

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD MEDICA DE ADSCRIPCION UMF 61
CORDOBA, VER.

Ansiedad, depresión y evaluación del área afectiva.

En médicos en proceso de formación

AUTORES

*Rosa María González Tlachi

** María Aurea Mendoza Olvera

LUGAR

Hospital General de Zona No. 8

Córdoba ver

** Residente de Medicina Familiar Unidad de adscripción UMF 61 Córdoba Ver IMSS correo jegarfy@hotmail.com

**Responsable del proyecto .Medico No familiar asesora de tesis de la Residencia de Medicina Familiar Av. 11 entre calles 1 y 2 SN Córdoba, Ver. aurea.mendoza@gmail.com, maria.mendozao@imss.gob.mx

INDICE

I. TITULO	1
II. AUTORES	1
III. SERVICIOS	2
IV. ANTECEDENTES y Justificación.	3
V. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA	10
VI. HIPOTESIS	11
VII. OBJETIVOS	11
VIII MATERIAL Y METODOS	
1. DISEÑO DE ESTUDIO	11
2. UNIVERSO DE TRABAJO	11
3. OPERALIZACION DE LAS VARIABLES	11
a) Definición conceptual	12
b) Definición operativa	12
4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	18
A)TAMAÑO DE LA MUESTRA	18
B)CRITERIOS DE SELECCIÓN	18
i)critérios de inclusión	18
ii)critérios de exclusión	18
5. PROCEDIMIENTO	19
6. ANÁLISIS ESTADISTICO	20
IX CONSIDERACIONES ETICAS	20
X RECURSOS PARA EL ESTUDIO	21
XI CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	22
XII ANEXOS	23
1. Evaluación Afectiva Médicos De Pregrado	23
2. Evaluación Afectiva En Médicos De Postgrado	24
3. Escala De Halmiton Para Ansiedad	27
4. Escala De Zung Para Depresión	28
5. Consentimiento Informado	29
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	30

IV. ANTECEDENTES.

La causa desencadenante de los problemas de ansiedad y depresión, tiene su origen inicialmente en el estrés.

El estrés se define: (stress “tensión”) cualquier agresión emocional, física, social, económica o de otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo, que genera una reacción fisiológica en el organismo en el que entran diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda incrementada ⁽¹⁾.

Los efectos que se generan por el estrés son: ansiedad, depresión, irritabilidad, pérdida de control de los impulsos, sentimientos de vulnerabilidad y soledad, además de insomnio, problemas gástricos, enfermedades coronarias, inmunosupresión, relaciones interpersonales insatisfactorias, fatiga, ira, frustración, beber o comer en exceso, anorexia, son algunos de los trastornos presentados por las personas que padecen estrés ⁽²⁾.

El efecto que tiene la respuesta del estrés en el organismo a nivel del sistema nervioso simpático (vasoconstricción periférica, midriasis, taquicardia, taquipnea, disminución de la motilidad intestinal, etc. Liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), de cortisol y encefalina. Aumento de la glucosa sérica, aminoácidos libres y factores inmunitarios. Todos estos mecanismos los desarrolla el cuerpo para aumentar las probabilidades de supervivencia frente a una amenaza a corto plazo ⁽³⁾.

Hay diferentes opiniones sobre los eventos que con mayor probabilidad producen reacciones de estrés. Las causas de este último son diferentes en las distintas edades; por ejemplo, en el adulto joven las fuentes de estrés radican en el matrimonio o en la relación padre- hijo, las relaciones laborales y la lucha por alcanzar una estabilidad económica ⁽⁴⁾. La reacción de una persona ante el estrés puede incluir ansiedad y depresión. Las respuestas subjetivas frecuentes son temor (a la repetición del evento que causo el estrés), ira (por frustración), culpa (por impulsos agresivos) y vergüenza (por impotencia). El estrés agudo y reactivado puede manifestarse por inquietud, irritabilidad, fatiga, aumento en la reacción de sobresalto y una sensación de tensión ⁽⁵⁾.

Por lo que los trastornos mentales que ejercen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad son la ansiedad y la depresión. Se calcula que más del 25% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo en algún momento de su vida ⁽⁶⁾.

En México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, y son indicador de muerte prematura y días vividos con discapacidad ⁽⁷⁾.

El trastorno de ansiedad es uno de los trastornos mentales más comunes, de acuerdo a la Organización Mundial de la salud (OMS) en los servicios de atención primaria dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% OMS 2009 establece que uno de los trastornos que inician tempranamente, con una mediana de 15 años de edad y alcanza la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres ⁽⁸⁾. Según la Organización Panamericana de la salud (OPS), dentro de los trastornos de ansiedad, el más frecuente es el trastorno de ansiedad generalizado (TAG) con una prevalencia media el último año de 3.4%, mostrando mayor prevalencia en mujeres que en hombres ⁽⁹⁾. De acuerdo a la OMS en el 2009 la prevalencia en México para el trastornos de ansiedad a lo largo de la vida era de 10.4 Y 28.8%⁽¹⁰⁾. El Instituto Nacional de Psiquiatría por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad en un 14.3%. En Veracruz tiene un incidencia del 2.2% ⁽¹¹⁾.

La Ansiedad se define como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción adaptativa o como una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de 6 meses ⁽¹²⁾.

Se debe determinar si la ansiedad es normal o patológica a través de los siguientes síntomas:

	Ansiedad normal	Ansiedad patológica
Características generales	Episodios frecuentes. Intensidad leve o media. Duración limitada	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada

Situación o estímulo estresante	Reacción esperable y común.	Reacción desproporcionada
Grado de sufrimiento	Limitado y transitorio	Alto y duradero
Grado de interferencia en la vida cotidiana	Ausente y ligero	Profundo
Los síntomas de ansiedad (físicos, psicológicos y conductuales)		
Síntomas físicos		Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.		Preocupación y aprensión.
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.		Sensación de agobio.
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.		Miedo de perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
Respiratorios: disnea.		Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.
Digestivos: náuseas, vómito, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.		Irritabilidad, inquietud, desasosiego.
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.		Conductas de evitación de determinadas situaciones.
		Inhibición o bloqueo psicomotor obsesiones o compulsiones.

