3.21-7.12) y 7% (IC_{95%} 4.77-9.25) respectivamente. Respecto al consumo de sustancias 80% consume alcohol, 20.9% consume tabaco y 27.6% ha consumido drogas alguna vez en la vida (Tabla 2 a 4). Del total de médicos residentes que han consumido drogas alguna vez en la vida 81.3%

consumieron marihuana, 13.3% cocaína, 3.3% benzodiazepinas y 2.1% otras drogas.

Al realizar el análisis bivariado para la variable **Riesgo de suicidio** (Tablas 5,5A y 5B) encontramos que los factores que representaron los riesgos más altos fueron: estar divorciado(a)/separado(a) con una razón de momios para la prevalencia (RMP) 17.67 (IC_{95%} 2.98-104.67) p=0.00, consumo de tabaco con dependencia moderada RMP 15.32 (IC_{95%} 3.49-67.20) p=0.00, estar cursando 2° año de residencia RMP 7.91 (IC_{95%} 1.05-59.12) p=0.11, disminución del funcionamiento sociolaboral 4 a 7 días a la semana por no dormir bien RMP 5.06 (IC_{95%} 1.14-22.36) p=0.00 y presentar fatiga laboral diariamente RMP 4.61 (IC_{95%} 1.51-14.07) p=0.00.

Para la variable **Trastorno depresivo mayor** (Tablas 6,6A y 6B) los factores con mayor riesgo fueron: presentar fatiga laboral diariamente RMP 26.83 (IC_{95%} 6.58-109.41) p=0.00, agotamiento emocional moderado-alto RMP 14.33 (IC_{95%} 2.01-101.86) p=0.00, disminución del funcionamiento sociolaboral 4 a 7 días a la semana por no dormir bien RMP 10.12 (IC_{95%} 3.22-31.80) p=0.00, antecedente personal de trastorno mental RMP 3.74 (IC_{95%} 2.20-6.40) p=0.00 y estar cursando 1° año de residencia RMP 3.71 (IC_{95%} 1.07-12.84) p=0.02.

Para el **Trastorno de ansiedad generalizada** (Tablas 7,7A y 7B) los factores que representaron los riesgos más altos fueron: agotamiento emocional moderado-alto RMP 6.32 (IC_{95%} 3.10-12.90) p=0.00, presentar fatiga laboral diariamente RMP 5.26 (IC_{95%} 3.50-7.90) p=0.00, disminución del funcionamiento sociolaboral 4 a 7 días a la semana por no dormir bien RMP 3.81 (IC_{95%} 2.26-6.44) p=0.00, antecedente personal de trastorno mental RMP 2.72 (IC_{95%} 1.80-4.11) p=0.00 y el consumo perjudicial de alcohol RMP 2.70 (IC_{95%} 1.09-6.70) p=0.00.

Para el **Trastorno de pánico** (Tablas 8,8A y 8B) los factores que representaron los riesgos más altos fueron: disminución del funcionamiento sociolaboral 4 a 7 días a la semana por no dormir bien RMP 9.62 (IC_{95%} 2.32-39.91) p=0.00, consumo perjudicial de alcohol RMP 8.67 (IC_{95%} 2.71-27.70) p=0.00, consumo de tabaco con dependencia moderada RMP 8.25 (IC_{95%} 1.96-34.65) p=0.00, antecedente personal

de trastorno mental RMP 7.10 (IC_{95%} 3.54-14.23) p=0.00 y agotamiento emocional moderado-alto RMP 6.37 (IC_{95%} 2.46-16.50) p=0.00.

Con respecto a la asociación de los **factores sociodemográficos** y los trastornos mentales encontramos que ser mujer es factor de riesgo para los trastornos estudiados (excepto para ansiedad generalizada en donde disminuye el riesgo 38%), ser divorciado/separado (excepto depresión mayor en donde el riesgo es estar casado o en unión libre), vivir solo (excepto para ansiedad generalizada donde disminuye el riesgo en 12%), NSE alto (excepto riesgo de suicidio en donde NSE medio es el de mayor riesgo), considerar la religión no importante, participar en actividades recreativas con poca frecuencia, padecer alguna enfermedad crónica, antecedente personal de trastorno mental, y antecedente familiar de madre o padre con trastorno mental (excepto en riesgo de suicidio) (Tabla 14 y 14A).

En el análisis de la asociación de **características de la residencia** y los trastornos estudiados encontramos que la depresión mayor y ansiedad generalizada tienen mayor asociación con el tipo de guardia ABC con una RMP 1.13 (IC_{95%} 0.50-2.50) y RMP 1.42 (IC_{95%} 0.93-2.17) respectivamente), a diferencia del riesgo de suicidio y trastorno de pánico que se asocian a aquellos con guardia ABCDE o que no realizan guardias con una RMP 2.79 (IC_{95%} 1.03-7.50) y RMP 2.88 (IC_{95%} 1.00-8.30) respectivamente. Respecto al tipo de especialidad la médico-quirúrgica tiene mayor asociación principalmente con riesgo de suicidio con una RMP 2.39 (IC_{95%} 1.07-5.30), así como el horario laboral >8 horas principalmente para depresión mayor con RMP 1.62 (IC_{95%} 0.78-3.38) y finalmente en las alteraciones del sueño dormir ≤ 5 horas se asocia con los trastornos estudiados principalmente con trastorno de pánico con RMP 2.17 (IC_{95%} 0.94-5.04) (Tablas 15 y 15A).

Con respecto al **consumo de tabaco** se encontró mayor asociación con depresión mayor y ansiedad generalizada cuando el consumo era con dependencia baja con RMP 2.70 (IC_{95%} 1.58-4.60) y RMP 1.45 (IC_{95%} 1.08-1.92) respectivamente, sin embargo cuando era consumo con dependencia moderada se asociaba a riesgo de suicidio y trastorno de pánico RMP 15.32 (IC_{95%} 3.49-67.20) y RMP 8.25 (IC_{95%} 1.96-34.65) respectivamente. Para el **consumo de alcohol** cuando éste era perjudicial

se encontraba mayor asociación principalmente para trastorno de pánico RMP 8.67 (IC_{95%} 2.71-27.70) y para el **consumo de otras drogas** cuando se reportaba el último consumo en un lapso menor o igual a 1 año se encontró mayor asociación principalmente para trastorno de pánico RMP 2.37 (IC_{95%} 1.17-4.81) (Tabla 16).

El riesgo de suicidio es un trastorno mental que por su trascendencia es de suma importancia por lo tanto se realizó un análisis para identificar la asociación con los otros trastornos mentales estudiados observando que la depresión mayor lo incrementa hasta 6 veces más, la ansiedad generalizada lo incrementa hasta 3 veces más y respecto al consumo de sustancias, el consumo de tabaco es el que se asocia más incrementándolo hasta 4 veces más. (Tabla 9).

Finalmente en el análisis multivariado los principales factores para desarrollar **riesgo de suicidio** fueron el consumo de tabaco con dependencia baja-moderada incrementando hasta 8.4 veces más el riesgo (IC_{95%} 2.78-25.58) p=0.00, ser soltero RMP 5.64 (IC_{95%} 1.04-30.30) p=0.04, tener depresión mayor RMP 4.99 (IC_{95%} 1.87-13.30) p=0.00, pero realizar guardias ABC disminuye el riesgo hasta en un 83% (IC_{95%} 0.04-0.63) p=0.01 (Tabla 10).

Para la **depresión mayor** los principales factores de riesgo fueron: tener trastorno de ansiedad generalizada RMP 7.82 (IC_{95%} 3.45-17.67) p=0.00, estar cursando 1° año de residencia RMP 6.38 (IC_{95%} 1.30-31.21) p=0.02, presentar fatiga laboral frecuente-diario RMP 5.55 (IC_{95%} 1.26-24.41) p=0.02, pero ser soltero disminuye el riesgo hasta un 48% (IC_{95%} 0.23-1.06) p=0.07 (Tabla 11).

Para el **trastorno de ansiedad generalizada** los factores con mayor asociación fueron: tener trastorno depresivo mayor RMP 9.57 (IC_{95%} 4.33-21.14) p=0.00, fatiga laboral frecuente-diario RMP 4.11 (IC_{95%} 2.42-6.97) p=0.00, disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien RMP 2.63 (IC_{95%} 1.28-5.41) p=0.00 y el consumo de alcohol sin riesgo RMP 2.62 (IC_{95%} 1.30-5.30) p=0.01 (Tabla 12).

Con respecto al **trastorno de pánico** los factores con mayor asociación fueron: tener trastorno depresivo mayor RMP 4.78 (IC_{95%} 2.16-10.56) p=0.00, antecedente personal de trastorno mental RMP 4.54 (IC_{95%} 2.11-9.72) p=0.00, tener riesgo de

suicidio RMP 3.99 (IC_{95%} 1.44-10.97) p=0.01 y dormir ≤ 5 horas por día RMP 2.52 (IC_{95%} 0.95-6.73) p=0.07 (Tabla 13).

Otro dato importante en nuestro estudio, que refleja otro aspecto del proceso de formación del médico, son las guardias extras que los médicos residentes deben realizar; encontramos que 45% de los médicos residentes ha realizado alguna “guardia extra”, y de éstos 44.5% la realizó por indicación de un residente de grado superior, además al indagar si alguna vez han pensado en renunciar a la residencia médica 39.9% de los médicos residentes respondió afirmativamente.

IX.- DISCUSION

Aunque los reportes de malestar emocional relacionado con el trabajo médico datan de hace aproximadamente 50 años, la investigación en médicos en formación es relativamente reciente. Las manifestaciones estudiadas van desde el estrés y *burn out* hasta los trastornos mentales y el suicidio como la complicación más importante.

Al comparar nuestros resultados con los obtenidos en otros estudios realizados en médicos residentes de otros países, observamos que la prevalencia de depresión mayor y riesgo de suicidio fue mayor (12% y 5.2% respectivamente) en comparación con un estudio realizado en médicos residentes en EUA¹⁷ cuya prevalencia fue de 7.2% para depresión mayor y 3.9% para ideación suicida. En ese mismo estudio, el 17% reportó antecedente personal de depresión y 30% antecedente familiar de depresión, nosotros encontramos 16.8% y 22.2% respectivamente; las mujeres tuvieron una frecuencia más alta de depresión mayor en comparación con los hombres, consistente con lo encontrado en nuestro estudio. Estas diferencias pueden deberse a que la tasa de respuesta en este estudio fue de 64% (pudieron no haberse incluido médicos residentes que presentaran síntomas depresivos o de ideación suicida) y la nuestra de 97%. Además, el instrumento utilizado para evaluar depresión en el estudio en comento no distingue entre Burnout y síntomas depresivos.

Ahora bien, las prevalencias de los trastornos mentales evaluados en este estudio son menores a las reportadas en otros realizados en médicos residentes mexicanos (puede deberse a que el instrumento utilizado para medir los trastornos es para diagnóstico más que para medir sintomatología), pero superiores a las reportadas en la población general mexicana,⁶ en cuanto a la depresión mayor, ansiedad generalizada y trastorno de pánico (12.2% vs 3.3%, 41.7% vs 14.3% y 7% vs 2.1% respectivamente), consistente con las referencias de tasas elevadas de trastornos mentales en profesionales médicos.

No encontramos estudios realizados en médicos residentes que describieran la frecuencia del **trastorno de pánico**, pero decidimos incluirlo en nuestro estudio debido a que es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en la población general de nuestro país,⁶ encontramos una prevalencia mayor que la descrita en población general (2.1% vs 7%).

Las causas sobre la elevada frecuencia de trastornos mentales en médicos residentes es motivo de debate, en algunos reportes se le atribuye a las características de la residencia médica, en otros a la predisposición para el trastorno mental y otro más asegura que no hay evidencia para la asociación con la residencia médica para el riesgo de suicidio³⁴.

Nuestros resultados confirman que algunas características inherentes a la residencia (fatiga laboral, agotamiento emocional, menos de 5 horas de sueño y jornada laboral mayor a 8 horas), el antecedente personal de trastorno mental y el consumo perjudicial de sustancias (alcohol y tabaco) aumentan el riesgo de padecer un trastorno mental; también se confirma la asociación con enfermedad crónica. Encontramos también que el riesgo de suicidio y ansiedad generalizada se asocian mayormente a los residentes que cursan 2° año, la depresión mayor a los de 1° año y el trastorno de pánico a los de 3° año; otro dato importante es la asociación del tipo de guardia, encontramos que la guardia ABC se asocia principalmente con depresión mayor y ansiedad generalizada.

