



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN ANESTESIOLOGIA

PREVENCION DEL SUCIDIO EN MEDICOS RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE
LA CIUDAD DE MEXICO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:
RAMÍREZ PÉREZ KARLA MARIANA CITLALMINA

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES
DRA. HERLINDA MORALES LÓPEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimiento

Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, sin embargo no creo que sea el único legado del cual yo particularmente me siento muy agradecida, mis padres me han permitido trazar mi camino y caminar con mis propios pies. Ellos son mis pilares en la vida. Gracias mamá y papá.

A mi hermano y cuñada por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mi una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

En el camino encuentras personas que iluminan tu vida, que con su apoyo alcanzas de mejor manera tus metas, a través de sus consejos, de su amor, y paciencia me ayudo a concluir esta meta. Gracias Alan.

De manera especial a la Dra. Herlinda Morales y el Dr. Andrés Muñoz , por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi residencia médica y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

Dedicatoria

A mis padres Xochitl y Francisco quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	31
DISCUSION.....	45
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50

RESUMEN

Objetivo General: Identificar el riesgo de suicidio en médicos de la secretaria de salud de la Ciudad de México, mediante la aplicación del cuestionario BDI-II 1996.

Material y métodos: Tipo de estudio descriptivo, transversal y prospectivo , se proporcionó información acerca del suicidio a médicos de Hospitales de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México, posteriormente se aplicó el cuestionario BDI-II para identificar factores de riesgo para depresión y suicidio.

Resultados: Se obtuvo una muestra por censo de 54 participantes en donde 50% fueron mujeres y 50% hombres, 30.04% estudiantes de medicina, 31.48% médicos residentes, 25.93% médicos adscritos y 5.56% médicos internos de pregrado. Los resultados de la escala para depresión y suicidio son: 85.19% dentro de la categoría mínimo, 7.41% leve, 3.70% moderado, 3.70% severo. Existe una asociación entre el sexo femenino y un mayor puntaje en la escala BDI-II presentando mayor incremento en llanto, aislamiento y disminución de libido.

Conclusiones: En la escala BDI-II al interrogar directamente la ideación suicida no se encontró una puntuación estadísticamente significativa, sin embargo, si existen puntuaciones significativas para depresión, el cual es uno de los factores que influyen en la ideación suicida y suicidio.

Palabras claves: Médico Residente, prevención, suicidio.

INTRODUCCION

El término suicidio fue hecho por el Abate Francois Desfontaines en 1735: El que se mata por sus propios deseos comete suicidio.

Las diversas culturas que han poblado el planeta han considerado el suicidio de distinta manera: Los galios consideraron el suicidio razonable si era por vejez, por muerte de los esposos, del jefe, o por enfermedad grave o dolorosa. De igual manera para Celtas, hispanos, vikingos y nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables. En pueblos germánicos (visigodos), el suicidio buscaba evitar la muerte vergonzosa. Lo que era loable y bien visto. En China (1800 a.C.) se llevaba al cabo por lealtad, en Japón era un acto ceremonial, por expiación o por derrota, en la india por motivos religiosos, así como por el fallecimiento de los esposos, como en Egipto en donde sepultaban a las esposas de los faraones con ellos. Las tribus africanas consideraban maligno el contacto físico con el cuerpo del suicida, incluso se quemaban la casa y el árbol donde se había ahorcado; el suicidio reflejaba la ira de los antepasados y se consideraba asociado a la brujería; el cuerpo se enterraba sin los ritos habituales.¹

En los tiempos de los antiguos cristianos este fenómeno era raro porque se atentaba contra el quinto mandamiento. En la Biblia aparecen ocho referencias sobre el suicidio: tres de guerreros para no entregarse al enemigo, dos en defensa de la patria, uno al ser herido por una mujer y dos por decepción

(Ajitófel y Judas). Existe la referencia a dos hechos colectivos, uno de 40 personas en un subterráneo de Jerusalén y el suicidio de la fortaleza sitiada en Masada.

En Grecia y Roma las referencias al suicidio son innumerables y por diversos motivos: por conducta heroica y patriótica, por vínculos societarios y solidarios,, por fanatismo, por locura, por decreto (Sócrates) y el asistido por el senado.

Durante la antigüedad clásica el suicidio del enfermo con enfermedad incurable por necesidad, fue una alternativa razonable; en Roma sólo se penaba el considerado suicidio irracional, prevalecía la idea de que no era capaz de cuidar de sí mismo, tampoco cuidaría de los demás, por lo que se despreciaba aquel por causa aparente. Se consideraba que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes. Se aceptaba por el dolor que padecían.

La filosofía de los estoicos, pitagóricos, platónicos, aristotélicos y epicúreos tuvieron gran influencia sobre el concepto romano del suicidio como liberación de un sufrimiento insoportable. Para los romanos y los griegos, morir de manera decente, racionalmente y al mismo tiempo con dignidad, era muy importante. Aristóteles lo consideraba una injusticia si no era autorizado por el Estado: “Entonces eran rehusaos los honores de la sepultura normal y la mano derecha era cortada y apartada del cuerpo”.¹

En los primeros tiempos republicanos, Traquino el Soberbio ordenó poner en cruz los cadáveres de los suicidas y abandonarlos como presas de animales de

carroña para combatir una epidemia de suicidios. No darles sepultura era habitual. Para Séneca, “era un acto enérgico, por el que tomamos posesión de nosotros mismos y nos libramos de inevitables servidumbres”, y celebró el suicidio de su amigo Catón como “el triunfo de la voluntad humana sobre las cosas”.

El neoplatonismo, la filosofía de la felicidad más influyente de la antigüedad clásica, consideraba que el hombre no debía abandonar voluntariamente el lugar asignado por Dios. El suicidio afectaba al alma de manera negativa después de la muerte. San Agustín (354-430 d.C.) lo describió como “detestable y abominable perversidad”, afirmaba que Dios otorgaba la vida y los sufrimientos, y que se tenían que soportar. De igual modo el islamismo lo condena en tal forma que lo considera un hecho más grave que el homicidio.

Edad Media.

Durante esta época el suicidio es penado con rigidez por las leyes religiosas.

El Concilio de Arlés (452) lo declaró como un crimen. El Concilio de Braga (563) lo sancionó penalmente al dictaminar que el suicida no fuera honrado con ninguna conmemoración en la liturgia, excluido del campo Santo. Lo mismo sucedió en el Concilio de Auxerre (578). Sus cuerpos eran trasladados con escarnio, enterrados en las encrucijadas de los caminos (Carrefour), sus memorias difamadas y sus bienes confiscados.

Renacimiento.

El suicidio es variable, aumenta y disminuye según el periodo, y es más notable durante el romanticismo (llamado el mal del siglo); persisten las sanciones religiosas.

Contemporáneo: Varios hechos se esgrimen como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: salud psicológica quebrantada, superioridad de lo material sobre lo espiritual, ambición desmesurada del hombre por el poder, frialdad del cientificismo tecnológico, estrés de la vida, vejez desprotegida e institucionalizada, disolución familiar, pérdida de vínculos, falta de valores morales, masificación, soledad del hombre y pérdida de papeles, baja tolerancia a la frustración.

Por otro lado en la cultura cristiana, el Catecismo de la iglesia Católica (1992) señala que “la iglesia ora por las personas que han atentado contra su vida”, asumiendo una actitud pastoral y considerando la estabilidad mental y psicológica del suicida y las consecuencias sobre su familia.¹

El suicidio en el México prehispánico

Antes de la conquista el suicidio era considerado un auto sacrificio y se consideraba a los que lo hacían como valientes a esta práctica se le denominaba *Nenamictiliztli*, Para los mayas y nahuas, el suicidio era como imitar a sus dioses, era la mejor manera de honrarlos que haciendo los mismos sacrificios que ellos para poder conformar el mundo (creación del sol y la luna, auto sacrificio de nanahuatzin y Tecuciztécatl).

Los que se suicidaban iban directamente a Cincalco o la Casa del Maíz, para ingresar sin problemas se debería haber ahorcado posiblemente para imitar a la Diosa Ixtab quién habitaba en Cincalco. Los nativos de Atlauhpuľco bailaron en un ritual a Huitzilopochtli y después se lanzaron a una hoguera en suicidio colectivo se cree que para emular a Chimalpópoca, los toltecas también practicaban suicidios colectivos para ofrendar a diversos dioses, ellos se arrojaban a una barranca, podía ser individual, clavándose una daga, lanzándose de alguna pirámide o tomando veneno esta última era una forma humillante de entregar su vida.²

El ahorcamiento (la forma del suicidio por excelencia) se relacionaba con la fertilidad, la germinación y el crecimiento. Señales de una buena cosecha de maíz, aparejada con el desarrollo de las comunidades y familias. En este contexto se sitúa la historia de la diosa maya que le diera nombre y sentido al mito: Ixtab. Su nombre significa "la de la cuerda" debido a que se quitó la vida colgada de las puertas del cielo con una soga. Se le relacionaba con la vida futura que iba más allá de la terrenalidad y donde moraban los muertos.²

El suicidio en la época Virreinal.

Para los cristianos el suicidio era anatema, debido a que su vida no les pertenecía, los cristianos no estaban en libertad de tomar su propia vida; eran los custodios de su propia alma, que también tenía una misión terrenal, promover el mensaje cristiano a través de la palabra y los hechos, una misión

que en sí misma era un legado mundano trascendental, tanto con un componente material como con uno espiritual.

La preocupación de los sacerdotes por el suicidio entre los nativos, particularmente en las zonas donde esa práctica era notable, fue un reconocimiento tácito de la importancia de dominar la muerte de los indígenas. Así, Pérez de Ribas analiza la lucha de sus hermanos jesuitas por incrementar la dificultad del suicidio entre los pobladores.