A través de esta sintomatología se determinó un estado de ansiedad que afecta a la vida diaria de un sujeto ⁽¹³⁾. Existen factores desencadenantes estos son de tipo biológicos, ambiental y psicosocial ⁽¹⁴⁾.

Según la Canadian Psychiatric Association GPC 2006 ⁽¹⁵⁾, como factor de riesgo se encuentra historia familiar de ansiedad, antecedente personal de ansiedad en la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada, eventos de vida estresantes y/o traumáticos incluyendo el abuso, ser mujer, comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión), existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias.

Dentro de los trastornos ocasionados por el estrés a parte de la ansiedad, se encuentra la depresión. Los reportes a nivel mundial nos determinan más de 350 millones de personas sufren de depresión en algún momento de su vida ⁽¹⁶⁾. Por otro lado la OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentara de manera significativa en los próximos 20 años. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados ⁽¹⁷⁾. Y en México la depresión es la primera causa de atención psiquiátrica de acuerdo a la encuesta nacional epidemiología psiquiátrica (ENEP) aplicada en el año 2003 Señalan que:

- Una de cada 5 personas presentan al menos un trastorno mental en su vida.
- Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres ⁽¹⁸⁾.

De acuerdo con los datos de la encuesta nacional de evaluación de desempeño 2002-2003 (ENEP) en un periodo anual previo a la entrevista el 5.8 % de las mujeres y 2.5% de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con depresión, la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos.⁽¹⁹⁾ También se ha identificado que los trastornos de ansiedad y depresión a nivel laboral condicionan incapacidad con una media de 7 días al mes superior a la de cualquier otra enfermedad crónica como el caso de las enfermedades reumáticas.⁽²⁰⁾

La ENEP encontró que los días de actividad académica perdidos por depresión fueron 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas 6.89. ⁽²¹⁾

Por otro lado se considera que la depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognoscitivo, y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica ⁽²²⁾.

Entre las variables que incrementa el riesgo de depresión se incluyen:

- Historia familiar de depresión

- Pérdidas significativas recientes
- Enfermedades crónicas, en especial en aquellos pacientes con pobre respuesta al tratamiento.
- Eventos altamente estresantes
- Violencia doméstica
- Cambios significativos en el estilo de vida
- Embarazo en mujeres con antecedente de depresión
- Consumo de sustancias psicoactivas.

El insomnio es una queja muy frecuente relacionada con la depresión la cual es muy poco investigada. Dentro de los síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión existe una mnemotecnia PSICACES ⁽²³⁾.

P- Psicomotricidad disminuida o aumentada.

S- Sueño alterado (aumentado o disminuido).

I- Interés reducida (perdida de la capacidad del disfrute).

C- Concentración disminuida.

A- Apetito y peso (disminuido o aumentado).

C- Culpa y autorreproche.

E- Energía disminuida, fatiga.

S- Suicidio (pensamientos).

Existen estudios donde se reporta que en determinado de grupos poblacionales se dan este tipo de trastornos de manera diferente y marcada por las características propias de tales grupos.

En el medio académico, es importante mencionar que si el personal becario tiene un adecuado éxito académico disminuye la prevalencia de ansiedad y depresión. De acuerdo a estudios realizados por investigadores norteamericanos Alexander Astín y colaboradores, establecen, que las condiciones de estudio como la adaptación a la institución, y las estrategias de aprendizaje son decisivas en el éxito escolar. Se debe principalmente “al ambiente creado por la institución y los estudiantes.” ⁽²⁴⁾

Otros autores coinciden en que los factores personales y académicos determina si un estudiante es exitoso o no al final de su carrera profesional ⁽²⁵⁾. Bajo esta

expectativa. Tinto ⁽²⁶⁾. Postula que los estudiantes ingresan a la universidad con diversas habilidades y patrones de características personales, familiares y académicas, incluidas metas y predisposiciones iniciales para asistir a la universidad. Estas últimas se modifican y reformulan continuamente a través de una serie de interacciones entre el individuo y las estructuras y miembros de los sistemas sociales y académicos de la institución. Las interacciones con los sistemas formales e informales sociales y académicos que resultan satisfactorias y recomendantes promueven la mayor integración a estos sistemas y por lo tanto al éxito académico. ⁽²⁷⁾

Dentro del ámbito de las ciencias de la salud, se considera al médico interno o de pregrado de acuerdo a SSA al personal que debe realizar de acuerdo a su ciclo académico teórico-práctico de la licenciatura en medicina, como una etapa que debe cubrirse previamente al servicio social, al examen profesional y al título respectivo. ⁽²⁸⁾

Se considera a médico residente en medicina familiar o de estudiante de postgrado al médico en formación para que brinde una atención integral y continua al individuo y su familia; para lo cual debe ser competente en las áreas clínica, docente, administrativa y de investigación, que establezca vínculos de responsabilidad compartida con el equipo de salud al abordar el proceso de salud-enfermedad. ⁽²⁹⁾

Teniendo presente las características del médico en formación, Marcelino Riveros Q. y colaboradores ⁽³⁰⁾. Determinaron el nivel de ansiedad y depresión en los estudiantes universitarios, distribuidos por género y por bloque académico, se encontró más frecuente en mujeres con un 15.35%, en donde influye los aspectos psicosociales y académicos, incidiendo en el estado de salud mental, para exigir un rendimiento académico que eleve las probabilidades de inserción laboral

De acuerdo a los resultados encontrados por Novelo del Valle y colaboradores ⁽³¹⁾, La empatía médica en los médicos residentes con sus pacientes es importante para conocer y comprender a la persona enferma, y tener gusto por el trabajo a realizar, lo cual fue considerado por ello como un factor que contribuye a la disminución de ansiedad y depresión.