En lo referente al riesgo de suicidio, algunos estudios reportan que es el final de un proceso de evolución de largo tiempo a partir de problemas de salud mental comunes aunado a otros factores como estrés alto, depresión, sexo femenino y vivir solos³³; nosotros corroboramos la asociación principalmente con depresión mayor que aumentó hasta 6 veces más el riesgo de suicidio RMP 6.39 (IC_{95%} 2.87-14.21) p=0.00, y la ansiedad generalizada hasta 3 veces más RMP 3.13 (IC_{95%} 1.38-7.05) p=0.01.

Un resultado interesante fue la asociación de los trastornos mentales con actividades recreativas poco frecuentes y considerar a la religión poco importante. La religión y la espiritualidad parecen proporcionar resiliencia; Kasen y cols.,

reportan que el involucramiento religioso y la importancia de la religión o espiritualidad en la vida protege contra los efectos de eventos negativos sobre la salud mental³⁵. Por otra parte, se considera a las actividades recreativas como generadoras de salud mental³⁶.

Otro dato importante es la alta prevalencia de **consumo de alcohol, tabaco y drogas que muestra diferencia por especialidad** (para el consumo de alcohol de riesgo/perjudicial: Medicina interna, Medicina de Urgencias y Epidemiología las especialidades con mayor consumo, para el consumo de tabaco con dependencia moderada/alta: Medicina interna, Cirugía general y Neurocirugía y finalmente para el consumo de otras drogas (ultimo consumo \leq 1 año): Medicina de urgencias, Anestesiología y Cirugía general); además de que la dependencia a estas sustancias se asocia a los trastornos mentales y la comorbilidad aumenta el riesgo de suicidio, se ha reportado que ciertas conductas adversas como el consumo de tabaco y alcohol se encuentran entre los diez principales factores de riesgo imputables a la carga mundial de enfermedades³. Parte de la formación como médico residente es respetar las jerarquías, esto incluye compañeros residentes de mayor grado, los cuales asumen parte de la responsabilidad de la formación e instrucción de sus compañeros, esto se refleja en nuestro estudio cuando observamos que de los 244 médicos que respondieron haber realizado guardias extras durante su formación 45.5% dijo que había sido indicación de un residente de mayor grado y solo 18% indicación del médico adscrito. La carga de trabajo, horarios laborales prolongados y el estrés durante la formación del médico residente favorecen que 86% tengan agotamiento emocional y 39% haya pensado en renunciar a la residencia médica en algún momento de su formación.

Finalmente es importante mencionar que una debilidad del estudio es que la muestra se limita a residentes de una Unidad Médica de Alta Especialidad, sin embargo es probable que las características inherentes a la residencia médica sean muy similares en todos los niveles de atención, debido a que nuestro estudio es de tipo transversal, existe ambigüedad temporal, por lo que los resultados deben ser interpretados con cierta cautela, otro factor importante es la posibilidad de contar

con un sesgo de información, ya que las respuestas de los médicos residentes pudieran no reflejar la situación que viven actualmente, una de las causas es que el cuestionario no se realizó de manera privada y fue autoaplicado, y al incurrir en este tipo de sesgo no es posible determinar la afectación del riesgo, ya que puede ser sobreestimado o subestimado.

Sin embargo las fortalezas de nuestro estudio fue que utilizamos un instrumento para diagnosticar trastornos mentales más que para medir sintomatología, además de que se agregaron escalas en el caso de uso-abuso de sustancias (alcohol y tabaco) y para los trastornos del sueño y se incluyeron médicos residentes de 32 especialidades (médicas, médico-quirúrgicas y quirúrgicas) lo que permite que las características de la muestra sean heterogéneas en comparación con otros estudios realizados, también se indagó acerca de otras características de la residencia (tipo de guardia, horas jornada, fatiga laboral, agotamiento emocional, características del sueño) que no han sido descritas en estudios similares y el tamaño de muestra fue superior a otros estudios realizados en nuestro país en este tipo de población. El anonimato de los entrevistados le confiere fiabilidad al disminuir la suspicacia ante el estigma.

X.- CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, uso-abuso de tabaco, alcohol, drogas y riesgo de suicidio en médicos residentes del Hospital de Especialidades CMN “La Raza” es más alta que la descrita en la población general.

La presencia de trastorno mental (principalmente depresión mayor) y/o el abuso de sustancias (principalmente tabaco y drogas) y la comorbilidad aumentan el riesgo de suicidio.

Ciertas condiciones inherentes a la residencia médica, principalmente las jornadas prolongadas y pocas horas de sueño con sus repercusiones sobre el rendimiento físico y emocional, se asocian a la presencia de trastornos mentales.

Los médicos a menudo consideran un estigma consultar a otros médicos acerca de sus condiciones de salud, incluyendo la mental por lo que es importante que durante la formación del médico residente se evalúe su salud mental de forma periódica, con el fin de diagnosticar oportunamente los trastornos mentales y brindar un tratamiento adecuado que le permita al médico residente mejorar su desempeño social y laboral. Además es de suma importancia se disminuyan los horarios laborales en esta población, respecto a este punto en nuestro país en enero de 2016 se exhortó al Poder Ejecutivo Federal y a los directivos de las instituciones de salud y seguridad social, a modificar las normas oficiales mexicanas, otras normas internas y lineamientos de los hospitales y clínicas de salud para establecer un horario máximo razonable para las jornadas laborales de médicos internos y residentes, ya que estas exceden la duración máxima prevista en la Ley Federal del Trabajo.

XI.- REFERENCIAS

- 1.-Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/. Acceso el 22 de Diciembre de 2014.
- 2.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- 3.-Invertir en Salud mental. Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf. Acceso 11 Agosto 2015.
- 4.-Epidemiología de los Trastornos mentales (reseña). Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease/es/. Acceso el 22 de Diciembre de 2014.
- 5.- Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank (Instituto para la medición y Evaluación de la Salud, Red de Desarrollo Humano, Banco Mundial). La carga mundial de morbilidad: generar evidencia, orientar políticas. Edición Regional para América Latina y el Caribe. Seattle, WA: IHME, 2013.
- 6.-Medina ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental; Ago 2003;26(4).
- 7.-Boletín Organización de las Naciones Unidas. Centro de Información de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.cinu.mx/comunicados/2012/10/dia-mundial-de-la-salud-mental/>. Acceso el 18 de Agosto de 2014.
- 8.-Goldberg D, Huxley P. Epidemiology of mental disorders in primary care settings. Epidemiol Rev;1995;17(1).
- 9.-Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. Acta Psychiatr Scand Suppl;1994;385:66-70.
- 10.-Goncalves S, Ramos AT, Pereira MC .Social support and common mental disorder among medical students. Apoio social e transtorno mental comum entre estudantes de Medicina. Rev Bras Epidemiol; 2014:229-242.
- 11.- Educación en Salud para la Organización y Funcionamiento de residencias Médicas. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. Diario Oficial de la Federación, (04-01-2013).

12.- Aymat RA, Bazán J, Cerisola MG, Heredia V y col. El sistema de residencias visto por el residente. Arch Med Familiar y Gral; 2006;3(2):22-27.

13.-La Fuente O, Cuatrecasas G, Cots JM, Cerqueira MJ, Collazos F. La salud del Médico Residente. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Enero 2008.

14.- Saravanan C, Wilks R. Medical Students' Experience of and Reaction to Stress: The Role of Depression and Anxiety. J Sci World;2014:1-8. doi.org/10.1155/2014/737382.

15.-Plata M, Flores L, Curiel O, Juárez JR, Rosas JV. Depresión y ansiedad en la residencia médica. Rev. Esp. Med-Quir;2011;6(3):157-162.

16.-Martínez LP, Medina MME, Rivera E. (2005) Adicciones, depresión y stress en médicos residentes. Rev Fac Med UNAM; 2005;48(5):191-197.

17.- Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, et al. Depressive Symptoms in Medical Students and Residents: A Multischool Study. Acad Med;2009;84(2):236-241.

18.- Vankar J, Prabhakaran A, Sharma H. Depression and Stigma in Medical Students at a Private Medical College. Indian J Psychol Med;2014;36(3):246–254. doi:10.4103/0253-7176.135372.

19.- Wei S, Jialiang F, Ying C, Lie W. Epidemiological Study on Risk Factors for Anxiety Disorder among Chinese Doctors. J Occup Health;2012;54:1-8.

20.- Howton K, Clements A, Simkin S, Malmberg A. Doctors who kill themselves: a study of the methods used for suicide. QJM;2000;93(6)351-357; doi:10.1093/qjmed/93.6.351.

21.- Hughes PH, Baldwin DC Jr, Sheehan DV, Conard S, Storr CL. Resident physician substance use, by speciality. Am J Psychiatry;1992;149(10):1348-54.

22.-Oreskovich M, Shanafelt T, Dyrbye L, Tan L, Sotile W, et al. The prevalence of substance use disorders in American Physicians. *The American Journal of Addictions*;2014; 20:1-9. doi: 10.1002/AJAD.12173.

23.- Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: the impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. Psychological Medicine. 2007;37(8):1131-1140.

24.-Aguirre R, López R, Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión en médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente;2011;(3)8.

- 25.- Maslach C, Jackson SE, Leiter M. Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; Manual. 3.^a ed. 1996.
- 26.-Velásquez L, Colin R, González M. Afrontando la residencia médica: depresión y Burnout. Gaceta Médica de México. 2013;149.
- 27.-Bobadilla RI, López M, Heinze G, Romo F, Vázquez F. Trastorno Depresivo Mayor y Estrés Académico en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México [Tesis]. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Curso de Especialización en Epidemiología; 2012.
- 28.-Park SC, Lee SK, Oh HS, Jun TY, Lee MS, Kim JM, et al. Hazardous drinking-Related Characteristics of Depressive Disorders in Korea: The CRESCEND Study. J Korean Med Sci. 2015 Jan;30(1):74-81. doi: 10.3346/jkms.2015.30.1.74.
- 29.- Jiménez JL, Osuna J, 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.
- 30.- Romero MI, Santander J, Hitschfeld MJ, Labbé M, Zamora V. Consumo de tabaco y alcohol entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev. Med. Chile 2009;(137)3.
- 31.-Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, et al. Rates of medication errors among depressed and Burnout residents: prospective cohort study. BMJ; 2008;336(7642):488-491.
- 32.-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.
- 33.-Gramstad TO, Gjestad R, Haver B et al. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. BMC Medical Education; 2013; 13(150).
- 34.-Center C, Davis M, Detre T, Ford DE, Hansbrough W, et al. Confronting depression and suicide in physicians. JAMA; 2003;18(23):3161-3166.
- 35.-Kasen S, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Weissman MM. Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. Psychol Med 2011;17:1–11.
- 36.-Promoción de la Salud Mental (Informe compendiado). Organización Mundial de la Salud. Departamento de salud mental y abuso de sustancias. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. Acceso 05 febrero 2016.