Enfrentada a la muerte como un escape a los términos que proponía para la vida, la Iglesia puso en juego tanto sus poderes de persuasión como su poder político para arrebatar incluso la historia de los suicidios del mundo natural de relaciones de los indígenas. Los clérigos actuaron resueltamente para obtener el dominio total sobre el marco y la interpretación públicos del suicidio y, hacia mediados del siglo XVII, ya habían logrado moldear las actitudes populares. Esto es lo que se puede demostrar en el caso de la ciudad de México.¹

El suicidio es un grave problema de salud pública que constituye una de las causas de muerte no natural más frecuentes en el mundo.^{1,2} Se estima que en los últimos 45 años la prevalencia del suicidio se ha incrementado en 60% por lo que es la décima causa de muerte a nivel mundial y una de las tres causas de muerte en personas de 15 a 44 años.¹

Europa tiene una tasa elevada de suicidios, pero hay diferencias entre los distintos países de la región: Finlandia, Hungría, países bálticos, Rusia y

Bielorusia engloban las tasas de suicidio más altas del mundo con 40 suicidios por 100 000 habitantes; en países del sur de Europa como Italia, España y Grecia poseen tasas bajas de suicidio, en España se ha incrementado esta tasa a 11.3% en 2012.¹

Los comportamientos suicidas son un fenómeno complejo en donde intervienen varios factores como: biológicos, clínicos, psicológicos y sociales.

El suicidio se relaciona con el modelo de sociedad en el que un individuo vive, factores estresantes y alteraciones en el entorno. Hay reportes que indican que vivir en un entorno con adecuadas condiciones de vida y sin dificultades económicas disminuye el riesgo de suicidio, personas divorciadas tienen mayor riesgo de suicidio, ser una persona con creencias religiosas es generalmente, un factor protector de suicidio proporcional al grado de religiosidad del individuo.¹

Las personas con actos suicidas tienen pensamientos de muerte o ideación suicida. La progresión del pensamiento al hecho representa la transición de una sintomatología leve a una más grave, ésta sintomatología se considera prodrómica y un factor de riesgo para intentos suicidas o un factor de riesgo para un suicidio consumado.

Los antecedentes o presencia de enfermedad mental en las personas es el mayor factor de riesgo de suicidio en la población general, los trastornos de humor, de control de impulsos, el abuso del alcohol y sustancias tóxicas,

trastornos psicóticos y de personalidad conllevan el riesgo más elevado de suicidio y de conductas suicidas.¹

Diversos estudios han mostrado tasas de suicidio en los profesionales sanitarios mayores que en la población general y que en otras profesiones. También se han visto tasas mayores en relación con especialidad, siendo mayores en anesestesiólogos y psiquiatras.^{15,16}

En la tradición metafísica y en el pensamiento personalista contemporáneo significa la índole de único e irrepetible, propia de cada ser humano en sí mismo. Toda persona es un ser dotado de dignidad porque es sujeto de su propio existir y de su obrar y no un ejemplar de una especie – como si fuera un fragmento de un todo – el concepto “persona” es universal que se realiza en cada individuo de la especie humana en virtud de su propio ser. Ser persona significa ser “alguien” y no un “algo”.

Dignidad expresa el máximo valor que se puede predicar de un ente. Y por valor la realidad ideal por cuya participación las cosas adquieren cualidades que las hacen estimables. La vida se encuentra en la cima del proceso evolutivo del universo, se puede afirmar que encierra la máxima valía. Es decir que tiene más valor un ser vivo que un inerte.

De todas las formas en que la vida se manifiesta, la humana es, entre todas las especies, la que ostenta el supremo valor, porque ninguna otra especie la supera. El hombre es más valioso que ningún otro ser vivo, además su esencia

se encuentra desvinculada del determinismo de lo orgánico; supera la casualidad biológica; se rige por leyes que le son propias y participa de una dimensión superior: el mundo del espíritu. Solo del hombre se puede decir, que posee dignidad porque es el ser más perfecto porque es un ser personal.⁷

No es posible definir a la persona, solamente hay aproximaciones, la persona no es un objeto. “ el hombre no es racionalmente explicable porque es mucho más que mera razón instrumental.” Una definición limitaría el análisis de lo humano. Pero sí se puede describir a la persona de acuerdo al personalismo.

Las características de la persona son:

1.- Substancialidad-subsistencia: La persona es un ser con una densidad existencial tan fuerte que permanece en sí misma a través de los cambio, posee una dimensión eterna. (Subsistencia del ser personal).

2.- Intimidad-subjetividad: Lo que permanece en los cambios de la persona no es una “cosa”, sino un “quién”, un “alguien”. La persona se concibe como un ser autónomo, consciente de sí e independiente. “ Se posee a sí mismo.

3.- Ser corporal, espacial y temporal: La persona posee una dimensión material y corporal, físico y determinado, no es un ser puramente espiritual sino localizado y herido por el tiempo.

La persona se mueve en un espacio físico y geográfico, casa, ciudad, país etc.

La persona no es un ser estático, sino en constante evolución (crecimiento), tiene un tiempo de vida limitado que lo hace dinámico y proyectivo.⁵

4.- *Apertura y definición:* No es un ser cerrado en sí mismo, sino abierto que necesita trascenderse y salir de sí para desarrollarse con plenitud, posee facultades espirituales: la afectividad, la inteligencia y la libertad, se relaciona con las cosas, las personas y Dios.

La persona es cerrada y abierta cerrada por la inmanencia de su pasado en su presente y abierta porque su presente se abre al futuro.

Hombre y Mujer: Hay personas humanas masculinas o personas humanas femeninas que aportan diversidad, misterio y complementariedad. Son distintos en sus manifestaciones concretas: La corporalidad, sensibilidad, psicología, inteligencia y afectividad.⁷

Trastorno de comportamiento suicida (DSM5)

Criterios propuestos:

A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.

Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quién en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.

B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza

para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.

C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.

D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.

E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.

Especificar si:

Actual: No han transcurrido más de 12 meses desde el último intento.

En remisión inicial: Han transcurrido 12-24 meses desde el último intento.

El comportamiento suicida puede aparecer en cualquier momento de la vida, raramente se ve en niños menores de cinco años. Aproximadamente 25 – 30% de las personas que intentan suicidarse harán más intentos en el futuro.

COMORBILIDAD:

El comportamiento suicida puede aparecer en el contexto de varios trastornos mentales, como en el bipolar, depresión mayor, esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastornos de ansiedad (en especial trastornos de pánico de contenido catastrófico y los flashbacks de TEPT), los trastornos por consumo de sustancia (trastornos por consumo de alcohol), trastornos de personalidad límite, trastornos de la personalidad antisocial, trastornos de conducta alimentaria y trastornos de adaptación. Es raro que aparezca en individuos sin patología perceptible, salvo que se realice debido a una afección médica ¹²

dolorosa con la intención de llamar la atención sobre su martirio por motivos políticos o religiosos o en las parejas que realizan un pacto de suicidio, estando ambos casos excluidos de este diagnóstico, o cuando terceros informantes quieren ocultar la naturaleza del comportamiento.

IDEAS SUICIDAS (ideación suicida):

Pensamientos sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para causar la propia muerte.

SÍNTOMAS:

Los síntomas que advierten sobre el suicidio o los pensamientos suicidas incluyen lo siguiente:

- Hablar acerca del suicidio, por ejemplo, con dichos como “me voy a suicidar”, “desearía estar muerto”. O “desearía no haber nacido”.
- Obtener los medios para quitarse la vida, por ejemplo, al comprar un arma o almacenar pastillas.
- Aislarse de la sociedad y querer estar solo.
- Tener cambios de humor, como euforia un día y desazón profunda al día siguiente.
- Preocuparse por la muerte, por morir o por la violencia.
- Sentirse atrapado o sin esperanzas a causa de alguna situación

- Aumentar el consumo de drogas o bebidas alcohólicas.
- Cambiar la rutina normal, incluidos los patrones de alimentación y sueño
- Hacer actividades arriesgadas o autodestructivas, como consumir drogas o manejar de manera negligente.
- Regalar las pertenencias o poner los asuntos personales en orden cuando no hay otra explicación lógica para hacerlo.
- Despedirse de las personas como si no se las fuera a ver de nuevo.
- Manifestar cambios de personalidad o sentirse extremadamente ansioso o agitado, en especial cuando se tienen algunos de los signos de advertencia que se mencionaron con anterioridad.

Los pensamientos suicidas no desaparecen por sí solos.

Triángulo letal de Schneidman.⁴ Síntomas característicos que acompañan a la persona cuando está a punto de cometer suicidio:

- a) Pérdida de valor ante sí mismo
- b) Agitación extrema en la cual la persona se encuentra muy presionada y no discierne claramente, las decisiones intelectuales se transforman en decisiones impulsivas de orden afectivo
- c) Visión en túnel (no se ve otra cosa que la muerte como salida) o limitación en las posibilidades intelectuales que determinan que el sujeto no pueda discernir serenamente más allá de la situación inmediata.

Los Estados del Proceso Suicida

Se identifican tres estados:

Primer estado. Fase sintomática disfórica (malestar), surge la primera idea de suicidio, si bien la reacción inicial es de oposición.

Segundo estado. La idea va tomando cuerpo. No se ve otra salida; 40% lo comunica al médico, psicólogo o sacerdote y 80% a familiares y conocidos.

Tercer estado: Tranquilidad y calma antes de la tormenta. Ya está decidido el cómo, el cuándo y el dónde.³

Creencias erróneas acerca del suicidio

- 1.- La persona que amenaza con hacerlo en realidad no lo va a hacer y quien desea seriamente hacerlo no avisa.
- 2.- La familia siempre es capaz de evitarlo
- 3.- La persona histérica no se suicida
- 4.- Este es un problema sólo de viejos
- 5.- Hablar del suicidio con la persona que ha pensado o intentado hacerlo induce al acto.
- 6.- Sólo los locos o raros lo llevan a cabo
- 7.- Cuando alguien planea hacerlo, nada ni nadie puede detenerlo
- 8.- La pobreza es el mayor desencadenante del mismo

9.- La gente que intenta suicidarse realmente quiere morirse, antes o después.

10.- Sólo lo hacen los cobardes (o los valientes).