Mónica Teresa González Ramírez y colaboradores ⁽³²⁾ determinan que basándose en los modelos de ecuaciones estructurales, se confirma que el apoyo social percibido, la autoeficacia y la autoestima son predictores del estrés, el estrés es predictor del cansancio emocional y de los síntomas somáticos que pueden desencadenar ansiedad y depresión.

Por todo lo anterior, resulta interesante identificar en médicos en formación, si el recibir una calificación en el área afectiva durante un período de formación académica está relacionado con la presencia de trastornos de tipo psicoafectivo; por lo que nos surge el siguiente cuestionamiento.

JUSTIFICACIÓN

Se considera al médico en formación como un profesional de la salud un sujeto potencialmente capacitado para que brinde una atención integral y continua al individuo y su familia; para lo cual debe ser competente en las áreas clínica, docente, administrativa y de investigación, que establezca vínculos de responsabilidad compartida con el equipo de salud al abordar el proceso de salud-enfermedad. Durante la etapa de formación para el médico resulta muy demandante y está sometido a estrés laboral con reacciones nocivas físicas y emocionales por las exigencias del trabajo, que pueden desencadenar ansiedad y depresión manifestándose con distracción, disminución de la atención y de la capacidad de raciocinio, abolición de la serenidad y capacidad de tomar decisiones, que impacte en su desempeño académico. Se tiene en cuenta que el apoyo social percibido, la autoeficacia y la autoestima son predictores del estrés, el estrés es predictor del cansancio emocional y de los síntomas somáticos que pueden desencadenar ansiedad y depresión.

Por todo lo anterior, resulta interesante identificar en médicos en formación, si el recibir una calificación en el área afectiva durante un período de formación académica está relacionado con la presencia de trastornos de tipo psicoafectivo; el cual resulta importante identificar para poder recibir atención al respecto. De acuerdo a lo anterior nos surge el siguiente cuestionamiento.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta del problema

¿Cuál es la relación entre resultados de evaluación del área afectiva y la presencia de ansiedad y depresión en médicos en etapa de formación académica?

VI. HIPÓTESIS: Existe relación entre los resultados de evaluación del área afectiva y la presencia de ansiedad y depresión en médicos en etapa de formación profesional.

HIPÓTESIS O: Es Inexistente la relación entre los resultados de evaluación del área afectiva y la presencia de ansiedad y depresión en médicos en etapa de formación profesional.

VII. OBJETIVOS.

General

Determinar la relación entre resultados de la evaluación del área afectiva y la presencia de ansiedad y depresión en médicos en etapa de formación profesional.

Específicos:

1. Evaluar el área afectiva en médicos en formación de acuerdo al ciclo de formación, pregrado y postgrado.
2. Identificar la prevalencia de ansiedad en médicos en formación de acuerdo al ciclo de formación, pregrado y postgrado.
3. Identificar la prevalencia de depresión en médicos en formación de acuerdo al ciclo de formación, pregrado y postgrado.
4. Identificar la prevalencia de ansiedad en médicos en formación de acuerdo al género y estado civil.
5. Determinar la relación entre resultados de la evaluación del área afectiva y la presencia de ansiedad y depresión en médicos que se encuentra en etapa de formación de acuerdo al servicio en que se encuentren rotando.

VIII. MATERIAL Y METODOS

1. **Diseño de estudio:** Longitudinal, prospectivo, comparativo
2. **Universo de trabajo:** Médicos con categoría de becarios adscritos al HGZ No. 8 de Córdoba Ver. del 1º de julio del 2013 a 30 junio del 2014.

3. Descripción de variables

- Resultados de la evaluación del área afectiva ,Ansiedad y Depresión
- Médicos en etapa de formación

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL AREA AFECTIVA: La información obtenida del análisis de los resultados obtenidos de la apreciación que se hace como consecuencia de las acciones del becario con relación a su desempeño, dependiendo su grado académico y responsabilidad a la que se le fue asignada, para poder relacionarse con su equipo de trabajo, establecer afecto y sensibilidad humana.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS EN ETAPA DE FORMACIÓN ACADÉMICA: Estado emocional en donde se experimenta emociones de intranquilidad, nerviosismo y preocupación excesiva como una reacción adaptativa, o presentar un trastorno mental de tristeza, pérdida de interés o placer, con sentimientos de culpa o falta de autoestima en los profesionales en la salud, en fase de desarrollo para su educación y de instrucción con fines de enseñanza médica.

DEFINICIÓN OPERATIVA:

Evaluación afectiva: Registro de información sobre el desempeño para establecer vínculos de afecto y sensibilidad humana para valorar la susceptibilidad que el ser humano experimenta en la adaptación para la socialización en su medio de trabajo.

El cual se califica en la evaluación modular de los alumnos de pregrado Donde se obtiene 20 ítems. Otorgándose las siguientes numeraciones 0 en nunca, 1.0 ocasionalmente, 1.5 casi siempre y 2.0 siempre, Total 20 igual 100%.

Con los siguientes apartados:

1. Disciplina y responsabilidad
 - a) Se presenta pulcro y debidamente uniformado.
 - b) Asiste puntualmente al servicio y sesiones académicas.
 - c) Respetar las normas del servicio.