XII.- ANEXOS

	Pág.
I.- GRÁFICOS	
Diagrama 1. Reclutamiento de la población de estudio.....	57
Figura 1. Año de residencia que cursa.....	57
Figura 2. Índice de masa corporal.....	58
Figura 3. Índice de masa corporal por sexo.....	58
Figura 4. Horas jornada sin guardia por tipo de especialidad.....	59
Figura 5. Horas dormidas por noche sin guardia por tipo de especialidad.....	59
Figura 6. Horas jornada sin guardia por año de residencia.....	60
Figura 7. Horas dormidas por noche sin guardia año de residencia.....	60
II.- TABLAS	61
Tabla 1. Características de los médicos residentes.....	61
Tabla 2. Consumo de alcohol.....	62
Tabla 3. Consumo de tabaco.....	62
Tabla 4. Consumo de otras drogas.....	62
Tabla 5. Factores sociodemográficos y su relación con el riesgo de suicidio.....	63
Tabla 5A. Características de la residencia y su relación con el riesgo de suicidio.....	64
Tabla 5B. Consumo alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con el riesgo de suicidio.....	65
Tabla 6. Factores sociodemográficos y su relación con depresión mayor.....	66
Tabla 6A. Características de la residencia y su relación con depresión mayor.....	67
Tabla 6B. Consumo alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con depresión mayor.....	68
Tabla 7. Factores sociodemográficos y su relación con ansiedad generalizada.....	69
Tabla 7A. Características de la residencia y su relación con ansiedad generalizada...	70
Tabla 7B. Consumo alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con ansiedad generalizada.....	71

	Pág.
Tabla 8. Factores sociodemográficos y su relación con trastorno de pánico.....	72
Tabla 8A. Características de la residencia y su relación con trastorno de pánico.....	73
Tabla 8B. Consumo alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con trastorno de pánico	74
Tabla 9. Riesgo de suicidio y su relación con otros trastornos mentales y consumo de sustancias.....	74
Tabla 10. Análisis multivariado para riesgo de suicidio.....	75
Tabla 11. Análisis multivariado para depresión mayor.....	75
Tabla 12. Análisis multivariado para ansiedad generalizada.....	76
Tabla 13. Análisis multivariado para trastorno de pánico.....	76
Tabla 14. Factores sociodemográficos y su relación con los trastornos mentales.....	77
Tabla 14A. Factores sociodemográficos y su relación con los trastornos mentales.....	78
Tabla 15. Características de la residencia y su relación con los trastornos mentales.	79
Tabla 15A. Características de la residencia y su relación con los trastornos mentales.	80
Tabla 16. Consumo alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con los trastornos mentales.....	81
III.- CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	82
IV.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83

I.- GRÁFICOS

Diagrama 1. Reclutamiento de la población del estudio

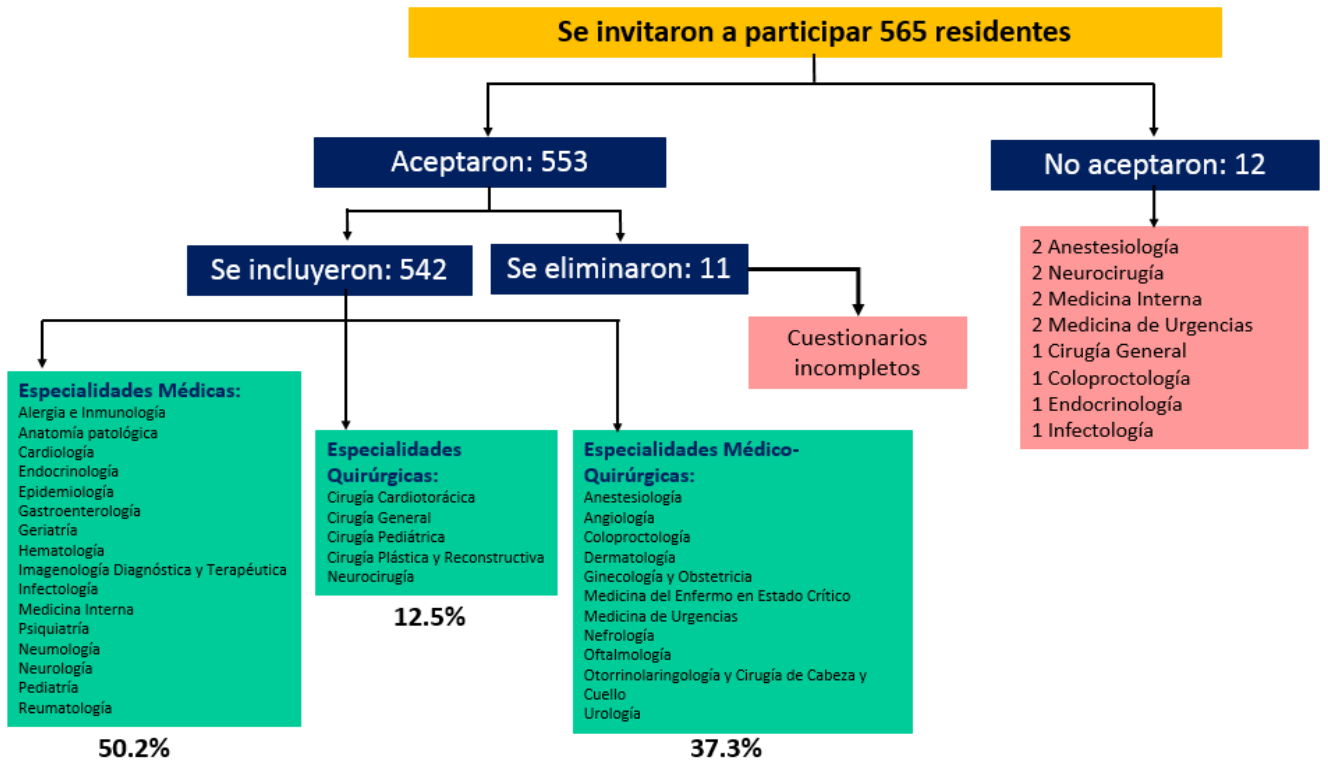


Figura 1. Año de residencia que cursa

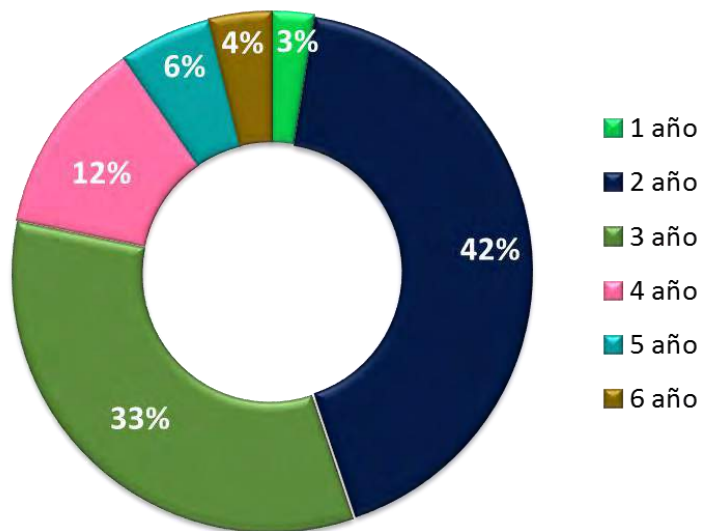
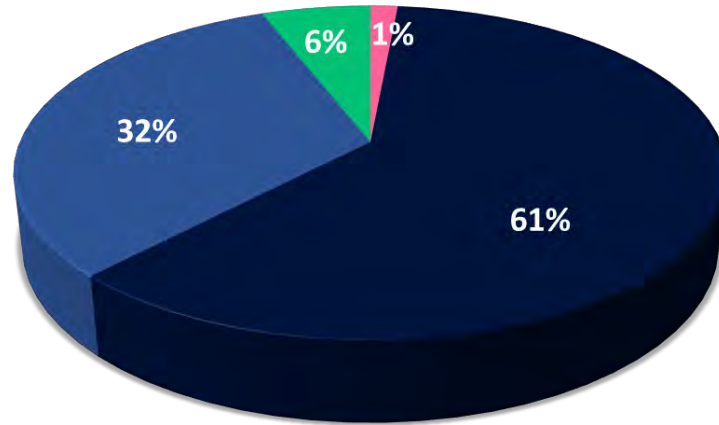


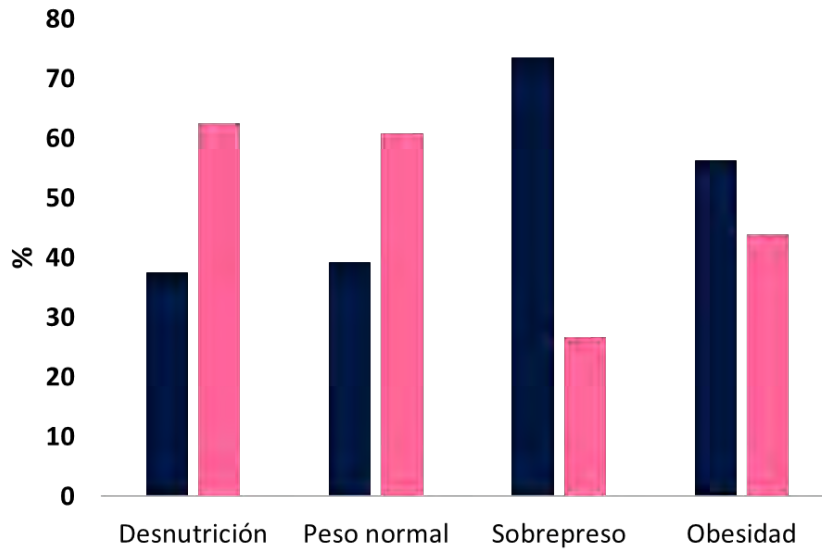
Figura 2. Índice de masa corporal



■ Desnutrición ■ Peso normal ■ Sobrepeso ■ Obesidad

N=542

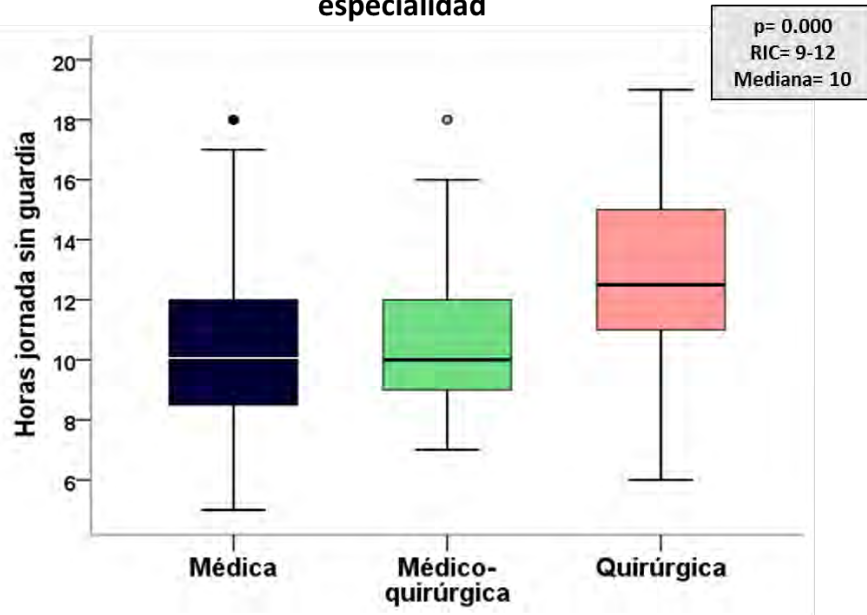
Figura 3. Índice de masa corporal por sexo