11.- Todos escriben cartas antes del hecho (sólo uno de cada seis suicidas deja una carta a los seres queridos).¹⁴

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

- a) Desmitificación del suicidio y la conducta suicida (mejorar su comprensión y conocimiento).
- b) Tratamiento eficaz de los trastornos mentales
- c) Diagnóstico precoz del espectro impulsivo.
- d) Control ambiental de los factores de riesgo (abuso de alcohol o de sustancias).
- e) Evaluación precoz y simulacros en situaciones límite.
- f) Mejora de la comunicación familiar y organizacional.¹³

ESCALA DE BECK

Beck Depression Inventory (BDI).

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad.⁸ Se utiliza

habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, posteriormente se publicaron dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada al castellano en 1975.⁸

La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. En la mayoría de ensayos clínicos incluidos en la guía NICE se emplea la primera versión.

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana y son los siguientes:⁹

	Ausente o mínima	Leve	Moderada	Grave
BDI-II	0-13	14-19	20-28	29-63
APA 2000	0-9	10-16	17-29	30-63
Versión de 13	0-4	5-7	8-15	>15

Suicidio en personal de salud en México

En México el suicidio es considerado como un problema de Salud Pública. La OMS realizó un estudio donde reportó que en países con población superior a 100 000 000 de habitantes como México tiene el porcentaje más alto de incremento con 61.9% periodo 81/93/93-95, le siguen en orden descendente la India, Brasil, y la Federación Rusa.

De acuerdo con las últimas estadísticas reportadas por el INEGI (2017) en México se reportaron 6,559 suicidios consumados de los cuales 5,323 fueron hombres y 1,233 mujeres. Los estados con mayor número de casos reportados fueron Jalisco con 658 , Estado de México 570 y Guanajuato 494, por el contrario los que presentaron menor número de casos reportados fueron Tlaxcala con 55, Colima 46 y Baja California Sur con 47.

Las carreras de Psicología, Medicina, Ciencias de la Nutrición y Derecho pudieran tener más prevalencia de ideación suicida superiores a la población General o a otras Carreras.

El estrés es una condición presente en la formación médica de posgrado y es más común en las especialidades quirúrgicas.

Esta condición depende de la personalidad, ya que ésta influye en la forma en que se perciben y manejan los eventos estresores, lo que puede conllevar a incrementar la propensión a trastornos mentales en general.

Aunado al estrés, el tipo de personalidad y algunas otras características sociodemográficas como el género, el estado civil, las condiciones del entrenamiento y el tipo de especialidad son factores que intervienen en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los residentes de diferentes especialidades.¹⁷

En el periodo de formación de posgrado o residencia existe un incremento de estrés en el entrenamiento médico, debido al contacto directo con el paciente y familiares, así como a la responsabilidad con el enfermo y a la cantidad de información que el estudiante debe manejar para adquirir los conocimientos de la especialidad. Además, en esta época suceden diversos acontecimientos vitales para el residente que aumentan sus niveles de estrés, como cambio de domicilio o lugar de residencia, lejanía del ambiente familiar y social, formación

de pareja e hijos, dificultades económicas e incertidumbre acerca del futuro, entre otras.¹⁹

La prevalencia de sintomatología psiquiátrica en residentes es similar a la población general; sin embargo, están presentes otras alteraciones psicológicas sobre todo en el primer año de formación. Las alteraciones más comunes durante esta etapa de formación son: cansancio físico, hostilidad, ansiedad y trastornos depresivos. Algunos autores señalan como periodos críticos el primer semestre de la residencia, mientras que otros aseguran que existe una alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos durante todo el primer año.

La depresión está ligada al tipo de entrenamiento, al año que está cursando en la especialidad, así como a otras características de afrontamiento y de condición social; un factor que interviene en la problemática emocional común es la limitación del tiempo para las relaciones sociales.

Los residentes, en general, pueden abandonar la residencia por trastornos emocionales y presentan una alta tasa de “suicidabilidad”. La oftalmología y anestesiología tienen tasas mayores de suicidio (60/10,000); en cirujanos, pediatras, radiólogos y patólogos, se presentan las más bajas tasas (10/10,000).

La privación del sueño, propia de la práctica clínica en estos médicos, tiene repercusiones en el estado de salud, como problemas cognitivos, afecto inapropiado, irritabilidad, disminución del estado anímico, déficit en la memoria

reciente, despersonalización e ideas de referencia. Por otro lado, se ha encontrado que los residentes de psiquiatría en particular, tienen una alta incidencia de depresión.¹⁹

El desarrollo de signos y síntomas mentales en los residentes interfieren con su capacidad de concentración, aprendizaje y en las habilidades clínicas, lo que conlleva un riesgo en la calidad de atención de los pacientes.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Se proporcionó información para sensibilizar acerca del suicidio a médicos de Hospitales de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, posteriormente se aplicó el cuestionario de Beck para identificar factores de riesgo para depresión y suicidio.

Se utilizó el cuestionario de Beck BDI-II (1996) para determinar el grado de depresión que presenta el personal de salud que acepto participar en el estudio. Posteriormente se recabaron los resultados en una matriz de Excel , para ser procesados mediante el programa estadístico minitab 18 y mitab inc,17 y así poder ser interpretados.

Variables

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION
Estado civil	Control	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Cualitativa nominal	Soltero. Casado. Viudo, divorciado
Religión	Control	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Cualitativa nominal	Católico Cristiano Ninguna Otro
Sexo	Control	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer. El sexo viene determinado por la	Cualitativa dicotómica	Masculino o Femenino

		naturaleza, es una construcción natural, con la que se nace		
Edad	Control	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio.	Cuantitativa continua	Años
Tabaquismo	Independiente	Intoxicación aguda o crónica producida por el consumo abusivo de tabaco.	Cualitativa dicotómica	Si o no
Alcoholismo	independiente	Consumo abusivo de bebidas alcohólicas y por la adicción que crea este hábito.	Cualitativa dicotómica	Si o no
Toxicomanías	Independiente	Hábito de consumir drogas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica	Cualitativa dicotómica	Si o no
Escala de Beck	Independiente	Cuestionario auto administrado que consta de 21	Cualitativa ordinaria	Cuestionario Beck Ausente o

		preguntas de respuesta múltiple, para medir la severidad de depresión		mínima 0-7 Leve 8-15 Moderado 16-25 Grave 26-63
--	--	---	--	---

PROGRAMA ESTADÍSTICO: Minitab 18, Minitab inc, 2017.

RIESGO ÉTICO: Riesgo menor al mínimo

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Medidas de tendencias central, conteo simple, mediana, moda, desviación estándar, mínimo, máximo, primer cuartil, tercer cuartil, índice intercuartilico

CUESTIONARIO DE BECK⁸

Instrucciones: Las siguientes preguntas que se realizan son para determinar factores de riesgo suicida. Agradecemos infinitamente que se responda con sinceridad así como la participación para realizar el cuestionario.

Lea atentamente y responda las preguntas abiertas, posteriormente marque con una X dentro del paréntesis la respuesta que mejor responda a la pregunta según su criterio. (Una respuesta por cada pregunta del cuestionario de Beck).

Folio:

Nombre: (iniciales)

Estado Civil:

Religión:

Número de Hijos

Sexo:

Edad:

Tabaquismo Si () ¿Cuántos cigarros fuma al día? No ()
Alcoholismo Si () ¿Cada cuando ingiere alcohol? No ()
Consume Sustancias ilícitas: Si () ¿Cuáles? No ()
Consume medicamentos para dormir o para no estar nervioso:
Si () ¿Cuáles? No ()

1.- Estado de ánimo

- 0 () No estoy triste
1 () Siento desgana de vivir. Estoy triste.
2 () Siento siempre desgana de vivir. Estoy siempre triste y no lo puedo remediar
2 () Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho
3 () Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

2.- Pesimismo

- 0 () No soy demasiado pesimista ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro
1 () Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro
2 () Creo que no debo esperar ya nada
2 () Creo que jamás me liberaré de mis penas y preocupaciones
3 () Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

3.- Sentimientos de fracaso

- 0 () No tengo la sensación de haber fracasado
1 () Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas
2 () Creo haber hecho en la vida pocas cosas que valgan la pena
2 () Si pienso en mi vida, veo que no he tenido más que fracasos
3 () Creo que he fracasado por completo

4.- Insatisfacción

- 0 () No estoy particularmente descontento
- 1 () Casi siempre me siento aburrido
- 1 () No hay nada que me alegre como me alegraba antes
- 2 () No hay nada en absoluto que me proporcione una satisfacción
- 3 () Estoy descontento de todo.

5.- Sentimientos de culpa

- 0 () No me siento particularmente culpable
- 1 () Siento muchas veces que hago las cosas mal y que no valgo nada.
- 2 () Me siento culpable
- 2 () Ahora tengo constantemente la sensación de que hago las cosas mal y de que no valgo nada.
- 3 () Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo absolutamente nada.

6.- Sentimientos de castigo

- 0 () No tengo la impresión de merecer un castigo
- 1 () Creo que me podría pasar algo malo
- 2 () Tengo la impresión de que ahora o muy pronto, voy a ser castigado.
- 3 () Creo que merezco ser castigado
- 3 () quiero ser castigado

7. Odio a sí mismo

- 0 () No estoy descontento de mí mismo
- 1 () Estoy descontento de mí mismo
- 1 () No me gusta a mí mismo
- 2 () No me puedo soportar a mí mismo
- 3 () Me odio

8. Autoacusación

- 0 () No tengo la impresión de ser peor que los demás
- 1 () Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos
- 2 () Me hago reproches por todo lo que no sale bien
- 2 () Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

9. Impulsos Suicidas

- 0 () No pienso, ni se me ocurre quitarme la vida
- 1 () A veces se me ocurre que podría quitarme la vida, pero no lo haré
- 2 () Pienso que sería posible que me muriese
- 2 () He planteado cómo podría suicidarme
- 2 () Creo que sería mejor para mi familia que yo muriese
- 3 () Si pudiese me suicidaría.