- d) Cumple eficientemente sus actividades.
- 2. Relación médico paciente:
 - a) Respeta el pudor del paciente.
 - b) Es amable y orienta al paciente y sus familiares.
- 3. Relaciones humanas con el personal del servicio:
 - a) Respeta las jerarquías.
 - b) Transmite las indicaciones amablemente.
 - c) Trabaja en equipo.
 - d) Tiene buenas relaciones con sus compañeros.

Y el formato de CM3 para alumnos de postgrado formato tomado del Lineamiento de Normativo General de Postgrado 2500-31-029-0001:149 del IMSS se utiliza para la evaluación afectiva en médicos postgrado (médicos residentes de medicina familiar de primer, segundo y tercer año). Escala del 0 al 100. Con los siguientes parámetros:

- 1. COMPORTAMIENTO PROFESIONAL:
 - 1.1 La visita hospitalaria.
 - 1.2 El análisis de expedientes clínicos
 - 1.3 La evaluación integral del paciente
 - 1.4 La vigilancia del tratamiento, la evolución del paciente y la detección oportuna de complicaciones.
- 2. CRITERIO:
 - 2.1 Tomar decisiones con base racional.
 - 2.2 Manejar problemas en forma integral.
 - 2.3 Administrar los recursos de manera eficiente.
- 3. RELACIONES INTERPERSONALES (de manera respetuosa y empática):
 - 3.1 Interacción con sus jefes.
 - 3.2 Interacción con sus compañeros.
 - 3.3 Interacción con los pacientes abordando sus problemas de manera íntegra.
 - 3.4 Interacción con los familiares de los pacientes
- 4. DISCIPLINA:
 - 4.1 Asistir puntualmente a sus actividades.

- 4.2 Presentarse uniformado y pulcro.
- 4.3 Cumplir las normas e indicaciones.
- 5. ACTIVIDADES ACADÉMICAS:
 - 5.1 Participar con calidad y colaboración en las actividades del aula.
 - 5.2 Colaborar en las sesiones generales.
 - 5.3 Colaborar en las sesiones departamentales.
 - 5.4 Criticar trabajos de investigación.
 - 5.5 Mostrar interés en la elaboración de trabajos de investigación.
- 6. CRITICA:
 - 6.1 Solicitar y aceptar racionalmente las críticas y actuar en consecuencia.
 - 6.2 Ejercer la crítica con base racional, reflexiva y de manera pertinente.
- 7. RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO:
 - 7.1 Cumplir con las actividades inherentes a su cargo con espíritu institucional y fundamentos en el humanismo
 - 7.2 Asumir los resultados obtenidos en sus actividades y consecuencias.
 - 7.3 Informar a las autoridades de los resultados de sus actividades y consecuencias.

SE califica del 0 a 100 de la siguiente forma

Escala: 0 a 100	SUMA	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
	PROMEDIO PARCIAL	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>
	PROMEDIO FINAL	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/>

Ansiedad: Se considera al estado emocional displacentero, que genera angustia y desesperación, que genera cambios somáticos y psíquicos como respuesta adaptativa. Para ello se utilizara la escala de Hamilton para la ansiedad cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad, consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido.

A. Identifique, de entre todos los síntomas posibles para cada ítem, el más problemático en los últimos días y que sea debido ciertamente a ansiedad.

B. Determine para este síntoma estos tres aspectos: su gravedad, su frecuencia de presentación y la capacidad o disfunción que produce.

- a) Gravedad: 1, leve, de poca importancia; 2, gravedad moderada y alteraciones; 3, alteraciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto; 4, el peor síntoma que haya padecido nunca.
- b) Tiempo/frecuencia: 1, ocurre con poca frecuencia durante cortos periodos de tiempo; 2, ocurre parte del día o menos de la mitad de los días (menos de una tercera parte del tiempo de vigilia); 3, ocurre gran parte del día, durante la mayoría de los días (más de una tercera parte del tiempo de vigilia); 4, ocurre casi todo el tiempo.
- c) Incapacidad/disfunción: 1, conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales; 2, los síntomas interfiere en alguna actividad o empeoran debido a las alteraciones; 3, los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo (o interfiere gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales; 4, los síntomas causas incapacidad para realizar (o llevar a evitar) actividades en 2 o más de las áreas anteriores.

C. Calcule la medida entre las puntuaciones de gravedad y de tiempos/frecuencia y redondee la medida en función de la puntuación de incapacidad.

Corrección e interpretación:

- Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando las puntuaciones obtenida en cada uno de los ítems.
- Los puntos de corte recomendados son:
 - a) 0-5: ausencia de ansiedad.
 - b) 6-14: ansiedad leve.
 - c) >15: ansiedad moderada/grave.

Depresión: Es trastorno del estado de ánimo, ocasionado tristeza, falta de interés, aplanamiento del estado afectivo, sentimiento de inutilidad. A través de la escala auto aplicada para la depresión de Zung y Conde. Es una escala breve, auto aplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados.

Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

- ✓ Factor depresivo.
- ✓ Factor biológico.
- ✓ Factor psicológico.
- ✓ Factor psicosocial: descrito por Conde y cols. Y formado por los 14, 18 y 19.

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas.

Para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas, alterna ítems realizando en sentido positivo con ítems en sentido negativo.

Junto con el BDI, es la escala auto aplicada más utilizada en la depresión.

Esta escala está adaptada y validada en español (Conde, 1967).

Corrección e interpretación

Proporciona una puntuación total de gravedad, que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems.

Para los ítems en sentido negativo, a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta “muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente” vale 1 punto, la respuesta “casi siempre, siempre, casi todo el tiempo” vale 4 puntos.

Los ítems en sentido negativo en su índice son los números 1, 3, 4, 7-10, 13, 15 y 19.