■ Hombre ■ Mujer

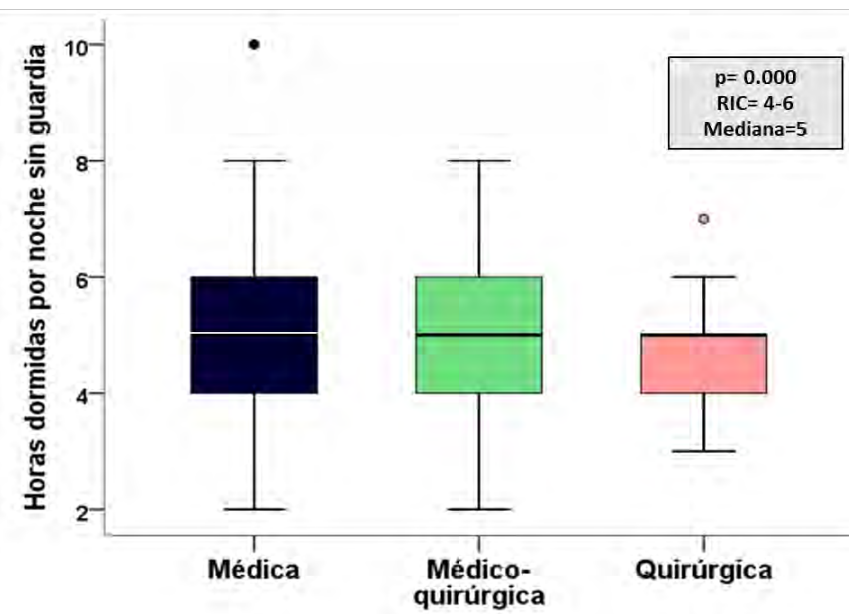
N=542

Figura 4. Horas jornada sin guardia por tipo de especialidad



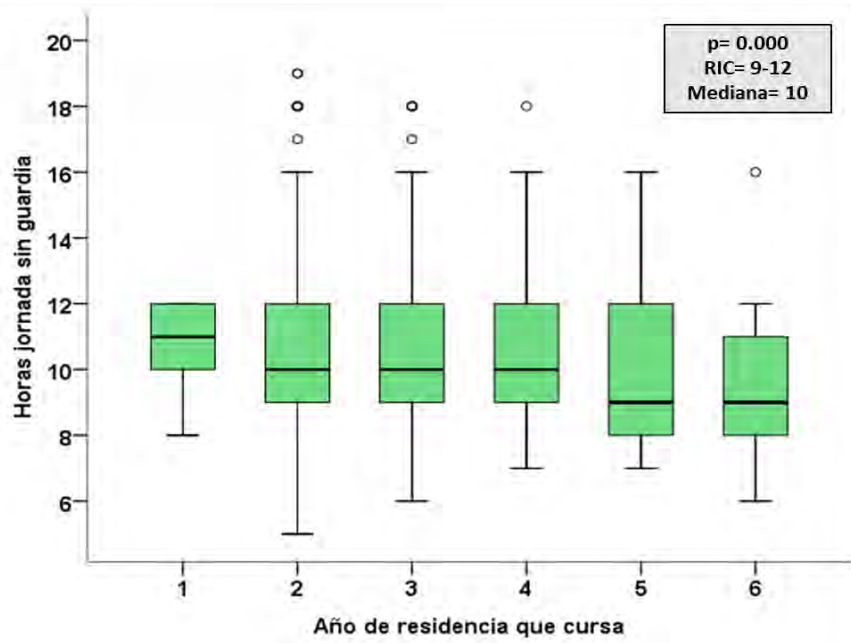
N=542

Figura 5. Horas dormidas por noche sin guardia por tipo de especialidad



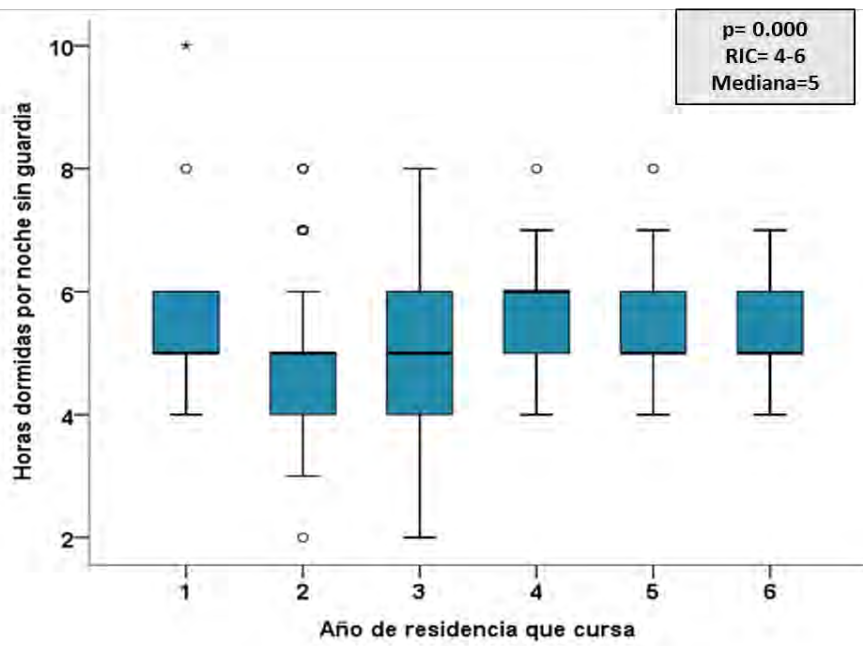
N=542

Figura 6. Horas jornada sin guardia por año de residencia que cursa



N=542

Figura 7. Horas dormidas por año de residencia que cursa



N=542

II.- TABLAS

Tabla 1. Características de los médicos residentes del HE-CMNR

Variables	n	%
Sexo		
Mujer	277	51.1
Hombre	265	48.9
Estado civil		
Soltero (a)	430	79.3
Casado (a)/Unión libre	106	19.6
Divorciado (a)/separado(a)	6	1.1
Vive con		
Solo	356	65.7
Acompañado	186	34.3
Nivel socioeconómico		
NSE bajo	51	9.4
NSE medio	367	67.7
NSE alto	124	22.9
Tiene hijos		
Si	69	12.7
No	473	87.3
Vive con sus hijos		
Si	36	52.2
No	33	47.8
Padece alguna enfermedad		
Si	61	11.3
No	481	88.7
Antecedente personal de TM		
Si	122	22.5
No	420	77.5
Antecedente familiar de TM		
Sin antecedente familiar	390	72.0
Padre/Madre	89	16.4
Hermano (a)	27	5.0
Otro	36	6.6
Importancia de la religión en su vida		
Importante	209	38.6
Regular	209	38.6
No importante	124	22.9
Actividades recreativas		
Poco frecuente	384	70.8
Frecuente	158	29.2
Tipo de guardia		
ABCDE o no realiza	52	9.6
ABCD	113	20.8
ABC	377	69.6
Horas jornada sin guardia		
> 8 horas	436	80.4
≤ 8 horas	106	19.6
Horas dormidas por día sin guardia		
≤ 5 horas	369	68.1
> 5 horas	173	31.9
Ha realizado guardias extras		
Si	244	45.0
No	298	55.0
Motivo por el que realizó guardias extras		
Necesidades personales	89	36.5
Indicación de mi residente superior	111	45.5
Indicación del médico adscrito	44	18.0
Ha pensado en renunciar a la residencia		
Si	216	39.9
No	326	60.1

Tabla 2. Consumo de alcohol en médicos residentes del HE-CMNR

Consumo	N	%
No consumen	65	12.0
Consumo sin riesgo	404	74.5
Consumo de riesgo	70	12.9
Consumo perjudicial	3	0.6
Total	542	100

Tabla 3. Consumo de tabaco en médicos residentes del HE-CMNR

Consumo	N	%
No consumen	429	79.1
Consumo sin dependencia	66	12.2
Dependencia baja	45	8.3
Dependencia moderada	2	0.4
Total	542	100

Tabla 4. Consumo de otras drogas en médicos residentes del HE-CMNR

Consumo	N	%
No consumen	392	72.4
Menos de 1 año	75	13.8
Más de 1 año	75	13.8
Total	542	100

Tabla 5. Factores sociodemográficos y su relación con el **Riesgo de Suicidio** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	RIESGO DE SUICIDIO		RMP	IC 95%	p*
	Con Riesgo n(%)	Sin Riesgo n(%)			
Sexo					
Mujer	17 (60.7)	248 (48.2)	1.66	0.76-3.70	0.25
Hombre	11 (39.3)	266 (51.8)			
Estado civil†					
Soltero (a)	24 (85.8)	406 (79.0)	2.96	0.71-12.32	
Casado (a)/Unión libre	2 (7.1)	104 (20.2)	1		0.00
Divorciado (a)/separado(a)	2 (7.1)	4 (0.8)	17.67	2.98-104.67	
Vive con					
Solo	12 (42.9)	174 (33.9)	1.46	0.68-3.16	0.41
Acompañado	16 (57.1)	340 (66.1)			
Nivel socioeconómico					
NSE bajo	2 (7.1)	49 (9.5)	1		
NSE medio	21 (75.0)	346 (67.3)	1.45	0.35-6.03	0.70
NSE alto	5 (17.9)	119 (23.2)	1.03	0.20-5.12	
Importancia religión en su vida					
Importante	6 (21.4)	203 (39.5)	1		
Regular	12 (42.9)	197 (38.3)	2.00	0.77-5.22	0.11
No importante	10 (35.7)	114 (22.2)	2.80	1.04-7.54	
Actividades recreativas					
Poco frecuente	22 (78.6)	362 (70.4)	1.53	0.61-3.87	0.40
Frecuente	6 (21.4)	152 (29.6)			
Padece alguna enfermedad					
Si	5 (17.9)	56 (10.9)	1.78	0.65-4.86	0.23
No	23 (82.1)	458 (89.1)			
Antecedente personal de TM					
Si	15 (53.6)	107 (20.8)	4.39	2.02-9.50	0.00
No	13 (46.4)	407 (79.2)			

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 5A. Características de la residencia y su relación con el **Riesgo de Suicidio** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	RIESGO DE SUICIDIO		RMP	IC 95%	p*
	Con Riesgo n(%)	Sin Riesgo n(%)			
Año de residencia que cursa					
1° año	1 (3.6)	24 (4.7)	4.64	0.30-71.71	0.11
2° año	15 (53.6)	205 (39.9)	7.91	1.05-59.12	
3° año	11 (39.3)	170 (33.1)	7.04	0.92-53.88	
4° año o más	1 (3.6)	115 (22.4)	1		
Tipo de guardia					
ABCDE o no realiza	5 (17.9)	47 (9.2)	2.79	1.03-7.50	0.02
ABCD	10 (35.7)	103 (20.0)	2.57	1.15-5.70	
ABC	13 (46.4)	364 (70.8)	1		
Tipo de especialidad					
Médica	9 (32.1)	263 (51.2)	1		0.07
Médico-quirúrgica	16 (57.1)	186 (36.2)	2.39	1.07-5.30	
Quirúrgica	3 (10.8)	65 (12.6)	1.33	0.37-4.80	
Fatiga laboral					
Rara vez	4 (14.5)	152 (29.6)	1		0.00
Frecuente	13 (46.4)	280 (54.5)	0.41	0.09-1.82	
Diario	11 (39.3)	82 (16.0)	4.61	1.51-14.07	
Horas jornada sin guardia					
> 8 horas	23 (82.1)	413 (80.4)	1.12	0.41-3.03	1.00
≤ 8 horas	5 (17.9)	101 (19.6)			
Agotamiento emocional					
Sin agotamiento	2 (7.1)	74 (14.4)	1		0.55
Agotamiento leve	9 (32.1)	160 (31.1)	2.02	0.44-9.14	
Agotamiento moderado-alto	17 (10.7)	280 (54.5)	2.18	0.51-9.21	
Sueño satisfactorio					
Satisfactorio	19 (67.9)	213 (41.4)	1		0.02
Medianamente satisfactorio	8 (28.6)	230 (44.7)	0.41	0.18-0.91	
Insatisfactorio	1 (3.6)	71 (13.8)	0.16	0.02-1.24	
Disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien					
Ningún día	2 (7.1)	76 (14.8)	1		0.00
1 a 3 días	16 (57.1)	371 (72.2)	1.61	0.38-6.87	
4-7días	10 (35.7)	67 (13.0)	5.06	1.14-22.36	
Horas dormidas por día sin guardia					
≤ 5 horas	18 (64.3)	351 (68.3)	0.84	0.38-1.85	0.68
> 5 horas	10 (35.7)	163 (31.7)			

* Chi cuadrada de Pearson

Tabla 5B. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con el **Riesgo de Suicidio** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	RIESGO DE SUICIDIO		RMP	IC 95%	p*
	Con Riesgo n(%)	Sin Riesgo n(%)			
Consumo de alcohol†					
No consumen	3 (10.7)	62 (12.1)	1		
Consumo sin riesgo	14 (50.0)	390 (75.9)	0.75	0.22-2.54	0.00
Consumo de riesgo	11 (39.3)	59 (11.5)	3.40	0.99-11.66	
Consumo perjudicial	0	3 (0.6)			
Consumo de tabaco†					
No consumen	14 (50.0)	415 (80.7)	1		
C. sin dependencia	5 (17.9)	61 (11.9)	2.32	0.86-6.23	0.00
C. con dependencia baja	8 (28.6)	37 (7.2)	5.45	2.41-12.27	
C. con dependencia moderada	1 (3.6)	1 (0.2)	15.32	3.49-67.20	
Consumo de drogas					
No consumen	18 (64.2)	374 (72.8)	1		
Ultimo consumo ≤ 1 año	5 (17.9)	70 (13.6)	1.45	0.55-3.80	0.62
Ultimo consumo > 1 año	5 (17.9)	70 (13.6)	1.45	0.55-3.80	