10. Periodos de llanto

- 0 () No lloro más de lo corriente
- 1 () Lloro con frecuencia, más de lo corriente
- 2 () Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo
- 3 () Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

11. Irritabilidad

- 0 () No me siento más irritado que de costumbre
- 1 () Me enfado o me irrito con más facilidad que antes
- 2 () Estoy constantemente irritado
- 3 () Ahora no me irritan siquiera las cosas que antes me enfadaban

12. Aislamiento social

- 0 () No he perdido el interés por los demás
- 1 () Me intereso por los demás menos que antes

2 () He perdido casi por completo el interés hacia los demás y siento poca simpatía por otras personas.

3 () Los demás no me interesan nada y todo el mundo me es totalmente indiferente.

13.- Indecisión

0 () Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones

1 () Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones

2 () Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.

3 () Ahora me siento completamente incapaz de tomar ninguna decisión, sea lo que sea.

14. Imagen corporal

0 () No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre

1 () Temo que mi aspecto cause mala impresión o de parecer avejentado.

2 () Tengo la impresión de presentar cada vez peor aspecto

3 () Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo

15. Capacidad laboral

0 () Trabajo con la misma facilidad de siempre

1 () Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar

2 () Ya no trabajo también como antes

3 () Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa

4 () Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo, por pequeño que sea

16. Trastornos del sueño

0 () Duermo tan bien como de costumbre

1 () Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre

2 () Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir

3 () Me despierto demasiado temprano por las mañanas y no puedo dormir más de cinco horas.

17. Cansancio

- 0 () No me canso más que de costumbre
- 1 () Me canso más pronto que antes
- 2 () Cualquier cosa que haga me cansa
- 3 () Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer nada, por poco esfuerzo que me cueste.

18. Pérdida del apetito

- 0 () Mi apetito no es peor que de costumbre
- 1 () No tengo tanto apetito como antes
- 2 () Tengo mucho menos apetito que antes
- 3 () No tengo en absoluto ningún apetito

20. Hipocondría

- 0 () Mi salud no me preocupa más que de costumbre
- 1 () Me preocupo constantemente por mis molestias físicas y mis malestares
- 2 () Mis molestias físicas me molestan tanto que me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3 () No hago nada más, en absoluto, que pensar en mis dolencias físicas

21. Libido

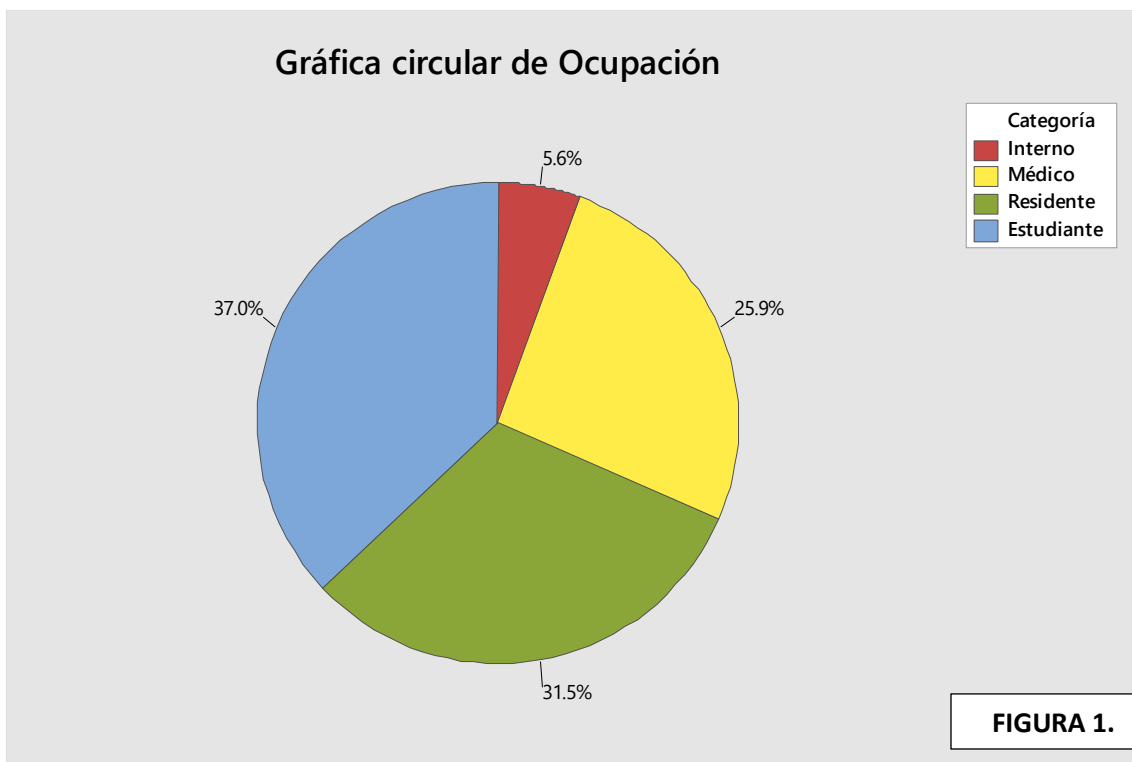
- 0 () No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales
- 1 () Me intereso menos que antes por las cosas relativas al sexo
- 2 () Me intereso ahora mucho menos que antes por todo lo que se refiere al sexo
- 3 () He perdido mi interés por las cosas del sexo.

RESULTADOS

En el caso de la variable discreta sexo, se localizaron 27 femeninos y 27 masculinos, con un porcentaje correspondiente del 50% cada uno de ellos.

Se encontraron 20 estudiantes de medicina, 3 médicos internos de pregrado, 14 médicos adscritos y 17 médicos residentes los cuales representen el 37.04%, 5.56%, 25.93%, 31.48% respectivamente, en este caso los médicos internos representaron menos del 10 % de la muestra total lo cual pudiera impedir una adecuada interpretación de los resultados.

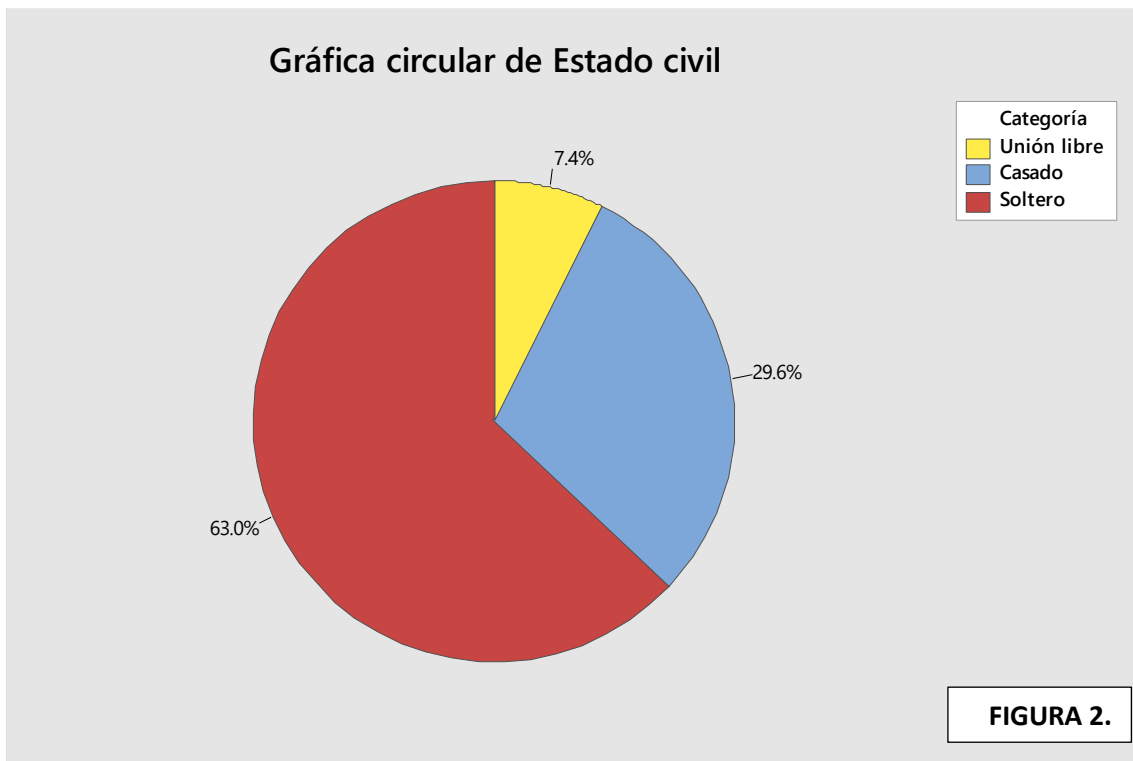
Se muestra la distribución dentro la gráfica para la ocupación. (Figura 1).



Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

En el caso de la variable estado civil tenemos que el 29.63% n=16 fueron casados, el 62.96% n= 34 fueron solteros y solo el 7.41% es decir n= 4 de los participantes se encuentran en unión libre.