Los ítems en sentido positivo, refiere mayor puntuación en menor frecuencia, de tal modo que la respuesta “muy poco tiempo, 3 puntos” vale 4 puntos si la respuesta “casi siempre, 3 puntos” vale 1 punto.

Los ítems en sentido positivo son los números 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16- 18, 20.

Puntuación total oscila entre 20 y 80; a mayor puntuación, mayor gravedad de cuadro depresivo.

Los puntos de corte propuesto (Bech, 1996) son:

- ✓ 20-40: Sin Depresión.
- ✓ 41 a 47: menos que depresión mayor.
- ✓ 48 – 55: depresión mayor.
- ✓ 56-80: más de depresión mayor.

Los puntos de corte propuestos en la validación española (Conde y cols., 1970-1974) son:

- ✓ 20-35: depresión ausente.

- ✓ 36 a 51: depresión subclínica y variantes normales.
- ✓ 52 a 67: depresión media y severa.
- ✓ 68-80: depresión grave (opcionalmente hospitalizable).

También se puede transformar la puntuación bruta en un índice porcentual (índice SDS =puntuación X100/80), en cuyo caso los puntos de corte utilizados son:

< 50%: sin depresión

50 al 59%: Depresión leve.

60 69% :Depresión moderada

>70 % Depresión grave

VARIABLES COMPLEMENTARIAS

VARIABLE	TIPO	ESCALA	MEDICIÓN	INDICADORES
Sexo	Cualitativa	Nominal	CATEGORICA	Masculino Femenino
Edad	Cuantitativa	Discreta	De razón	En años referidos
Peso	Cuantitativa	Continua	De razón	En kilogramos
Talla	Cuantitativa	Continua	De intervalo	En centímetros
Estado civil	Cualitativa	Nominal	CATEGORICO.	Soltero, casado, viudo, unión libre.
Religión	Cualitativa	Nominal	GATEGORICA	Católico, testigo de Jehová, evangélica pentecostal, cristianismo, la luz del mundo.
Becario	Cualitativa	Ordinal	CATEGORICA	Médico interno de pregrado. Residentes urgencias Residentes Medicina familiar
Evaluación afectiva	Cualitativa	Continua	De intervalo	0 a 20 0 AL 100
Ansiedad	Cualitativa	Discreta	ORDINAL	Escala de Hamilton 0-5: ausencia de ansiedad. 6-14: ansiedad leve. >15: ansiedad moderada/grave.
Depresión	Cualitativa	Discreta	ORDINAL	Escala de Zung de Conde

				<p>20-35: depresión ausente.</p> <p>36 a 51: depresión subclínica y variantes normales.</p> <p>52 a 67: depresión media y severa.</p> <p>68-80: depresión grave (opcionalmente hospitalizable).</p>
--	--	--	--	---

4.-Selección de la muestra;

a). Determinación del tamaño de muestra.

Se determinará no probabilísticamente, tomando el censo de todos los médicos con categoría de becarios tanto de pregrado como de postgrado adscritos al HGZ no. 8 en el período comprendido de marzo a junio del 2014; dando un total de 97 sujetos de estudio.

b). Criterios de Selección

i) Criterios de inclusión:

- Todo personal médico becario del Hospital General de Zona 8 adscritos en el período comprendido de marzo –junio 2014.
- Ambos sexos, entre la edad de 20 a 35 años.
- Médicos internos de pregrado del hospital general de zona 8.
- Médicos residentes del hospital general de zona 8.

ii) Criterios de eliminación:

- Personal becario que curse con diagnosticado de ansiedad y depresión antes del estudio.
- Personal becario que este en tratamiento antidepresivo, o tome medicamentos ansiolíticos.
- Médicos becarios que no deseen participar en el estudio por cuestiones personales.
- Personal becario que se dio baja en su ciclo académico durante el período que comprende el estudio.

iii) Criterios de exclusión

- Al personal becario que durante el estudio inicie con tratamiento antidepresivo y ansiolíticos por problemas de ansiedad.
- Al personal becario que no dese participar en el siguiente estudio.

5. PROCEDIMIENTO.

Previa autorización del comité local de investigación y las autoridades correspondientes; uno de los investigadores Invitara a los médicos residentes y a los médicos internos de pregrado a participar en el estudio previa información clara y plena de lo que consistirá su participación, explicándole la ausencia de riesgos, así como los beneficios que obtendrá por su participación de acuerdo a los resultados obtenidos de este proyecto, si el médico en formación acepta participar, se le presenta una hoja de consentimiento informado que llevará su firma (ANEXO No. 5) como evidencia de que ha sido informado amplia y claramente sobre su participación en el estudio así como los beneficios que de ello resulten y los posibles riesgos aceptado participar y que aceptan participar. Posteriormente se reunirán a los médicos en formación (médicos internos de pregrado, médicos postgrado) en el aula del hospital general de zona 8, donde se aplicaran en un primer momento las siguientes encuestas; la de Hamilton para valorar a ansiedad la cual consta de 14 ítems que tiene 5 opciones compatibles con la percepción del sujeto e investigación: puntuación del 0= ausente, 1= leve, 2= moderado, 3= grave y 4= incapacitante está ubicada en el (Anexo No.3) , la segunda escala de Zung de Conde para depresión la cual consta de 20 ítems, con las siguientes posibles respuesta nunca o muy pocas veces, algunas veces, frecuentemente, la mayoría del tiempo o siempre, (Anexo No. 4). Para la cual se tiene un tiempo aproximado de 20 minutos. Obtenido después de haber efectuado una prueba piloto con 20 sujetos que reúnen los criterios de selección tal grupo, la cual conformará parte del total de la muestra de no haber cambios.