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 6. Factores sociodemográficos y su relación con **Depresión mayor** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	DEPRESIÓN MAYOR		RMP	IC 95%	p*
	Con Depresión n(%)	Sin Depresión n(%)			
Sexo					
Mujer	36 (54.5)	229 (48.1)	1.29	0.77-2.17	0.36
Hombre	30 (45.5)	247 (51.9)			
Estado civil					
Soltero (a)	50 (75.8)	380 (79.8)	1		0.41
Casado (a)/Unión libre	16 (24.2)	90 (18.9)	1.30	0.77-2.18	
Divorciado (a)/separado(a)	0	6 (1.3)			
Vive con					
Solo	24 (36.4)	162 (34.0)	1.10	0.64-1.90	0.78
Acompañado	42 (63.6)	314 (66.0)			
Nivel socioeconómico					
NSE bajo	5 (7.6)	46 (9.7)	1		0.61
NSE medio	43 (65.2)	324 (68.1)	1.20	0.50-2.87	
NSE alto	18 (27.3)	106 (22.3)	1.48	0.58-3.77	
Importancia de la religión en su vida					
Importante	22 (33.3)	187 (39.3)	1		0.55
Regular	26 (39.4)	183 (38.4)	1.18	0.69-2.01	
No importante	18 (27.3)	106 (22.3)	1.38	0.77-2.47	
Actividades recreativas					
Poco frecuente	49 (74.2)	335 (70.4)	1.21	0.68-2.18	0.52
Frecuente	17 (25.8)	141 (29.6)			
Padece alguna enfermedad					
Si	10 (15.2)	51 (10.7)	1.48	0.72-3.10	0.29
No	56 (84.8)	425 (83.9)			
Antecedente personal de TM					
Si	31 (47.0)	91 (19.1)	3.74	2.20-6.40	0.00
No	35 (53.0)	385 (80.9)			
Antecedente familiar de TM					
Sin antecedente familiar	46 (69.7)	344 (72.3)	1		0.96
Padre/Madre	12 (18.2)	77 (16.2)	1.14	0.63-2.06	
Hermano (a)	3 (4.5)	24 (5.0)	0.94	0.31-2.83	
Otro	5 (7.6)	31 (6.5)	1.18	0.50-2.78	

* Chi cuadrada de Pearson

Tabla 6A. Características de la residencia y su relación con **Depresión mayor** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	DEPRESIÓN MAYOR		RMP	IC 95%	p*
	Con Depresión n(%)	Sin Depresión n(%)			
Año de residencia que cursa					
1° año	4 (6.1)	21 (4.4)	3.71	1.07-12.84	0.02
2° año	35 (53.0)	185 (38.9)	3.69	1.48-9.16	
3° año	22 (33.3)	159 (33.4)	2.81	1.09-7.23	
4° año o más	5 (7.6)	111 (23.3)	1		
Tipo de guardia					
ABCDE o no realiza	6 (9.1)	46 (8.7)	1		0.64
ABCD	11 (16.7)	102 (21.4)	0.84	0.33-2.16	
ABC	49 (74.2)	328 (68.9)	1.13	0.50-2.50	
Tipo de especialidad					
Médica	35 (53.0)	237 (49.8)	1		0.11
Médico-quirúrgica	28 (42.4)	174 (36.6)	1.07	0.67-1.71	
Quirúrgica	3 (4.6)	65 (13.6)	0.34	0.10-1.08	
Fatiga laboral					
Rara vez	2 (3.0)	154 (32.4)	1		0.00
Frecuente	32 (48.5)	261 (54.8)	8.51	2.06-35.07	
Diario	32 (48.5)	61 (12.8)	26.83	6.58-109.41	
Horas jornada sin guardia					
> 8 horas	57 (86.4)	379 (79.6)	1.62	0.78-3.38	0.25
≤ 8 horas	9 (13.6)	97 (20.4)			
Agotamiento emocional					
Sin agotamiento	1 (1.6)	75 (16.0)	1		0.00
Agotamiento leve	9 (13.6)	159 (33.4)	4.07	0.52-31.56	
Agotamiento moderado-alto	56 (84.8)	241 (50.6)	14.33	2.01-101.86	
Sueño satisfactorio					
Satisfactorio	43 (65.2)	189 (39.7)	1		0.00
Medianamente satisfactorio	19 (28.8)	219 (46.0)	0.43	0.26-0.71	
Insatisfactorio	4 (6.1)	68 (14.3)	0.30	0.11-0.80	
Disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien					
Ningún día	3 (4.5)	75 (15.8)	1		0.00
1 a 3 días	33 (50.0)	354 (74.3)	2.21	0.70-7.04	
4-7 días	30 (45.5)	47 (9.9)	10.12	3.22-31.80	
Horas dormidas por día sin guardia					
≤ 5 horas	49 (74.2)	320 (67.2)	1.40	0.78-2.51	0.32
> 5 horas	17 (25.8)	156 (32.8)			

* Chi cuadrada de Pearson

Tabla 6B. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con **Depresión mayor** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	DEPRESIÓN MAYOR		RMP	IC 95%	p*
	Con Depresión n(%)	Sin Depresión n(%)			
Consumo de alcohol					
No consumen	9 (13.6)	56 (11.8)	1		0.00
Consumo sin riesgo	36 (54.5)	368(77.3)	0.64	0.33-1.27	
Consumo de riesgo	20 (30.3)	50 (10.5)	2.06	1.01-4.20	
Consumo perjudicial	1 (1.5)	2 (0.4)	2.41	0.43-13.33	
Consumo de tabaco					
No consumen	46 (69.7)	383 (80.5)	1		0.00
C. sin dependencia	7 (10.6)	59 (12.4)	0.99	0.47-2.09	
C. con dependencia baja	13 (19.7)	32 (6.7)	2.70	1.58-4.60	
C. con dependencia moderada	0	2 (0.4)			
Consumo de drogas					
No consumen	46 (69.7)	346 (72.7)	1.00		0.53
Ultimo consumo ≤ 1 año	12 (18.2)	63 (13.2)	1.36	0.76-2.45	
Ultimo consumo > 1 año	8 (12.1)	67 (14.1)	0.90	0.45-1.85	

* Chi cuadrada de Pearson

Tabla 7. Factores sociodemográficos y su relación con **Ansiedad generalizada** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	ANSIEDAD GENERALIZADA		RMP	IC 95%	p*
	Con ansiedad n(%)	Sin ansiedad n(%)			
Sexo					
Hombre	100 (44.2)	177 (56.0)	0.62	0.44-0.88	0.01
Mujer	126 (55.8)	139 (44.0)			
Estado civil†					
Soltero (a)	184 (81.4)	246 (77.8)	1.16	0.88-1.52	0.49
Casado (a)/Unión libre	39 (17.2)	67 (21.2)	1		
Divorciado (a)/separado(a)	3 (1.4)	3 (1.0)	1.36	0.58-3.14	
Vive con					
Solo	74 (32.7)	112 (35.4)	0.88	0.61-1.27	0.52
Acompañado	152 (67.3)	204 (64.6)			
Nivel socioeconómico					
NSE bajo	20 (8.8)	31 (9.8)	1		0.54
NSE medio	149 (65.9)	218 (69.0)	1.03	0.72-1.49	
NSE alto	57 (25.2)	67 (21.2)	1.17	0.80-1.73	
Importancia de la religión en su vida					
Importante	91 (40.3)	118 (37.3)	1		0.24
Regular	78 (34.5)	131 (41.5)	0.86	0.68-1.08	
No importante	57 (25.2)	67 (21.2)	1.05	0.82-1.35	
Actividades recreativas					
Poco frecuente	174 (77.0)	210 (66.5)	1.69	1.15-2.49	0.01
Frecuente	52 (23.0)	106 (33.5)			
Padece alguna enfermedad					
Si	26 (11.5)	35 (11.1)	1.04	0.61-1.79	0.88
No	200 (88.5)	281 (88.9)			
Antecedente personal de TM					
Si	74 (32.7)	48 (15.2)	2.72	1.80-4.11	0.00
No	152 (67.3)	268 (84.8)			
Antecedente familiar de TM					
Sin antecedente familiar	144 (63.7)	246 (77.8)	1		0.00
Padre/Madre	53 (23.5)	36 (11.4)	1.61	1.30-1.99	
Hermano (a)	13 (5.8)	14 (4.4)	1.30	0.86-1.97	
Otro	16 (7.0)	20 (6.4)	1.20	0.81-1.77	

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 7A. Características de la residencia y su relación con **Ansiedad generalizada** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	ANSIEDAD GENERALIZADA		RMP	IC 95%	p*
	Con ansiedad n(%)	Sin ansiedad n(%)			
Año de residencia que cursa					
1° año	7 (3.1)	18 (5.7)	0.79	0.40-1.55	0.16
2° año	99 (43.8)	121 (38.3)	1.27	0.95-1.70	
3° año	79 (35.0)	102 (32.3)	1.23	0.91-1.66	
4° año o más	41 (18.1)	75 (23.7)	1		
Tipo de guardia					
ABCDE o no realiza	16 (7.1)	36 (11.4)	1		0.18
ABCD	45 (19.9)	68 (21.5)	1.29	0.81-2.06	
ABC	165 (73.0)	212 (67.1)	1.42	0.93-2.17	
Tipo de especialidad					
Médica	105 (38.6)	167 (61.4)	1		0.10
Médico-quirúrgica	96 (47.5)	106 (52.5)	1.23	0.99-1.51	
Quirúrgica	25 (36.8)	43 (63.2)	0.95	0.67-1.34	
Fatiga laboral					
Rara vez	22 (9.7)	134 (42.4)	1		0.00
Frecuente	135 (59.7)	158 (50.0)	3.26	2.17-4.90	
Diario	69 (30.5)	24 (7.6)	5.26	3.50-7.90	
Horas jornada sin guardia					
> 8 horas	190 (84.1)	246 (77.8)	1.5	0.96-2.34	0.08
≤ 8 horas	36 (15.9))	70 (22.2)			
Agotamiento emocional					
Sin agotamiento	7 (3.1)	69 (21.8)	1		0.00
Agotamiento leve	46 (20.4)	123 (38.9)	2.96	1.39-6.24	
Agotamiento moderado-alto	173 (76.5)	124 (39.3)	6.32	3.10-12.90	
Sueño satisfactorio					
Satisfactorio	119 (52.7)	113 (35.8)	1		0.00
Medianamente satisfactorio	93 (41.2)	145 (45.9)	0.76	0.62-0.93	
Insatisfactorio	14 (6.2)	58 (18.4)	0.37	0.23-0.61	
Disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien					
Ningún día	13 (5.8)	65 (20.6)	1		0.00
1 a 3 días	164 (72.6)	223 (70.6)	2.54	1.52-4.23	
4-7días	49 (21.6)	28 (8.9)	3.81	2.26-6.44	
Horas dormidas por día sin guardia					
≤ 5 horas	170 (75.2)	199 (63.0)	1.78	1.22-2.60	0.00
> 5 horas	56 (24.8)	117 (37.0)			

* Chi cuadrada de Pearson

Tabla 7B. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con **Ansiedad generalizada** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	ANSIEDAD GENERALIZADA		RMP	IC 95%	p*
	Con ansiedad n(%)	Sin ansiedad n(%)			
Consumo de alcohol†					
No consumen	16 (7.1)	49 (15.5)	1		
Consumo sin riesgo	168 (74.3)	236 (74.7)	1.68	1.08-2.62	0.00
Consumo de riesgo	40 (17.7)	30 (9.5)	2.32	1.45-3.71	
Consumo perjudicial	2 (0.9)	1 (0.3)	2.70	1.09-6.70	
Consumo de tabaco†					
No consumen	165 (73.0)	264 (83.5)	1		
C. sin dependencia	36 (15.9)	30 (9.5)	1.20	0.89-1.63	0.01
C. con dependencia baja	25 (11.1)	20 (6.3)	1.45	1.08-1.92	
C. con dependencia moderada	0	2 (0.7)			
Consumo de drogas					
No consumen	141 (62.4)	251 (79.4)	1		
Ultimo consumo ≤ 1 año	43 (19.0)	32 (10.1)	1.60	1.26-2.01	0.00
Ultimo consumo > 1 año	42 (18.6)	33 (10.4)	1.56	1.22-1.98	