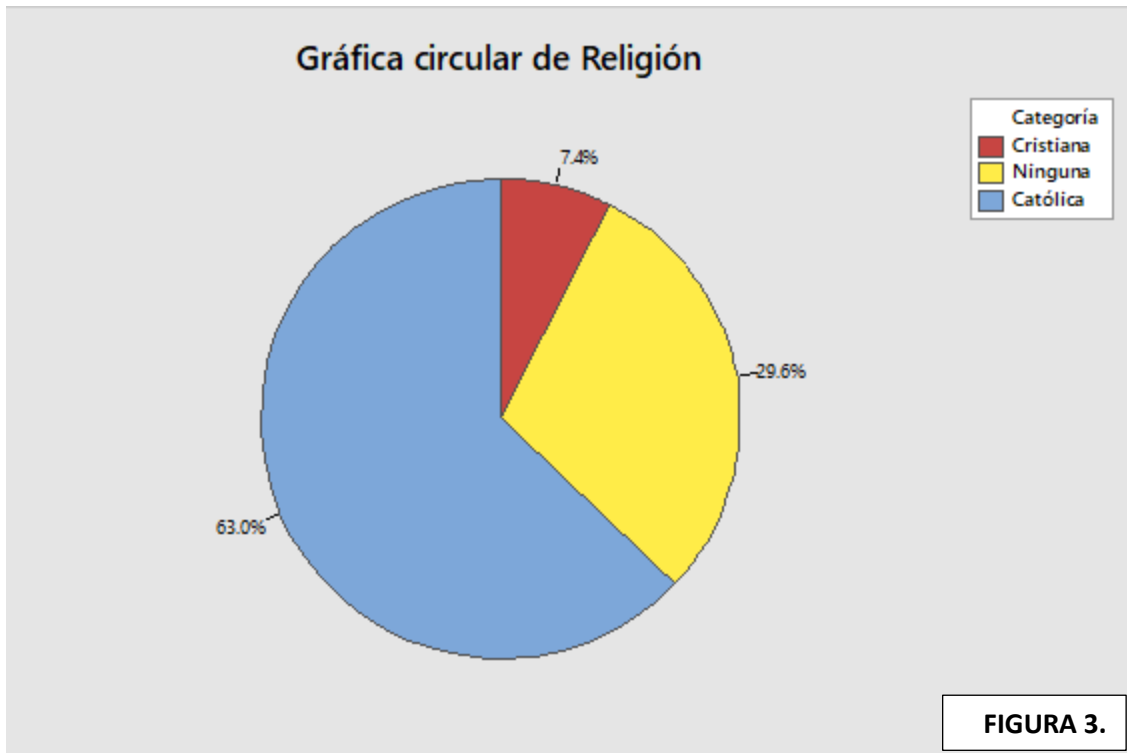
Se muestra la gráfica correspondiente al estado civil de los participantes (figura 2).



Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

En el caso de la religión predominó la católica con un 62.96% n= 32 , seguida por ninguna religión expresada la cual representó un 29.63% n= 16 y solo 4 de ellos es decir 7.41% refirieron ser cristianos.

La composición correspondiente se muestra en la siguiente gráfica (figura 3).



Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

Otro de los puntos a explorar dentro del estudio presente fue el tabaquismo que se hizo como una respuesta dicotómica si o no, en este caso se encontró que solo el 20% de los participantes n= 11 respondieron afirmativamente mientras que 43 de ellos 79.63% refirieron no consumir tabaco.

A la vez se decidió explorar la presencia de etilismo dentro de la muestra seleccionada encontramos que 25 de los participantes 46.36% refieren no consumir bebidas alcohólicas mientras que 29 participantes que corresponde al 53.70% refieren si consumir bebidas etílicas. Se interrogó la frecuencia del etilismo dentro del grupo de estudio. Se presentaron diversas opciones como semanas, quincenal, mensual, ocasional, entendiendo como ocasional mayor a un mes sin consumo de bebidas alcohólicas en este caso el consumo representó como se expresó anteriormente la mayoría. Se distribuyeron de la siguiente manera 4 participantes refirieron un consumo de manera semanal, 8 de manera quincenal otros 8 de manera mensual y 9 de manera ocasional los porcentajes respectivos fueron 7.41%, 14.81%, 14.81% y 16.67% el 46.30% refirió no consumir bebidas alcohólicas.

Se muestran las frecuencias de consumo de bebidas alcohólicas en la gráfica circular (Figura 4).

Gráfica circular de Frecuencia (etilismo)

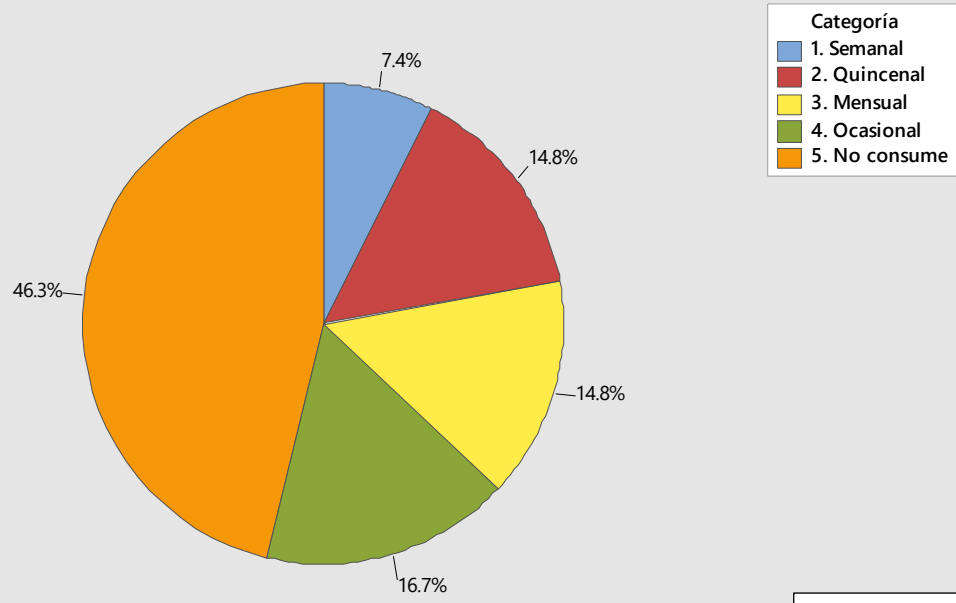
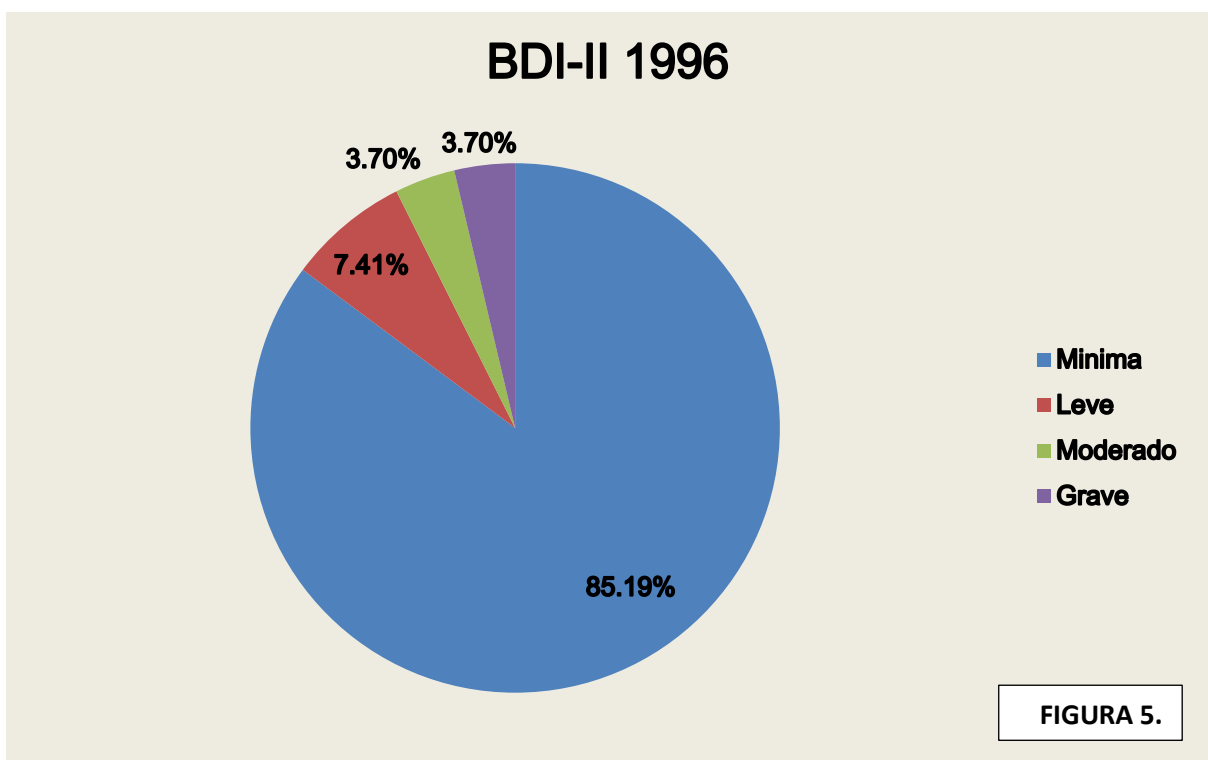


FIGURA 4.

Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

En relación al inventario de la prueba de Beck aplicada de manera auto administrada se obtuvieron los siguientes resultados el 85.19% es decir 46 de los participantes obtuvieron calificaciones que se clasifican como mínimas, 7.41% correspondiente a 4 participantes como leve un 3.70% moderado y el 3.70% restante grave. Se muestran los resultados en la gráfica número 5 (Figura 5).



Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

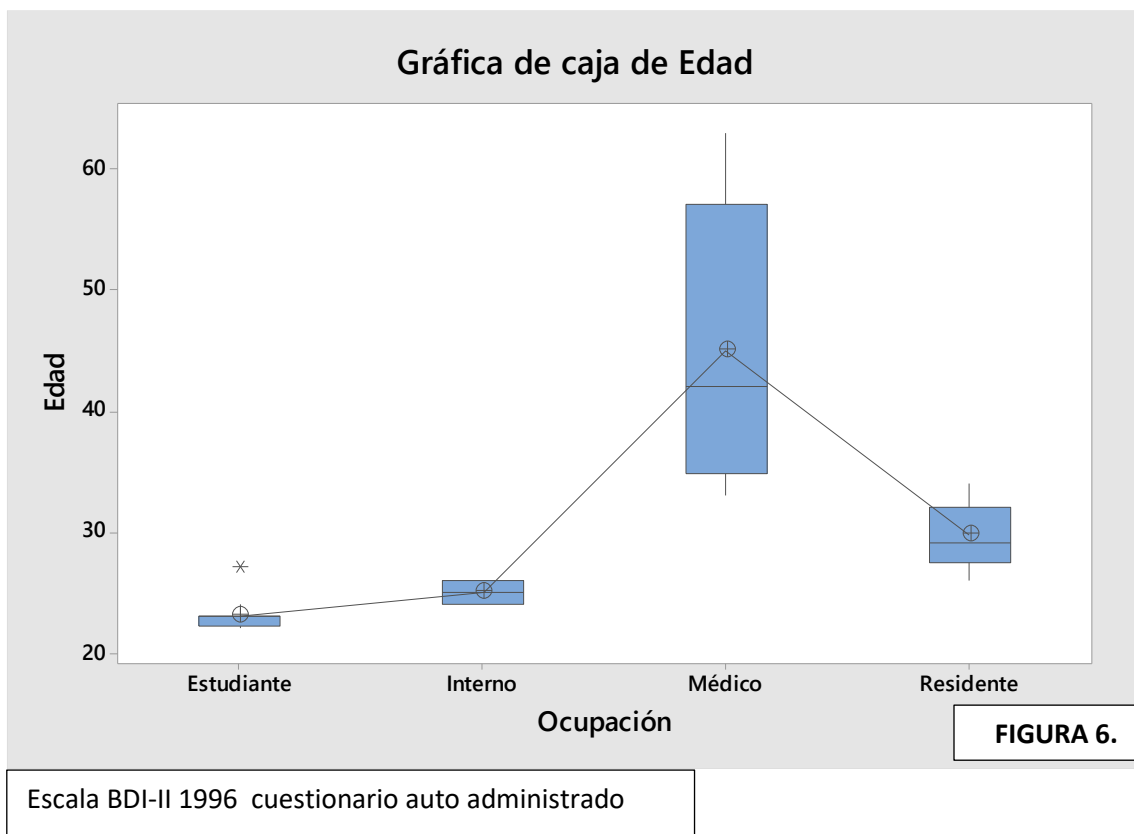
Otro punto a explorar fue si hubo un familiar o amigo con intento suicida el 72.2% es decir 39 participantes refirieron no tener ningún familiar o amigo con intento suicida mientras que el porcentaje restante 27.78% correspondiente a 15 participantes si lo reportaron. Se observa también, que un 81.48% de los participantes no reporto haber tenido familiares o amigos suicidas (suicidio consumado) mientras q el 18.52% que corresponde a 10 participantes si refirieron haber tenido un familiar o amigo con suicidio consumado lo cual está dentro de las características del reporte y no se presenta ninguna característica que nos hiciera pensar una omisión o manipulación de los datos por parte lo los participantes.

La variable Edad (n=54) para la población en general, la media se encuentra 30.96 ± 10.43 , (valores absolutos comprendidos entre 22-63).

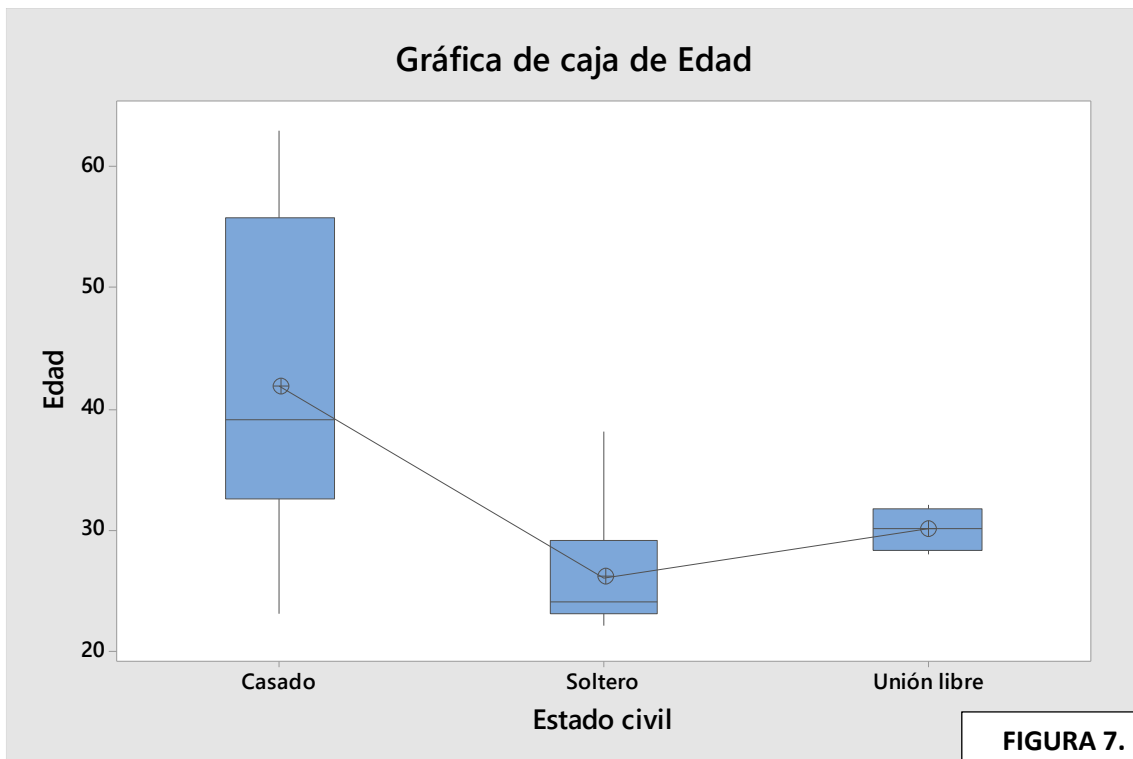
La variable Número de hijos (n=54), la media = 0.593 ± 1.019 , con un mínimo=0 y un máximo =4.

La variable Cigarros/día (n=54), la media presenta 0.889 ± 2.675 , (valores absolutos comprendidos entre 0-15) llama la atención que la media puede describir un consumo negativo, pero se puede explicar por el patrón de consumo de cigarrillos al día.

Se llevó a cabo un estudio de ANOVA de un factor para comparar el efecto de el puntaje del inventario de BDI-II en la ocupación y la edad, en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos $F(3, 9.94425) = 46.49$ con un valor p de 0.000.

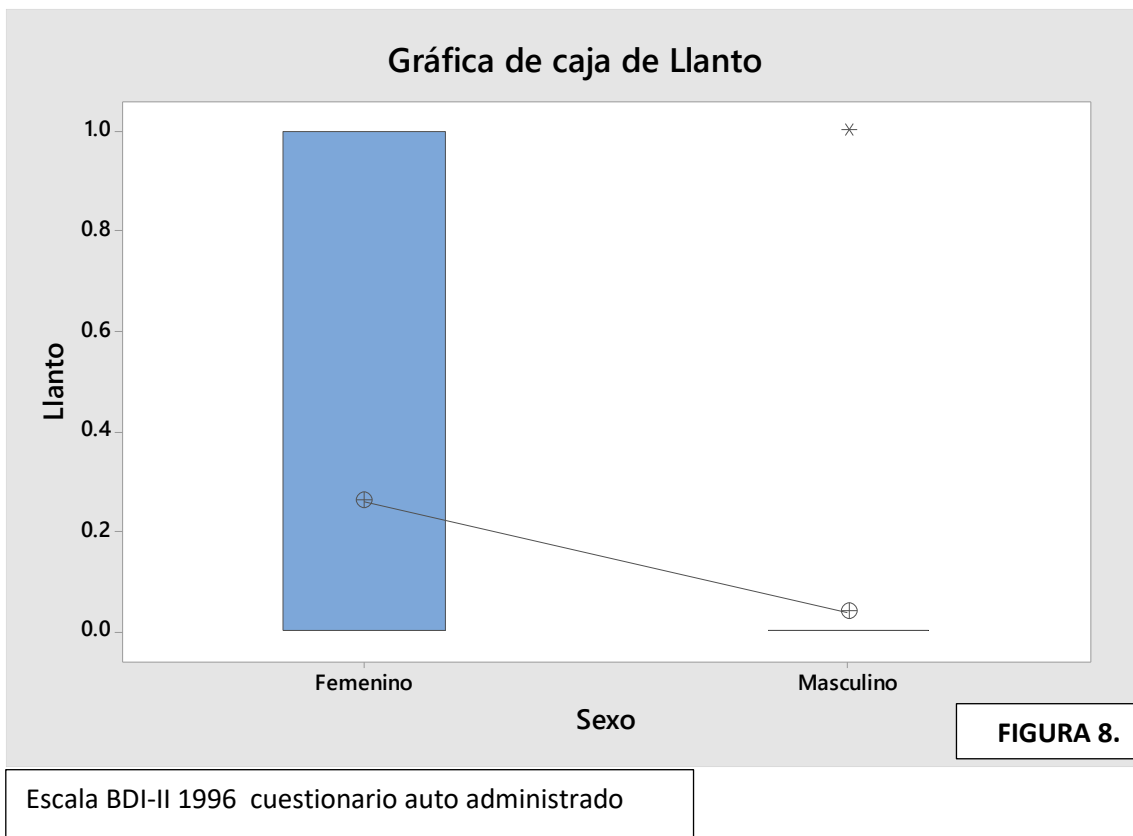


Se llevó a cabo un estudio de ANOVA de un factor para comparar el estado civil y la edad en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos $F(2, 13.7456) = 14.64$ con un valor p de 0.000.



Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

Mediante un estudio de ANOVA de un factor se comparó el efecto de el puntaje del inventario de BDI-II en el ítem de llanto con en el sexo en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos $F(1, 35.3352) = 5.64$ con un valor p de 0.023.



Se llevó a cabo un estudio de ANOVA de un factor para comparar el efecto de el puntaje del inventario de BDI-II en el ítem aislamiento con en el sexo en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos $F(1, 49.6478) = 4.10$ con un valor p de 0.048.