En un segundo momento se llevará a cabo la compilación de datos de la evaluación afectiva de los médicos en formación (Anexo No. 2), misma que será realizada por los médicos adscritos durante un bimestre para médicos de

pregrado y mensual para médicos de postgrado posteriormente de ser entrega al departamento de enseñanza del hospital general de zona 8, UMF 64 departamento de educación, donde uno de los investigadores se encargara de tomar los datos en una cartilla de vaciado. Por situaciones de ética, los datos de cada uno de los sujetos de investigación serán identificados mediante un folio asignado por listas del censo a cada uno de los sujetos.

Una vez reunidos el total de encuestas aplicadas a los sujetos que conforman el tamaño de la muestra. Se diseñará una base de datos en el programa digital para análisis estadísticos SPSS, efectuándose análisis y de acuerdo a los resultados determinar algún tipo de tratamiento estadístico para alcanzar los objetivos del presente estudio.

6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De acuerdo al análisis de los resultados de esta investigación estos se presentaran de la siguiente forma: serán en porcentajes y frecuencias, mediante estadística descriptiva, el resultado del análisis se buscará relación entre las variables con estadística inferencial, para aceptar la hipótesis se ha establecido una $p < 0.05$.

IX CONSIDERACIONES ETICAS.

El presente estudio se apegará a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Se tomará en consideración lo que establece el Título Segundo, Capítulo I, artículo 13,14 fracción I, se ajustó a los principios éticos y científicos que lo justifiquen (SSA,1987).

Fracción V, se contará con el consentimiento informado y por escrito de cada participante.

Fracción VI, se realizará por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano.

Fracción VII y VIII Se contará con la autorización del Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Zona No.8 Y se llevará a cabo cuando con la autorización del titular de atención de la salud y de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71,73 y 88 de éste reglamento.

El estudio se considerará de riesgo mínimo para los participantes, debido a que se realizaron mediciones neurofisiológicas de la sensibilidad, registro de datos demográficos y clínicos según el artículo 17, fracción II.

Todos los procedimientos están de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, capítulo 1, artículo 17, fracción II. ⁽³⁴⁾

X. Recursos humanos, materiales y financieros.

Recursos Humanos:

Investigador encargado del proyecto, asesor experto y asesor metodológico para apoyar.

Recursos Materiales:

1 computadora

1 impresora

5 cartuchos de tinta

2000 hojas blancas

20 lápices No.2

10 bolígrafos tinta negra

1 engrapadora

1 marcador

1 calculadora

1 memoria USB

Marca textos de diversos colores

2 correctores líquidos

6 borradores

Recursos Financieros:

Los propios del investigador.

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

Las actividades que se tienen contempladas para realizar satisfactoriamente esta investigación son las siguientes; 1. Planteamiento del problema; 2. Diseño instrumentos colectores; 3. Presentación ante el comité de investigación; 4. Autorización del comité de investigación; 5. Levantamiento de los datos; 6. Depuración y tabulación de los datos; 7. Presentación de los datos.

Estas actividades se llevaran a cabo en un periodo de 6 meses, iniciando el mes de Noviembre de 2013 y concluyendo el mes de abril de 2014. Teniendo como estimaciones las siguientes anotaciones

ACTIVIDAD	Mar- Nov 2013	Dic 2013	Ene 2014	Feb Mar 2014	Abr Jun 2014	Jul 2014	Agos 2014	Sep Nov 2014
Planteamiento del problema								
Diseño de los instrumentos colectores								
Presentación ante el comité de investigación								
Autorización del comité e investigación								
Levantamiento de los datos								
Depuración y tabulación de los datos.								
Análisis de resultados								
Redacción del escrito final								

XII. ANEXOS

					INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS COORDINACIÓN DE EDUCACION MÉDICAS DIVISION DE FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD COORDINACION NORMATIVA DE LOS ALUMNOS EVALUACION MODULAR DE LOS ALUMNOS DE "INTERNADO DE PREGRADO"							
Folio.					NSS:		Ciclo académico			Fecha		
Edad:					Peso:	Talla:	Pregrado		Postgrado			
Estado Civil							MIP		RI	RII	RIII	Mujer
Soltero	casado	Divorciado	Unión libre	Viudo								
3.-EVALUACION AFECTIVA						NUNCA	OCASIO	CASI	SIEMPRE			
							NALMENTE	SIEMPRE				
DISCIPLINA Y RESPONSABILIDAD						0	1.0	1.5	2.0			
-PRESENTA PULCRO Y DEBIDAMENTE UNIFORMADO												
-ASISTE PUNTUALMENTE AL SERVICIO Y SESIONES ACADEMICAS												
-RESPETA LAS NORMAS DEL SERVICIO												
-CUMPLE EFICIENTEMENTE SUS ACTIVIDADES												
RELACION MEDICO PACIENTE												
-RESPETA EL PUDOR DEL PACIENTE												
-ES AMABLE Y ORIENTA AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES												
RELACIONES HUMANAS CON EL PERSONAL DEL SERVICIO												
-RESPETA LAS JERAQUIAS												
-TRANSMITE LAS INDICACIONES AMABLEMENTE												
-TRABAJA EN EQUIPO												
-TIENE BUENAS RELACIONES CON SUS COMPAÑEROS												
TOTAL												

EVALUACIÓN MENSUAL

**DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA**

DIVISIÓN DE FORMACIÓN DE PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CICLO LECTIVO _____ GRADO _____ No. DE FOLIO _____

NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____

UNIDAD _____ MES _____

AÑO _____

CIUDAD Y DELEGACIÓN _____ SERVICIO _____

ACTIVIDAD
DIARIA

PRÁCTICA CLÍNICA-
COMPLEMENTARIA

ÁREA

1. COMPORTAMIENTO PROFESIONAL

El residente es capaz de efectuar en forma adecuada:

1.1 La visita hospitalaria o consulta.....		
1.2 El análisis de expedientes clínicos.....		
1.3 La evaluación integral del paciente.....		
1.4 La vigilancia del tratamiento, la evolución del paciente y la detección oportuna de complicaciones.....		