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 8. Factores sociodemográficos y su relación con **Trastorno de pánico** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	TRASTORNO DE PANICO		RMP	IC 95%	p*
	Con trastorno de pánico n(%)	Sin trastorno de pánico n(%)			
Sexo					
Mujer	20 (52.6)	245 (48.6)	1.17	0.60-2.27	0.74
Hombre	18 (47.4)	259 (51.4)			
Estado civil					
Soltero (a)	29 (76.3)	401 (79.6)	0.90	0.42-1.90	0.62
Casado (a)/Unión libre	8 (21.1)	98 (19.5)	1		
Divorciado (a)/separado(a)	1 (2.6)	5 (0.9)	2.20	0.32-14.90	
Vive con					
Solo	12 (31.6)	174 (34.5)	1.14	0.56-2.31	0.86
Acompañado	26 (68.4)	330 (65.5)			
Nivel socioeconómico					
NSE bajo	2 (5.3)	49 (9.7)	1		0.62
NSE medio	26 (68.4)	341 (67.7)	1.80	0.44-7.38	
NSE alto	10 (26.3)	114 (22.6)	2.05	0.46-9.05	
Importancia de la religión en su vida					
Importante	11 (28.9)	198 (39.3)	1		0.45
Regular	17 (44.7)	192 (38.1)	1.54	0.74-3.21	
No importante	10 (26.4)	114 (22.6)	1.53	0.67-3.50	
Actividades recreativas					
Poco frecuente	29 (76.3)	355 (70.4)	1.35	0.63-2.93	0.44
Frecuente	9 (23.7)	149 (29.6)			
Padece alguna enfermedad					
Si	8 (21.1)	53 (10.5)	2.27	0.99-5.20	0.05
No	30 (78.9)	451 (89.5)			
Antecedente personal de TM					
Si	24 (63.2)	98 (19.4)	7.10	3.54-14.23	0.00
No	14 (36.8)	406 (80.6)			
Antecedente familiar de TM†					
Sin antecedente familiar	23 (60.5)	367 (72.8)	1		0.35
Padre/Madre	10 (26.3)	79 (15.7)	1.90	0.94-3.86	
Hermano (a)	2 (5.3)	25 (5.0)	1.25	0.31-5.04	
Otro	3 (7.9)	33 (6.5)	1.41	0.44-4.48	

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 8A. Características de la residencia y su relación con el **Trastorno de pánico** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	TRASTORNO DE PÁNICO		RMP	IC 95%	p*
	Con trastorno de pánico n(%)	Sin trastorno de pánico n(%)			
Año de residencia que cursa †					
1° año	1 (2.6)	25 (5.0)	1.11	0.13-9.57	0.17
2° año	15 (39.5)	204 (40.5)	1.98	0.67-5.84	
3° año	18 (47.4)	163 (32.3)	2.88	1.00-8.30	
4° año o más	4 (10.5)	112 (22.2)	1		
Tipo de guardia					
ABCDE o no realiza	4 (10.5)	48 (9.5)	1.11	0.40-3.06	0.98
ABCD	8 (21.1)	105 (20.9)	1.03	0.48-2.20	
ABC	26 (68.4)	351 (69.6)	1		
Tipo de especialidad					
Médica	18 (47.4)	254 (50.4)	1		0.79
Médico-quirúrgica	16 (42.1)	186 (36.9)	1.19	0.62-2.28	
Quirúrgica	4 (10.5)	64 (12.7)	0.89	0.31-2.54	
Fatiga laboral					
Rara vez	5 (13.2)	151 (30.0)	1		0.00
Frecuente	14 (36.8)	279 (55.4)	1.5	0.54-4.06	
Diario	19 (50.0)	74 (14.6)	6.37	2.46-16.50	
Horas jornada sin guardia					
> 8 horas	32 (84.2)	404 (80.2)	1.32	0.53-3.24	0.67
≤ 8 horas	6 (15.8)	100 (19.8)			
Agotamiento emocional					
Sin agotamiento	1 (2.6)	75 (14.9)	1		0.00
Agotamiento leve	9 (23.7)	160 (31.7)	1.49	0.54-4.06	
Agotamiento moderado-alto	28 (73.7)	269 (53.4)	6.37	2.46-16.50	
Sueño satisfactorio					
Satisfactorio	23 (60.5)	209 (41.5)	1		0.07
Medianamente satisfactorio	12 (31.6)	226 (44.8)	0.51	0.26-1.00	
Insatisfactorio	3 (7.9)	69 (13.7)	0.42	0.13-1.36	
Disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien					
Ningún día	2 (5.3)	76 (15.1)	1		0.00
1 a 3 días	17 (44.7)	370 (73.4)	1.71	0.40-7.26	
4-7 días	19 (50.0)	58 (11.5)	9.62	2.32-39.91	
Horas dormidas por día sin guardia					
≤ 5 horas	31 (81.6)	338 (67.1)	2.17	0.94-5.04	0.072
> 5 horas	7 (18.4)	166 (32.9)			

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 8B. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con el **Trastorno de pánico** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	TRASTORNO DE PÁNICO		RMP	IC 95%	p*
	Con trastorno de pánico n(%)	Sin trastorno de pánico n(%)			
Consumo de alcohol†					
No consumen	5 (13.2)	60 (11.9)	1		
Consumo sin riesgo	22 (57.8)	382 (75.8)	0.70	0.28-1.80	0.00
Consumo de riesgo	9 (23.7)	61 (12.1)	1.68	0.60-4.72	
Consumo perjudicial	2 (5.3)	1 (0.2)	8.67	2.71-27.70	
Consumo de tabaco†					
No consumen	26 (68.4)	403 (80.0)	1		
C. sin dependencia	3 (7.9)	63 (12.5)	0.75	0.23-2.40	0.00
C. con dependencia baja	8 (21.1)	37 (7.3)	2.93	1.41-6.08	
C. con dependencia moderada	1 (2.6)	1 (0.2)	8.25	1.96-34.65	
Consumo de drogas					
No consumen	22 (57.9)	370 (73.4)	1		
Ultimo consumo ≤ 1 año	10 (26.3)	65 (12.9)	2.37	1.17-4.81	0.05
Ultimo consumo > 1 año	6 (15.8)	69 (13.7)	1.42	0.60-3.40	

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 9. Riesgo de Suicidio y su relación con otros trastornos mentales y el consumo de sustancias en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	RIESGO DE SUICIDIO		RMP	IC 95%	p*
	Con Riesgo n(%)	Sin Riesgo n(%)			
Depresión mayor					
Si	12 (42.9)	54 (10.5)	6.39	2.87-14.21	0.00
No	16 (57.1)	460 (89.5)			
Ansiedad generalizada					
Si	19 (67.9)	207 (40.3)	3.13	1.38-7.05	0.01
No	9 (32.1)	307 (59.7)			
Trastorno de pánico					
Si	9 (32.1)	307 (59.7)	0.32	0.14-0.71	0.01
No	19 (67.9)	207 (40.3)			
Consumo de alcohol†					
Si	25 (89.3)	452 (87.9)	1.14	0.33-3.89	1.00
No	3 (10.7)	62 (12.1)			
Consumo de tabaco					
Si	14 (50.0)	99 (19.3)	4.19	1.93-9.07	0.00
No	14 (50.0)	415 (80.7)			
Consumo de drogas					
Si	10 (35.7)	140 (27.2)	1.48	0.66-3.29	0.39
No	18 (64.3)	374 (72.8)			

* Chi cuadrada de Pearson

† Prueba exacta de Fisher

Tabla 10. Análisis multivariado para **Riesgo de Suicidio** en médicos residentes del HE-CMNR

Variable	RMP	IC 95%	p	B
Soltero	5.64	1.04-30.30	0.04	1.73
Antecedente personal de TM	3.67	1.49-9.05	0.01	1.30
Depresión mayor	4.99	1.87-13.30	0.00	1.61
Especialidad médico-quirúrgica	3.83	1.46-10.06	0.01	1.34
Guardia ABC	0.17	0.04-0.63	0.01	-1.82
Dependencia baja/moderada al tabaco	8.43	2.78-25.58	0.00	2.13

Tabla 11. Análisis multivariado para **Depresión mayor** en médicos residentes del HE-CMNR

Variable	RMP	IC 95%	p	B
Soltero	0.52	0.23-1.06	0.07	-0.68
Antecedente personal de TM	1.90	0.98-3.68	0.06	0.64
Trastorno de ansiedad	7.82	3.45-17.67	0.00	2.05
Trastorno de pánico	4.03	1.68-9.62	0.00	1.39
Consumo de alcohol sin riesgo	0.38	0.14-0.99	0.54	-0.97
Cursar 2° año de residencia	3.98	1.32-11.93	0.01	1.38
Cursar 1° año de residencia	6.38	1.30-31.21	0.02	1.85
Fatiga laboral (frecuente-diario)	5.55	1.26-24.41	0.02	1.71
Sueño satisfactorio	0.54	0.28-1.01	0.06	-0.62

Tabla 12. Análisis multivariado para **Ansiedad generalizada** en médicos residentes del HE-CMNR

Variable	RMP	IC 95%	p	B
Mujer	1.69	1.12-2.54	0.01	0.53
Antecedente familiar de TM	1.94	1.25-3.01	0.00	0.66
Depresión mayor	9.57	4.33-21.14	0.00	2.26
Consumo de alcohol sin riesgo	2.62	1.30-5.30	0.01	0.96
Consumo de alcohol de riesgo/perjudicial	2.54	1.04-6.19	0.04	0.93
Ultimo consumo de drogas ≤ 1 año	2.09	1.17-3.73	0.01	0.74
Ultimo consumo de drogas > 1 año	2.21	1.21-4.03	0.01	0.80
Fatiga laboral (frecuente-diario)	4.11	2.42-6.97	0.00	1.41
Disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien	2.63	1.28-5.41	0.01	0.97

Tabla 13. Análisis multivariado para **Trastorno de pánico** en médicos residentes del HE-CMNR

Variable	RMP	IC 95%	p	B
Padece alguna enfermedad actualmente	1.87	0.71-4.90	0.20	0.63
Antecedente personal de TM	4.54	2.11-9.72	0.00	1.51
Depresión mayor	4.78	2.16-10.56	0.00	1.57
Riesgo de suicidio	3.99	1.44-10.97	0.01	1.38
Cursar 3° año de residencia	2.00	0.59-6.80	0.27	0.69
≤ 5 horas dormidas por día	2.52	0.95-6.73	0.07	0.92
Ultimo consumo de drogas > 1 año	1.92	0.77-4.76	0.16	0.65

Tabla 14. Factores sociodemográficos y su relación con los **Trastornos mentales** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	Riesgo de suicidio			Depresión mayor			Ansiedad generalizada			Trastorno de pánico		
	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%
Sexo												
Mujer	17 (60.7)	1.66	0.76-3.70	36 (54.5)	1.29	0.77-2.17	100 (44.2)	0.62	0.44-0.88	20 (52.6)	1.17	0.60-2.27
Hombre	11 (39.3)			30 (45.5)			126 (55.8)			18 (47.4)		
Estado civil†												
Soltero (a)	24 (85.8)	2.96	0.71-12.32	50 (75.8)	1		184 (81.4)	1.16	0.88-1.52	29 (76.3)	0.90	0.42-1.90
Casado (a)/Unión libre	2 (7.1)	1		16 (24.2)	1.30	0.77-2.18	39 (17.2)	1		8 (21.1)	1	
Divorciado (a)/separado(a)	2 (7.1)	17.67	2.98-104.67	0			3 (1.4)	1.36	0.58-3.14	1 (2.6)	2.20	0.32-14.90
Vive con												
Solo	12 (42.9)	1.46	0.68-3.16	24 (36.4)	1.10	0.64-1.90	74 (32.7)	0.88	0.61-1.27	12 (31.6)	1.14	0.56-2.31
Acompañado	16 (57.1)			42 (63.6)			152 (67.3)			26 (68.4)		
Nivel socioeconómico												
NSE bajo	2 (7.1)	1		5 (7.6)	1		20 (8.8)	1		2 (5.3)	1	
NSE medio	21 (75.0)	1.45	0.35-6.03	43 (65.2)	1.20	0.50-2.87	149 (65.9)	1.03	0.72-1.49	26 (68.4)	1.80	0.44-7.38
NSE alto	5 (17.9)	1.03	0.20-5.12	18 (27.3)	1.48	0.58-3.77	57 (25.2)	1.17	0.80-1.73	10 (26.3)	2.05	0.46-9.05