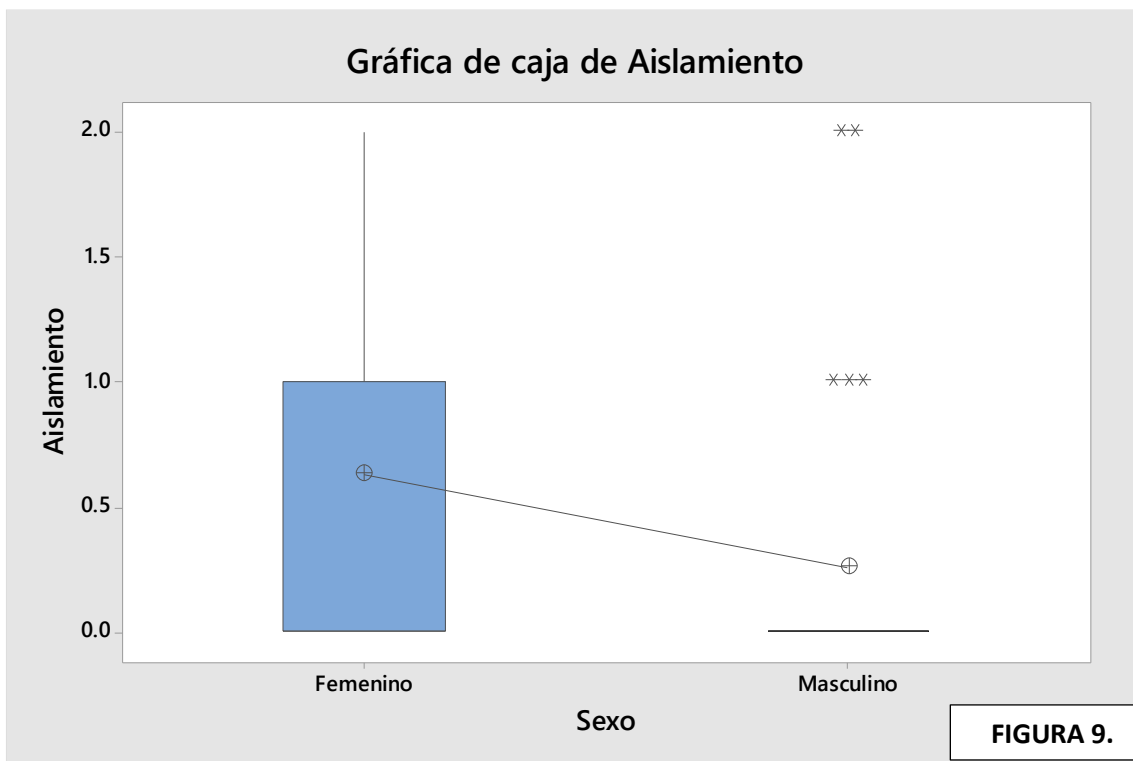
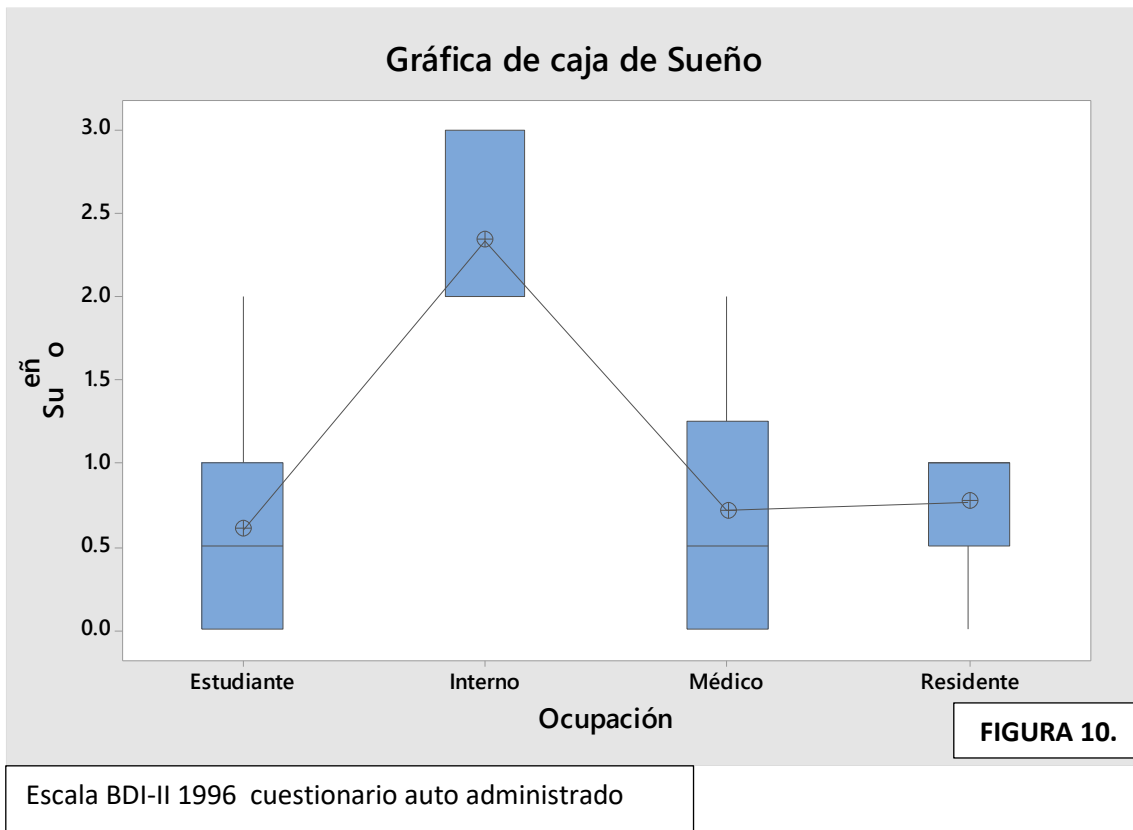


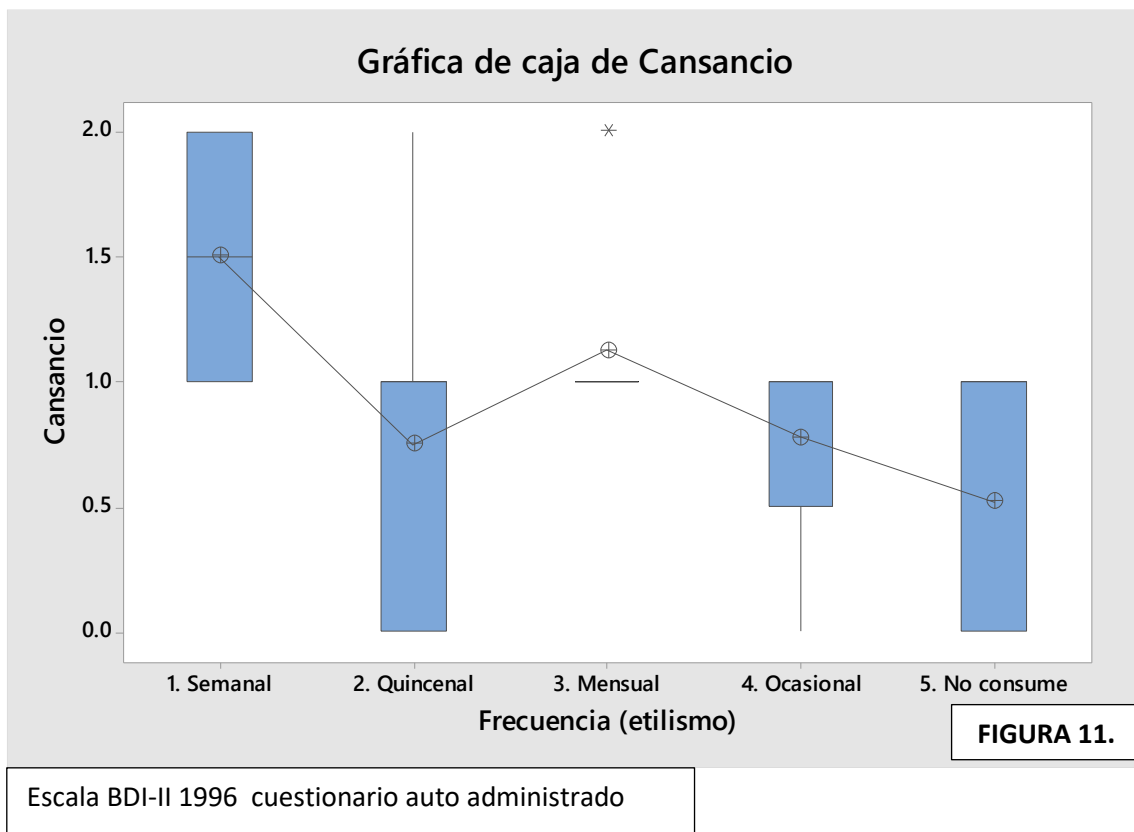
FIGURA 9.

Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

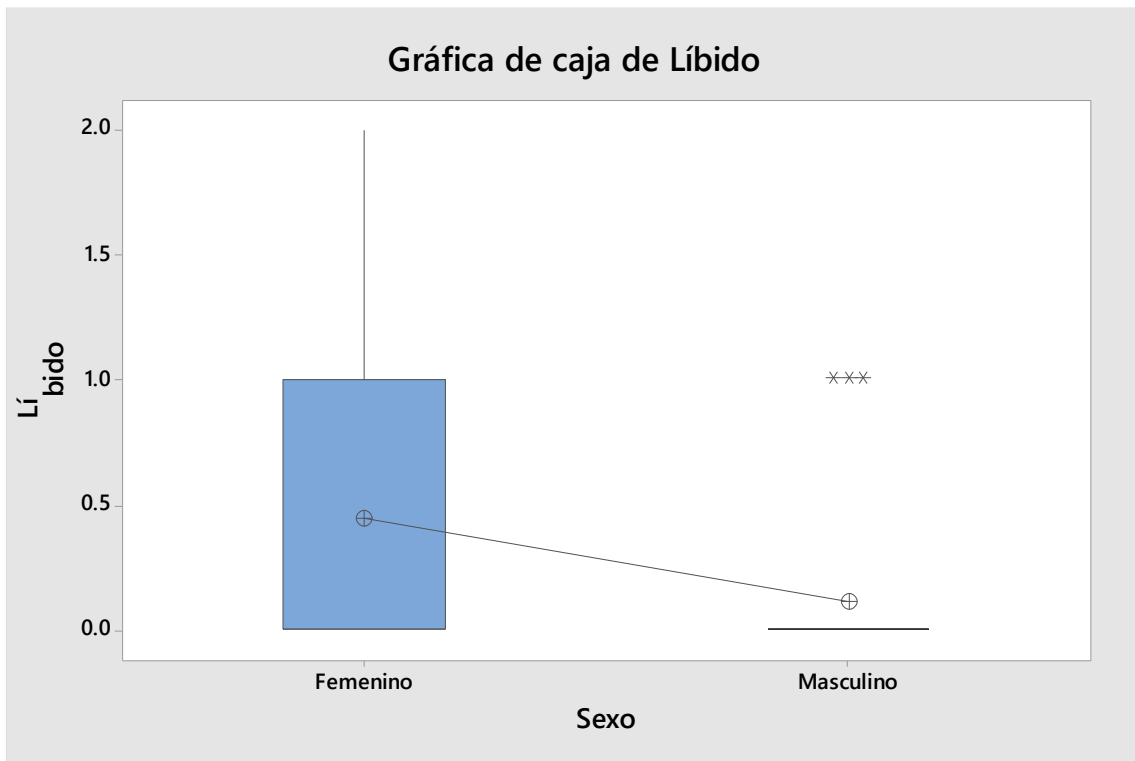
Mediante un estudio de ANOVA de un factor se comparó el efecto de el puntaje del inventario de BDI-II en el ítem sueño en relación a la ocupación en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos $F(3, 9.16750) = 6.78$ con un valor p de 0.011.



Se llevó a cabo un estudio de ANOVA de un factor para comparar el efecto de el puntaje del inventario de BDI-II en el ítem de cansancio con la frecuencia de etilismo en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos $F(4, 13.4539) = 4.41$ con un valor p de 0.017.



Se llevó a cabo un estudio de ANOVA de un factor para comparar el efecto de el puntaje del inventario de BDI-II en el sexo en el cual se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos $F(1, 40.6162) = 6.88$ con un valor p de 0.012.



Escala BDI-II 1996 cuestionario auto administrado

DISCUSION

Se realizó el presente estudio con la intención de detectar la incidencia de depresión descrita por el inventario de depresión de Beck en su segunda edición (BDI-II), porque constituye uno de los elementos más valiosos para la detección, mediante la aplicación autóloga de una prueba psicológica. Tiene este la bondad de ser el que cubre la mayor parte de las definiciones de depresión reconocidas por psiquiatras. Desde su inserción este inventario se ha desempeñado de manera consistente. Por lo anteriormente expuesto se decidió emplear este a pesar de que la población objetivo pudiera manipular y por ello crear mayor sesgo al ser administrada a personal de la salud, el cual está entrenado para reconocer las primeras manifestaciones de depresión, sin embargo el personal de salud es difícil de diagnosticar.

Dentro de los resultados se encontró consistencia dentro de las respuestas, poca variabilidad en algunos de los ítems salvo los descritos arriba, los cuales si bien son pocos en algunos casos pudiera ser el motivo de que se clasifique como leve o moderada de acuerdo al albarejo publicado por Beck en 1996.

Pese a que se encontraron valores atípicos extremos en algunos de los estadísticos descriptivos todos ellos pudieron ser explicados del contexto de la población y en casos dudosos nos referimos a la fuente de los datos (encuestas realizadas)

En el caso de la edad y la ocupación el estadístico empleado refuerza únicamente la progresión de la vida del médico. Se encontró diferencia entre los que tuvieron hijos y ocupación siendo los médicos adscritos, razonablemente los que tuvieron mayor número de hijos probablemente por mayor estabilidad económica.

También se encontró que los casados tuvieron un mayor número de hijos y en el caso de Ítem que explora el llanto se encontró que el sexo femenino tuvo mayor variabilidad es decir que hubo una diferencia significativa en las respuestas para llanto entre hombres y mujeres siendo mas altos los puntajes para mujeres.

Igualmente hubo una diferencia estadística significativa en cuanto al sueño en los médicos internos, reportando un mayor puntaje, pero el tamaño de la muestra podría impedir la correcta interpretación de los resultados.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al consumo de alcohol y el puntaje en el ítem de cansancio, siendo las personas que consumen alcohol de manera semanal las que presentan una mayor puntuación.

En cuanto a la comparación entre la disminución de la libido y el sexo se encontró diferencia estadísticamente significativa, siendo el sexo femenino quien presento un puntaje mayor en este ítem, es decir, una disminución de la libido mayor en relación con el sexo masculino

CONCLUSIONES

El estudio explora la incidencia de depresión presentada por los médicos en diferentes niveles académicos, desde estudiantes de medicina, médicos internos, médicos residentes y médicos adscritos. Encontrándose que si bien los puntajes son bajos en su mayoría, se encuentran muy cerca de los valores que definen mínimo y leve por lo que cualquier cambio en la dinámica familiar, personal, laboral, o cualquiera de los puntos anteriormente mencionados pudiera modificar su categoría pasando a leve o moderada debido a la cercanía de estas dos clases.

Aunque el personal de salud no presenta una mayor incidencia en cuanto a trastornos psicológicos y/o psiquiátricos en comparación con la población en general, los factores desencadenantes de depresión e ideación suicida son mayores, una de los principales desencadenantes es el estrés y son pocas las herramientas con las que cuenta el personal de salud para el manejo de este. Dentro de los resultados de este estudio podemos destacar es que en los puntajes en cuestionario auto administrado BDI-II se observó un incremento en la puntuación en mujeres, a partir de internado medico de pregrado, lo que nos hace inferir que a partir de esta etapa de la formación medica incrementan las demandas en cuanto a exigencia y a la vez existen cambios de la vida personal y dinámica familiar no únicamente en la vida laboral y académica lo que incrementa los niveles de estrés y un manejo inapropiado de

este puede ser el factor desencadenando de trastornos psicológicos preexistentes.

RECOMENDACIONES

Dentro del programa de residencias médicas en la secretaria de salud no existe un programa enfocado a la salud mental de los médicos residentes, mediante este estudio se comprobó que las demandas tanto físicas como psicológicas para el personal de salud en formación son factores de riesgo para desencadenar trastornos psicológicos y/o psiquiátricos y de no llevarse a cabo un manejo adecuado y multidisciplinario de estos, se puede llegar a resultados fatídicos como es el suicidio.

Debe ser prioritario la creación de un protocolo para la detección y atención de médicos residentes con riesgo depresión, así como la creación de un programa que pueda brindar las herramientas necesarias para el manejo del estrés.

Se debe de canalizar a los servicios pertinentes a los participantes en los que se detectó una puntuación elevada dentro de la escala BDI-II calificados dentro de las categorías moderado y severo, para determinar si existen factores de riesgo de depresión y suicidio y de ser necesario, y si así lo desean dar un acompañamiento para referirlos con los servicios pertinentes para su tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Amador GH. Suicidio: consideraciones históricas. Rev Med La Paz 2015; 21(2).
2. Idea de la Muerte en México. Claudio Lomnitz. Ed. Fondo de Cultura Económica. 2013.
3. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie S, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny P, Sloan JA, Shanafelt, TD. Burnout and suicidal ideation among US medical students. Ann. Intern. Med 2008; 149: 334-341
4. Pérez SA. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Rev. Col. Psiq 2005; 34 (3): 386-394
5. Echeburrua E. Las multiples caras del suicidio en la clínica psicológica. Ter. Psic. 2015; 33 (2): 117-126
6. Thomson A. The suicidal process and self-esteem. Crisis 2010; 31(6) : 311-316
7. Flamenbaum R. Testing Schneidman's theory of suicide: Psychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness. Queen's University 2009
8. Sanz J, 50 años de los inventarios de depresión de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la practica clínica. Pap.Psic 2013; 34 (3): 161-168

9. Beltrán MC, Freyre MA. El inventario de depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica* 2012; 30 (1): 5-13
10. Massango SM, Rataemane ST, Motojesi AA. Suicide and suicide factors: A literatura review. *SA Fam Pract* 2008; 50 (6): 25-28
11. Daigle M, Pouliot L, Chagnon F, Greenfield B, Mishara B. Suicide attempts: Prevention of repetition. *Can J Psychiatry*. 2011; 56 (10): 621-629
12. Balasz J, Bennazi F, Rihmer Z, Rihmer A, Akiskal AA, Akiskal SS. The close link between suicide attempts and mixed (bipolar) depression: implicaction for suicide prevention. www.elsevier.com/locate/jad. 2006; 91:133-138
13. Maya A, Apter A. Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life: review. *Int J Environ. Res. Public health* 2012; 9: 985-994
14. Franklin JC, Bnetley KH, Huang X, Chang BP, Fox KR, Kleiman EM, Jaroszewski A, Nock M. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 2017; 143 (2): 187-232
15. Gaona LS, Consuelo JR, Tromp EP, Rizo JN. La importancia de la salud en los médicos residentes y su relación con calidad y seguridad del paciente. *Boletin Conamed OPS* 2018; 3 (18)
16. Langreo C, Cicirello-Salas S, Lopez-Lopez A, Aguilar-Vela M. Marco actual del suicidio e ideas suicidas en el personal sanitario. *Med.Segur.Trab* 2014; 60 (234): 219-238

17. Denis-Rodriguez E, Barradas-Alarcon M, Delgadillo-Castillo R, Denis-Rodriguez P. Prevalencia de ideación suicida en estudiantes de medicina en latinoamerica: un meta análisis. RIDE, 2017; 8(15)
18. Pompili M, Innamorati M, Narciso V, Kotzalidis GD, Dominici G, Talamo A, Girardi P, Lester D, Tatarelli R. Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. Clin. Ter 2010; 161 (6): 511-514
19. Ibarra O, López V. Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaria de salud del distrito federal. www.medigraphic.com/emis. 2014; 7 (4): 169-177