2. CRITERIO

El residente es capaz de:

2.1 Tomar decisiones con base racional.....		

- 2.2 Manejar problemas en forma integral
- 2.3 Administrar los recursos de manera eficiente

3. RELACIONES INTERPERSONALES

El residente es capaz de establecer reacciones interpersonales de manera respetuosa y empática:

- | | | |
|--|----------------------|----------------------|
| 3.1 Interacción con sus jefes | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3.2 Interacción con sus compañeros | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3.3 Interacción con los pacientes abordando sus problemas de manera integra..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3.4 Interacción con los familiares de los pacientes | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4. DISCIPLINA

El residente es capaz de:

- | | | |
|--|----------------------|----------------------|
| 4.1 Asistir puntualmente a sus actividades | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4.2 Presentarse uniformado y pulcro | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4.3 Cumplir las normas e indicaciones | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

5. ACTIVIDADES ACADÉMICAS

El residente es capaz de:

- | | | |
|--|----------------------|----------------------|
| 5.1 Participar con calidad y colaboración en las actividades de aula.... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.2 Colaborar con las sesiones generales | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.3 Colaborar con las sesiones departamentales | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.4 Criticar trabajos de investigación publicados | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5.5 Mostrar interés en la elaboración de trabajos de investigación..... | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

6. CRITICA

El residente es capaz de:

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 6.1 Solicitar y aceptar racionalmente las críticas y actuar en consecuencia | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6.2 Ejercer la crítica con base racional, reflexiva y de manera pertinente | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

7. RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO

El residente es capaz de:

7.1 Cumplir con las actividades inherentes a su cargo con espíritu Institucional y con fundamento en el humanismo.....

7.2 Asumir los resultados obtenidos en sus actividades y sus consecuencias

7.4 Informar a las autoridades de los resultados de sus actividades y consecuencias

Escala: 0 a 100

SUMA
 PROMEDIO PARCIAL
 PROMEDIO FINAL

**RESIDENTE
 EDUCACIÓN**

PROFESOR AYUDANTE

**PROFESOR TITULAR
 O ADJUNTO**

**COORD. CLIN. DE
 E INVESTIGACIÓN MÉDICAS**

Escala de Hamilton Para Ansiedad.

Conteste por favor de acuerdo a la siguiente escala numérica lo que más esté de acuerdo a como se siente en el momento de contestar esta encuesta.

Ausente= 0, Leve = 1, Moderado = 2, Grave =3, Incapacitante = 4

Definición operativa de los ítems	Puntos				
1. Humor ansioso: (Inquietud, espera de lo peor, aprensión, [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. Tensión: (Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar)	0	1	2	3	4
3. Miedos: (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a la multitud, etc.)	0	1	2	3	4
4. Insomnio: (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales: (dificultad en la concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. Humor depresivo: (falta de interés, no disfrutar con sus pasatiempos, tristeza, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares): (dolor y cansancio muscular, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura).	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales): (zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares: (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios: (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire).	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales: (dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarias: (micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. Síntomas del sistema nervioso vegetativo: (sequedad de boca, accesos de rubor, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas por tensión, Pilo erección).	0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Generalmente: el sujeto se muestra tenso, incomodo, agitación nerviosa en las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante. Fisiológico: facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.	0	1	2	3	4
TOTAL					

Escala de Zung para valorar depresión.

Marque con X la columna que coincida con lo que usted considere de acuerdo a como se siente frecuentemente en los últimos dos meses según los enunciados.

	Nunca o muy pocas veces	Algunas veces	Frecuentemente	La mayoría del tiempo o siempre
1. Me siento abatido o melancólico				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy un inútil e innecesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que lo demás estaría mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto las cosas que antes disfrutaba.				



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Ansiedad, depresión y evaluación del área afectiva, de médicos en proceso de formación	
Patrocinador externo (si aplica):		
Lugar y fecha:	Córdoba Veracruz Feb 2014	Número de registro:
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la relación entre resultados de la evaluación del área afectiva y la presencia de ansiedad y depresión en médicos en etapa de formación profesional.	
Procedimientos:	Al ser concluido el protocolo se presentará ante el Comité Local de Investigación para su análisis. Posteriormente al ser otorgado el número de registro se solicitará el permiso a las autoridades correspondientes para el levantamiento de los datos. Al aplicar el instrumento de medición se les proporcionará la información pertinente para que sean plasmadas las respuestas según considere la entrevistada. Se capacitará al personal que levantará los datos para evitar errores en el registro. Previo consentimiento informado se aplicará el cuestionario de evaluación constituido de 34 ITEMS	
Posibles riesgos y molestias:	No APLICA	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	No aplica : Identificar psicopatología y canalizar para su tratamiento adecuado	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica	
Participación o retiro:	No aplica	
Privacidad y confidencialidad:	SI	
En caso de colección de material biológico (si aplica):		
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):		
Beneficios al término del estudio:		
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigador Responsable:	Dra. María Aurea Mendoza Olvera	
Colaboradores:	Rosa María González Tlachi	
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		