*Chi cuadrada de Pearson

†Prueba exacta de Fisher

Tabla 14A. Factores sociodemográficos y su relación con los **Trastornos mentales** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	Riesgo de suicidio		Depresión mayor		Ansiedad generalizada		Trastorno de pánico	
	n(%)	RMP IC 95%	n(%)	RMP IC 95%	n(%)	RMP IC 95%	n(%)	RMP IC 95%
Importancia de la religión en su vida								
Importante	6 (21.4)	1	22 (33.3)	1	91 (40.3)	1	11 (28.9)	1
Regular	12 (42.9)	2.00	26 (39.4)	1.18	78 (34.5)	0.86	17 (44.7)	1.54
No importante	10 (35.7)	2.80	18 (27.3)	1.38	57 (25.2)	1.05	10 (26.4)	1.53
Actividades recreativas								
Poco frecuente	22 (78.6)	1.53	49 (74.2)	1.21	174 (77.0)	1.69	29 (76.3)	1.35
Frecuente	6 (21.4)		17 (25.8)		52 (23.0)		9 (23.7)	
Padece alguna enfermedad								
Si	5 (17.9)	1.78	10 (15.2)	1.48	26 (11.5)	1.04	8 (21.1)	2.27
No	23 (82.1)		56 (84.8)		200 (88.5)		30 (78.9)	
Antecedente personal de TM								
Si	15 (53.6)	4.39	31 (47.0)	3.74	74 (32.7)	2.72	24 (63.2)	7.10
No	13 (46.4)		35 (53.0)		152 (67.3)		14 (36.8)	
Antecedente familiar de TM								
Sin antecedente familiar	22 (78.5)	1	46 (69.7)	1	144 (63.7)	1	23 (60.5)	1
Padre/Madre	4 (14.5)	0.80	12 (18.2)	1.14	53 (23.5)	1.61	10 (26.3)	1.90
Hermano (a)	1 (3.6)	0.66	3 (4.5)	0.94	13 (5.8)	1.30	2 (5.3)	1.25
Otro	1 (3.6)	0.49	5 (7.6)	1.18	16 (7.0)	1.20	3 (7.9)	1.41

*Chi cuadrada de Pearson

†Prueba exacta de Fisher

Tabla 15. Características de la residencia y su relación con los **Trastornos mentales** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	Riesgo de suicidio		Depresión mayor		Ansiedad generalizada		Trastorno de pánico					
	n(%)	RMP	n(%)	RMP	n(%)	RMP	n(%)	RMP				
Año de residencia que cursa												
1° año	1 (3.6)	4.64	0.30-71.71	4 (6.1)	3.71	1.07-12.84	7 (3.1)	0.79	0.40-1.55	1 (2.6)	1.11	0.13-9.57
2° año	15 (53.6)	7.91	1.05-59.12	35 (53.0)	3.69	1.48-9.16	99 (43.8)	1.27	0.95-1.70	15 (39.5)	1.98	0.67-5.84
3° año	11 (39.3)	7.04	0.92-53.88	22 (33.3)	2.81	1.09-7.23	79 (35.0)	1.23	0.91-1.66	18 (47.4)	2.88	1.00-8.30
4° año o más	1 (3.6)	1		5 (7.6)	1		41 (18.1)	1		4 (10.5)	1	
Tipo de guardia												
ABCDE o no realiza	5 (17.9)	2.79	1.03-7.50	6 (9.1)	1		16 (7.1)	1		4 (10.5)	1.11	0.40-3.06
ABCD	10 (35.7)	2.57	1.15-5.70	11 (16.7)	0.84	0.33-2.16	45 (19.9)	1.29	0.81-2.06	8 (21.1)	1.03	0.48-2.20
ABC	13 (46.4)	1		49 (74.2)	1.13	0.50-2.50	165 (73.0)	1.42	0.93-2.17	26 (68.4)	1	
Tipo de especialidad												
Médica	9 (32.1)	1		35 (53.0)	1		105 (38.6)	1		18 (47.4)	1	
Médico-quirúrgica	16 (57.1)	2.39	1.07-5.30	28 (42.4)	1.07	0.67-1.71	96 (47.5)	1.23	0.99-1.51	16 (42.1)	1.19	0.62-2.28
Quirúrgica	3 (10.8)	1.33	0.37-4.80	3 (4.6)	0.34	0.10-1.08	25 (36.8)	0.95	0.67-1.34	4 (10.5)	0.89	0.31-2.54
Fatiga laboral												
Rara vez	4 (14.5)	1		2 (3.0)	1		22 (9.7)	1		5 (13.2)	1	
Frecuente	13 (46.4)	0.41	0.09-1.82	32 (48.5)	8.51	2.06-35.07	135 (59.7)	3.26	2.17-4.90	14 (36.8)	1.5	0.54-4.06
Diario	11 (39.3)	4.61	1.51-14.07	32 (48.5)	26.83	6.58-109.41	69 (30.5)	5.26	3.50-7.90	19 (50.0)	6.37	2.46-16.50
Horas jornada sin guardia												
> 8 horas	23 (82.1)	1.12	0.41-3.03	57 (86.4)	1.62	0.78-3.38	190 (84.1)	1.50	0.96-2.34	32 (84.2)	1.32	0.53-3.24
≤ 8 horas	5 (17.9)			9 (13.6)			36 (15.9))			6 (15.8)		

*Chi cuadrada de Pearson

†Prueba exacta de Fisher

Tabla 15A. Características de la residencia y su relación con los **Trastornos mentales** en médicos residentes del HE-CMNR

Variables	Riesgo de suicidio			Depresión mayor			Ansiedad generalizada			Trastorno de pánico		
	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%
Agotamiento emocional												
Sin agotamiento	2 (7.1)	1	1 (1.6)	1	7 (3.1)	1	1 (2.6)	1		1		
Agotamiento leve	9 (32.1)	2.02	0.44-9.14	9 (13.6)	4.07	0.52-31.56	46 (20.4)	2.96	1.39-6.24	9 (23.7)	1.49	0.54-4.06
Agotamiento moderado-alto	17 (10.7)	2.18	0.51-9.21	56 (84.8)	14.33	2.01-101.86	173 (76.5)	6.32	3.10-12.90	28 (73.7)	6.37	2.46-16.50
Sueño satisfactorio												
Satisfactorio	19 (67.9)	1	43 (65.2)	1	119 (52.7)	1	23 (60.5)	1				
Medianamente satisfactorio	8 (28.6)	0.41	0.18-0.91	19 (28.8)	0.43	0.26-0.71	93 (41.2)	0.76	0.62-0.93	12 (31.6)	0.51	0.26-1.00
Insatisfactorio	1 (3.6)	0.16	0.02-1.24	4 (6.1)	0.30	0.11-0.80	14 (6.2)	0.38	0.23-0.61	3 (7.9)	0.42	0.13-1.36
Disminución del funcionamiento sociolaboral por no dormir bien												
Ningún día	2 (7.1)	1	3 (4.5)	1	13 (5.8)	1	2 (5.3)	1				
1 a 3 días	16 (57.1)	1.61	0.38-6.87	33 (50.0)	2.21	0.70-7.04	164 (72.6)	2.54	1.52-4.23	17 (44.7)	1.71	0.40-7.26
4-7 días	10 (35.7)	5.06	1.14-22.36	30 (45.5)	10.12	3.22-31.80	49 (21.6)	3.81	2.26-6.44	19 (50.0)	9.62	2.32-39.91
Horas dormidas por día sin guardia												
≤ 5 horas	18 (64.3)	0.84	0.38-1.85	49 (74.2)	1.40	0.78-2.51	170 (75.2)	1.78	1.22-2.60	31 (81.6)	2.17	0.94-5.04
> 5 horas	10 (35.7)			17 (25.8)			56 (24.8)			7 (18.4)		

*Chi cuadrada de Pearson

†Prueba exacta de Fisher

Tabla 16. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y su relación con los **Trastornos mentales** en médicos residentes del HE-CMINR

Variables	Riesgo de suicidio		Depresión mayor		Ansiedad generalizada		Trastorno de pánico					
	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%	n(%)	RMP	IC 95%			
Consumo de alcohol†												
No consumen	3 (10.7)	1		9 (13.6)	1		16 (7.1)	1	5 (13.2)	1		
Consumo sin riesgo	14 (50.0)	0.75	0.22-2.54	36 (54.5)	0.64	0.33-1.27	168 (74.3)	1.68	1.08-2.62	22 (57.8)	0.70	0.28-1.80
Consumo de riesgo	11 (39.3)	3.40	0.99-11.66	20 (30.3)	2.06	1.01-4.20	40 (17.7)	2.32	1.45-3.71	9 (23.7)	1.68	0.60-4.72
Consumo perjudicial	0			1 (1.5)	2.41	0.43-13.33	2 (0.9)	2.70	1.09-6.70	2 (5.3)	8.67	2.71-27.70
Consumo de tabaco†												
No consumen	14 (50.0)	1		46 (69.7)	1		165 (73.0)	1	26 (68.4)	1		
C. sin dependencia	5 (17.9)	2.32	0.86-6.23	7 (10.6)	0.99	0.47-2.09	36 (15.9)	1.20	0.89-1.63	3 (7.9)	0.75	0.23-2.40
C. con dependencia baja	8 (28.6)	5.45	2.41-12.27	13 (19.7)	2.70	1.58-4.60	25 (11.1)	1.45	1.08-1.92	8 (21.1)	2.93	1.41-6.08
C. con dependencia moderada	1 (3.6)	15.32	3.49-67.20	0			0			1 (2.6)	8.25	1.96-34.65
Consumo de drogas												
No consumen	18 (64.2)	1		46 (69.7)	1.00		141 (62.4)	1	22 (57.9)	1		
Ultimo consumo ≤ 1 año	5 (17.9)	1.45	0.55-3.80	12 (18.2)	1.36	0.76-2.45	43 (19.0)	1.60	1.26-2.01	10 (26.3)	2.37	1.17-4.81
Ultimo consumo > 1 año	5 (17.9)	1.45	0.55-3.80	8 (12.1)	0.90	0.45-1.85	42 (18.6)	1.56	1.22-1.98	6 (15.8)	1.42	0.60-3.40

*Chi cuadrada de Pearson

†Prueba exacta de Fisher



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES (DEPRESIÓN MAYOR, TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA, TRASTORNO DE PÁNICO Y RIESGO DE SUICIDIO) EN MÉDICOS RESIDENTES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA" Y ALGUNOS FACTORES ASOCIADOS.**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Distrito Federal, México,

Número de registro:

R-2015-3501-35

Justificación y objetivo del estudio:

Justificación: Nos permitirá conocer parte de la salud mental de los médicos residentes, ya que al conocer la magnitud de los trastornos mentales más comunes en este grupo se podrán establecer medidas preventivas, de identificación y tratamiento para estas patologías que podrán integrarse durante la formación en la residencia médica, que le permitirán tener un desarrollo profesional saludable contribuyendo a su bienestar psicosocial.

Objetivo: Estimar la prevalencia de depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y riesgo de suicidio en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza" y sus factores asociados.

Procedimientos:

Se aplicarán cuestionarios a los médicos residentes que se encuentren rotando en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

Posibles riesgos y molestias:

Solo las derivadas del tiempo invertido en **contestar** el cuestionario.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Conocer si presenta alguno de los trastornos mentales que se incluyen en el estudio lo que nos permitirá derivarlo con el área de salud que corresponda para recibir la atención necesaria.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los participantes solo recibirán atención u orientación médica en la unidad de salud que les corresponda.

Participación o retiro:

Conserva el derecho de retirarse de la investigación en el momento en que lo considere conveniente sin que ello afecte académicamente su evaluación como residente.

Privacidad y confidencialidad:

No se identificará al médico residente en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio y los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica.

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Si se detecta algún problema de salud derivado del estudio, se canalizará a su Unidad de Medicina Familiar correspondiente o a su consultorio que le corresponda en el hospital.

Beneficios al término del estudio:

Se informará de forma global a las autoridades del hospital los principales resultados del estudio. Se informará a los médicos residentes de forma global acerca de los resultados de la investigación.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Nataly Tlecuítl Mendoza (Tel. 5561115525)

Colaboradores:

Dr. Ulises Angeles Garay, Dr. José Luis Jiménez López (Tel. 57245900 (Ext. 23209 y 24050)

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

IV.- INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL
 COORDINACION DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
 PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES EN MEDICOS RESIDENTES DEL CMNR
 CUESTIONARIO DE RECOLECCION DE DATOS



Con el propósito de conocer más acerca de los trastornos mentales en los médicos residentes se le solicita su colaboración en el presente cuestionario. Recuerde que toda la información que proporcione será analizada en forma confidencial y para uso exclusivo de este estudio

Indicaciones: Subraye o conteste la respuesta con la que más se identifique.

Fecha:

Folio :

Especialidad que cursa

Año de residencia

Teléfono

1.- Fecha de nacimiento

2.- Sexo
 1. Hombre 2. Mujer

3.- ¿Cuánto mide?

4.- ¿Cuánto pesa?

5.- ¿Cuál es su estado civil?
 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Viudo(a) 4. Divorciado(a) 5. Unión libre 6. Separado

6.- ¿Tiene hijos?
 1. Sí 2. No

7.- ¿Vive con sus hijos actualmente?
 1. Sí 2. No

8.- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en el Distrito Federal?
 1. Menos de 1 año 2. 1 a 2 años 3. 3 a 4 años 4. Más de 4 años

9.- ¿Vive usted en el Distrito Federal a causa de la residencia médica?
 1. Sí 2. No

10.- ¿Con quien vive actualmente?
 1. Familiares 2. Novio (a) 3. Amigos 4. Solo 5. Otros

11.- ¿Con que frecuencia visita o es visitado por sus familiares?

12.- ¿Considera usted que se ha adaptado a vivir en esta ciudad?
 1. Totalmente 2. Parcialmente 3. No

13.- ¿Cuál es su religión?
 1. Católico 2. Cristiano 3. Testigo de Jehová 4. Mormón 5. Otro 6. Ninguna

14.- ¿Qué importancia tiene la religión en su vida?
 1. Importante 2. Regular 3. No importante

15.- ¿Considera que le es difícil hacer amigos?
 1. Sí 2. No

16.- ¿Con qué frecuencia participa en actividades recreativas?
 1. Algunas veces por año 2. Algunas veces por mes 3. Algunas veces por semana 4. A diario, casi a diario

17.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad?
 1. Sí 2. No

18.- ¿Cuál (es)?

19.- ¿Se le ha diagnosticado alguna vez depresión, ansiedad o trastorno de pánico?
 1. Sí 2. No

20.- ¿Cuál (es)?
 1. Depresión 2. Ansiedad 3. Trastorno de pánico

21.- ¿Alguno de sus familiares ha sido diagnosticado alguna vez en la vida con alguna enfermedad del estado de animo?
 1. Sí 2. No

22.- ¿Cuál (es) enfermedad (es)?

23.- ¿Que parentesco tiene con usted?
 1. Padre 2. Madre 3. Hermano (a) 4. Abuelo (a) 5. Otro

- 24.- ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar (excepto baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas)?
a. 1 b. 2 c. 3 d. 4 e. 5 f. 6 g. 7
- 25.- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?
a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 e. 4 o más
- 26.- ¿En el hogar cuenta con regadera funcionando en alguno de los baños?
1. No tiene 2. Si tiene
- 27.- Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?
1. 0 a 5 2. 6 a 10 3. 11 a 15 4. 16 a 20 5. 21 o mas
- 28.- ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, de cemento o alguno otro tipo de acabado?
1. Tierra o cemento 2. Otro tipo de material de acabado
- 29.- ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tiene en su hogar?
a. 0 b. 1 c. 2 d. 3 o más
- 30.- ¿En su hogar cuenta con estufa de gas o eléctrica?
1. No tiene 2. Si tiene
- 31.- Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en su hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó?
1. No estudió 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta
5. Secundaria completa 6. Carrera comercial 7. Carrera técnica 8. Preparatoria incompleta
9. Preparatoria completa 10. Licenciatura incompleta 11. Licenciatura completa 12. Diplomado o maestría
13. Doctorado 14. No sabe/no contestó
- 32.- ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?
1. Si 2. No
- 33.- ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?
1. Si 2. No
- 34.- En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas: ¿Disminuyó o aumentó su apetito todos los días?
¿Perdió o ganó peso sin intentarlo?
1. Si 2. No
- 35.- ¿Tenía dificultad para dormir todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?
1. Si 2. No
- 36.- ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted mas lento de lo usual, estaba inquieto o tenía dificultad para permanecer tranquilo?
1. Si 2. No
- 37.- ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?
1. Si 2. No
- 38.- ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?
1. Si 2. No
- 39.- ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?
1. Si 2. No
- 40.- ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?
1. Si 2. No
- 41.- ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?
1. Si 2. No
- 42.- Durante el último mes ¿Ha querido hacerse daño?
1. Si 2. No
- 43.- Durante el último mes ¿Ha pensado en el suicidio?
1. Si 2. No
- 44.- Durante el último mes ¿Ha planeado cómo suicidarse?
1. Si 2. No
- 45.- Durante el último mes ¿Ha intentado suicidarse?
1. Si 2. No
- 46.- A lo largo de su vida ¿Alguna vez ha intentado suicidarse?
1. Si 2. No

- 47.- ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?
1. Si 2. No
- 48.- ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?
1. Si 2. No
- 49.- ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?
1. Si 2. No
- 50.- ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?
1. Si 2. No
- 51.- ¿Se sentía tenso?
1. Si 2. No
- 52.- ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?
1. Si 2. No
- 53.- ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?
1. Si 2. No
- 54.- ¿Se sentía irritable?
1. Si 2. No
- 55.- ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?
1. Si 2. No
- 56.- ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?
1. Si 2. No
- 57.- ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?
1. Si 2. No
- 58.- ¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?
1. Si 2. No
- 59.- ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?
1. Si 2. No
- Durante la peor crisis que usted puede recordar:*
- 60.- ¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?
1. Si 2. No
- 61.- ¿Sudaba o tenía las manos húmedas?
1. Si 2. No
- 62.- ¿Tenía temblores o sacudidas musculares?
1. Si 2. No
- 63.- ¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?
1. Si 2. No
- 64.- ¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?
1. Si 2. No
- 65.- ¿Notaba dolor o molestia en el pecho?
1. Si 2. No
- 66.- ¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?
1. Si 2. No
- 67.- ¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?
1. Si 2. No
- 68.- ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?
1. Si 2. No
- 69.- ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?
1. Si 2. No

- 70.- ¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?
1. Si 2. No
- 71.- ¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?
1. Si 2. No
- 72.- ¿Tenía sofocaciones o escalofríos?
1. Si 2. No
- 73.- ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?
1. Si 2. No
- 74.- ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
1. Nunca 2. Una o menos veces al mes 3. Dos a cuatro veces al mes 4. 2 a 3 veces a la semana 5. 4 o más veces a la semana
- 75.- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?
1. 1 o 2 2. 3 o 4 3. 5 o 6 4. 7, 8 o 9 5. 10 o más
- 76.- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario, casi a diario
- 77.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario, casi a diario
- 78.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario, casi a diario
- 79.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario, casi a diario
- 80.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario, casi a diario
- 81.- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario, casi a diario
- 82.- ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?
1. No 2. Si pero no en el curso del último año 3. Si en el último año
- 83.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?
1. No 2. Si pero no en el curso del último año 3. Si en el último año
- 84.- ¿Usted fuma o ha fumado?
1. Si 2. No
- 85.- ¿Actualmente usted fuma?
1. Si 2. No
- 86.- ¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?
1. Menos de 5 minutos 2. 6 a 30 minutos 3. 31 a 60 minutos 4. Más de 60 minutos
- 87.- ¿Encuentra dificultades para no fumar en sitios donde está prohibido?
1. Si 2. No
- 88.- ¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?
1. Otros 2. El primero
- 89.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?
1. Más de 30 2. 21 a 30 3. 11 a 20 4. Menos de 11
- 90.- ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?
1. Si 2. No
- 91.- ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
1. Si 2. No
- 92.- ¿Ha consumido drogas alguna vez en su vida?
1. Si 2. No
- 93.- ¿Cuál?
1. Cocaína 2. Marihuana 3. LSD 4. Heroína 5. Benzodiazepinas 6. Anfetaminas 7. Barbitúricos 8. Opiáceos 9. Otro
- 94.- ¿Con que frecuencia en el transcurso del último año ha consumido esa droga?
1. Nunca 2. Menos de una vez al mes 3. Mensualmente 4. Semanalmente 5. A diario, casi a diario
- 95.- ¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde el último consumo?

96.- ¿Alguna vez has consumido algún fármaco para mejorar tu estado de ánimo?

1. Si 2. No

97.- ¿Cuál (es)?

98.- ¿Cuál fue el motivo?

1. Prescripción por psicólogo y/o psiquiatra 2. Prescripción por otro médico 3. Automedicación

99.- ¿Lo ha consumido en los últimos 30 días?

1. Si 2. No

Respecto a la residencia usted...

100.- ¿Qué tipo de guardia realiza?

1. AB 2. ABC 3. ABCD 4. ABCDE 5. No realizo guardias

101.- ¿Alguna vez ha realizado guardias extras?

1. Si 2. No

102.- ¿Cuál fue el motivo?

1. Cambio con algún compañero 2. Indicación de mi residente superior 3. Indicación del médico adscrito 4. Necesidades personales

103.- Pensando en un día habitual en el que NO realiza guardia, ¿Cuántas horas dura su jornada?

104.- ¿Se siente emocionalmente agotado (a)?

1. Nunca 2. Pocas veces al año 3. Pocas veces al mes 4. Pocas veces a la semana 5. Diario

105.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado(a).

1. Nunca 2. Pocas veces al año 3. Pocas veces al mes 4. Pocas veces a la semana 5. Diario

106.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

1. Nunca 2. Pocas veces al año 3. Pocas veces al mes 4. Pocas veces a la semana 5. Diario

107.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes

1. Nunca 2. Pocas veces al año 3. Pocas veces al mes 4. Pocas veces a la semana 5. Diario

108.- Siento que me he hecho más duro (a) con la gente

1. Nunca 2. Pocas veces al año 3. Pocas veces al mes 4. Pocas veces a la semana 5. Diario

109.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

1. Nunca 2. Pocas veces al año 3. Pocas veces al mes 4. Pocas veces a la semana 5. Diario

110.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes

1. Nunca 2. Pocas veces al año 3. Pocas veces al mes 4. Pocas veces a la semana 5. Diario

111.- ¿Alguna vez ha pensado en renunciar a la residencia?

1. Si 2. No

Respecto a su alimentación en los últimos 6 meses usted...

112.- ¿Ha consumido bebidas energizantes?

1. Si 2. No

113.- ¿Con que frecuencia consume bebidas energizantes?

1. Diaria 2. 2-5 veces por semana 3. Una vez cada quince días 4. Una vez por mes

114.- ¿Qué marca es la que consume con más frecuencia?

1. Redline 2. Rockst'r 3. Monster 4. Bomba Yellow 5. Gladiator 6. Redbull 7. Venom 8. Boost

115.- ¿Con que frecuencia consume refrescos o bebidas gaseosas?

1. Algunas veces por mes 2. Menos de tres veces a la semana 3. 4-6 veces a la semana 4. Diario

116.- ¿Con que frecuencia consume verduras?

1. Algunas veces por mes 2. Menos de tres veces a la semana 3. 4-6 veces a la semana 4. Diario

117.- ¿Con que frecuencia consume frutas?

1. Algunas veces por mes 2. Menos de tres veces a la semana 3. 4-6 veces a la semana 4. Diario

118.- ¿Con que frecuencia consume café?

1. Algunas veces por mes 2. Menos de tres veces a la semana 3. 4-6 veces a la semana 4. Diario

119.- Pensando en un día que consume café ¿Cuántas tazas en promedio consume al día?

120.- Pensando en un día habitual ¿Cuántas comidas realiza al día?

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. Más de 5

121.- Pensando en un día habitual ¿Cuántas de las comidas que realiza incluyen alimentos no saludables (pizza, hamburguesas, tacos, papas fritas, tortas, tamales, etc)?

1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. Más de 5

Respecto a sus hábitos de sueño durante el último mes usted...

122.- ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1. Muy insatisfecho 2. Insatisfecho 3. Termino medio 4. Satisfecho 5. Muy satisfecho

123.- ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para conciliar el sueño?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

124.- ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para permanecer dormido?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

125.- ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

126.- ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para despertar a la hora habitual?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

127.- ¿Cuántos días a la semana ha tenido excesiva somnolencia?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

128.- ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1. 0-15 minutos 2. 16-30 minutos 3. 31-45 minutos 4. 46-60 minutos 5. Más de 60 minutos

129.- ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1. Ninguna vez 2. Una vez 3. 2 veces 4. 3 veces 5. Más de 3 veces

130.- ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿cuanto tiempo antes?

1. Se ha despertado como siempre 2. Media hora antes 3. Una hora antes 4. Entre 1 y 2 horas antes 5. Más de 2 horas antes

131.- Por término medio ¿Cuántas horas ha dormido cada noche?

132.- Por término medio ¿Cuántas horas ha permanecido acostado en la cama?

133.- ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

134.- ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento/a, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

135.- Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno, ¿cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado disminución en su funcionamiento sociolaboral por ese motivo?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

136.- ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

1. Ningún día 2. 1-2 días 3. 3 días 4. 4-5 días 5. 6-7 días

137.- ¿Qué tomó?

Muchas gracias por participar