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Manes F, Lischinsky A. Instituto de Neurología Cognitiva [internet] Buenos Aires Argentina, Reducción del estrés basados en Mindfulness 2005 [citado agosto.2013]. Disponible en: <http://bureaudesalud.com/v2/2013/08/13/reduccion-del-estrés-basados-en-mindfulness>.
2. Reed GM, Correia JM, Esparza P. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes to wards mental disorders classification. World Psychiatry 2011; 10: 118-31.
3. Stuart J, Eisendrath MD, Jonathan E. Trastornos de estrés y adaptación. Stephen J, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y Tratamiento Medicina interna. 50ª. México D.F. McGraw-Hill, 2011.p. 1038-1078.
4. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Ommeren M, et al. Diagnóstico y clasificación de trastornos específicamente relacionados con el estrés. Trastorno de adaptación. World Psychiatry.2013; 12(3): 202-203.
5. Isserlin L, Zerach G, Solomon Z. Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. Am J Orthopsychiatry.2008;78:423-9
6. WHO. Prevalencia de Ansiedad a nivel mundial [internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007. [citado 20 agosto 2013] Disponible en: <http://www.oms>.
7. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América latina y el Caribe. Organización Panamericana de la salud. Washington, DC: OPS; 2009.
8. Organización Panamericana de la salud. WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América latina y el caribe. Washington, DC: OPS, 2013: 1-5.
9. Saavedra Solano N, Mora ME, Aparicio V, Morris J. Informe sobre sistema de salud mental en México. (IESM-OMS). Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 2011: 5.

10. Medina mora I, Borges G, Ben jet C, Lara C. Prevalencia trastornos mentales y uso de servicios. Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud mental 2003; 26(4):1-16.
11. Amaya Rivera P, Guerrero Lagunés I, Escobar Mesa A, García López M. Servicios de salud de Veracruz. Prevención y control de enfermedades. 2011. P 6-13.
12. Craske MG, Scott L, Rauch MD, Ursana R, Prenoveau J, et al. What is an anxiety disorder. Wiley. 2009; 26: 1067-1068.
13. Andrew G, Hobbs MJ, Borkovec TD, Beesdo K, et al. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM –V. PubMed.gov. 2010 Feb; 27 (2):134-47.
14. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu J, Denys D, Lochner C, et al. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V. Published. 2010; 27: 495-506.
15. Swinson RP. Principles of diagnosis and management of anxiety disorders. Paris J. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 51. Toronto: Office; 2006. P. 9-12.
16. WHO: Organización mundial de la salud [internet]. La depresión. Nota descriptiva No. 369. Octubre del 2012 [citado el octubre del 2013]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html.
17. Alwan A, Saraceno B. Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (MhGAP). Mejora y Ampliación de la Atención de los Trastornos Mentales, Neurológicos y por Abuso de Sustancias. Tara Satyanand. Geneva. Organización Mundial de la salud (OMS). 2008. [citado agosto 2013]:1-10. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf.
18. González Torres V. Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana. Organización Panamericana de la Salud en México. 2004; 2:14-17.
19. Puentes E, Gómez Dantes O, Martínez T. Salud México. Información para la rendición de cuentas. Desafíos para el sistema mexicano de salud. ed.1ª. México D.F. 2006:152.

20. Bello M, Puentes E, Medina ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud publica mex.* 2005; 47: 4-11.
21. Lara Muñoz MC. El costo social de los trastornos mentales discapacidad y días productivos perdidos. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiatría. *Salud Mental.* 2007; 30:4-11.
22. Remick RA. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ* 2002; 167(11):1253-60.
23. González Izquierdo JJ. Diagnóstico y tratamiento del trastorno Depresivo. *Catálogo maestro de guía de práctica clínica: IMSS-161-09.* 2012. p13.
24. Gatica-Lara F, Méndez Ramírez I, Sánchez Mendiola M, Martínez González A. Variables asociadas al éxito académico en estudiantes de la Licenciatura en Medicina de la UNAM. 2010; 53(5):9-11.
25. Vargas I, Ramírez C, Cortes J, Farfán A, Heinze G. Factores asociados al rendimiento académico en alumnos de la facultad de medicina: estudio de seguimiento a un año. 2011; 34: 301-308.
26. Tinto V. La magnitud y los patrones del abandono. El abandono de los estudios superiores: una perspectiva de las causas del abandono y su tratamiento. 2010; 6(2):9-37.
27. Vargas I, Aburto M, Cortes J, Álvarez A. Perfil integral del candidato al Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA) de la Facultad de Medicina de la universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). *Salud mental.* 2010; 33:389-396.
28. Norma oficial mexicana NOM, Utilización de campos clínicos para ciclos e internado del pregrado. NOM-234-SSA1-2003. 02/02/2003. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/23455_103.html.
29. Instituto mexicano del seguro social IMSS. Procedimiento para la evaluación del aprendizaje de los médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad. Clave 2510-003-013. Disponible en: edumed.imss.gob.mx/normativa/marcojuridico/programaseducativos/postgradoprocedimientos/2510-003-013. 01/03/ 2013.

30. Betancourt Sánchez MJ, Gálvez López ME, Rodríguez Islas CL, Betancourt Hernández L. Cambios en el circadiano del cortisol en médicos residentes con trastornos de la afectividad. Rev. MedPud Journals. 2009; (5): No. 42. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com>.
31. Moreno EA, Latorre RI, Miqueta J, Campillo SA, Sáezb J, Luis AJ, Sociedad y cirugía. Burnot y cirujanos. Cir. Esp. 2008, 83 (3):118-124.
32. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuación estructurales. Rev. Panam Salud Pública. 2008; 23 (1):7-18.
33. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol 1959; 32:50-55.
34. Zung W. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12:63-70.
35. Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening. A twenty years update with reference to DSM-IV and ICD-10, 2a ed. Rev. Berlin: Springer, 1996.
36. Norma oficial mexicana. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. NOM-012-SSA3-2013. Disponible en: www.dof.gob.mx.
37. EDICIONES DOYMA, S.L. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS: EJEMPLOS DE CASOS. CONCRECIONES A: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (VANCOUVER) October 2001. Barcelona, revisado en abril de 2003