

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Psiquiatría

**Alteraciones en la Salud Mental en Residentes del Hospital Central
"Dr. Ignacio Morones Prieto".**

Dra. Nayla Soledad Pescador Montiel

DIRECTORA CLÍNICA

Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez

DIRECTORA METODOLÓGICA

Dra. Evelyn Van Brussel

ASESOR

Dr. César Guillermo González Salinas

Febrero 2024



CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
"DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

Alteraciones en la salud mental en residentes del hospital central "Dr. Ignacio Morones Prieto".

DRA. NAYLA SOLEDAD PESCADOR MONTIEL

No. de CVU CONACYT: 966285

DIRECTORA CLÍNICA

DRA. SARAH ANTONIETA NAVARRO SÁNCHEZ

No. de CVU CONACYT: 297161

DIRECTORA METODOLÓGICA

DRA. EVELYN VAN BRUSSEL

No. de CVU CONACYT: 966285

ASESOR

DR. CÉSAR GUILLERMO GONZALÉZ SALINAS

No. de CVU del CONACYT: 478956

SINODALES

Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo
Presidente

Dr. José Fernando García Mijares
Sinodal

Dra. Cecilia Alejandra Vázquez
Govea
Sinodal

Dr. Ricardo Ayala Coronado
Suplente



Alteraciones en la salud mental en residentes del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". © 2024 Por Nayla Soledad Pescador Montiel. Se distribuye bajo [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Febrero 2024

I. RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar la presencia de alteraciones mentales en los médicos residentes. Se realizó un estudio longitudinal analítico. Participaron residentes de todas las especialidades que se encontraban laborando en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”. A través de una encuesta electrónica se evaluó la presencia de ansiedad, depresión, burnout, empatía y riesgo de estrés laboral. La estadística descriptiva de las variables independientes se evaluó mediante media y desviación estándar para variables continuas, frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Para las variables numéricas se realizaron pruebas de normalidad y homogeneidad de las varianzas. Las variables categóricas se analizaron para encontrar diferencias entre los grupos mediante la prueba estadística Chi². Se realizó un modelo de regresión logística con el propósito de determinar la influencia de las variables que resultaron con diferencias significativas. Del total de 205 residentes encuestados, el 29.3% (n=60) no tuvo depresión, mientras que el resto tenía cierto nivel de síntomas. Al menos el 12.2% (n=25) de los residentes reportaron ansiedad severa, mientras que la otra mitad obtuvo algún grado de ansiedad. El 43.9% (n=90) tuvieron un riesgo muy alto de desarrollar estrés laboral. El 8.8% (n=18) reportaron síndrome de burnout. En la comparación entre la población con y sin burnout, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las variables: pareja (P= 0.030), cuestionario sobre la salud del paciente-9 (P < 0.001), escala de ansiedad generalizada-7 (P = 0.00151) y riesgo de estrés laboral (P = 0.0041). En el modelo de regresión logística, las variables; no contar con pareja, con un OR = 3.677 con IC95% (1.201-12.229), cuestionario sobre la salud del paciente-9 con un OR = 2.659 con IC95% (1.638-4.689) y riesgo de estrés laboral con un OR = 3.785 con IC95% (1.365-16.123) y una R² = 0.3129, resultaron significativas para la aparición de burnout. Un porcentaje significativo de residentes presentaban alguna alteración mental. Aunque la prevalencia de burnout fue menor de la esperada, el riesgo de estrés laboral fue muy alto. Los residentes sin pareja, con síntomas depresivos y riesgo de estrés laboral, tenían más posibilidad de presentar burnout.

Palabras clave: residentes, ansiedad, depresión, burnout, estrés laboral.

II. ÍNDICE

I.	RESUMEN	1
II.	ÍNDICE	2
III.	LISTA DE TABLAS.....	4
IV.	LISTA DE FIGURAS.....	5
V.	LISTA DE ABREVIATURAS	6
VI.	LISTA DE DEFINICIONES	7
VII.	DEDICATORIA	8
VIII.	AGRADECIMIENTOS.....	9
1.	ANTECEDENTES.....	10
1.1.	ALTERACIONES EN LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL MÉDICO:.....	10
1.2.	DEPRESIÓN EN PERSONAL MÉDICO.....	10
1.3.	TRASTORNO DE ANSIEDAD.....	11
1.4.	SÍNDROME DE BURNOUT EN LA COMUNIDAD MÉDICA.....	12
1.5.	ESTRÉS LABORAL.....	14
1.6.	EMPATÍA.....	16
1.7.	INTERVENCIONES PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS Y AGOTAMIENTO EN MÉDICOS.....	18
2.	JUSTIFICACIÓN.....	20
3.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	21
4.	HIPÓTESIS.....	21
5.	OBJETIVO.....	21
5.1.	OBEJTIVO PRINCIPAL	21
5.2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS	21
6.	SUJETOS Y METODOS.....	22
6.1.	DISEÑO DEL ESTUDIO.....	22
6.2.	LUGAR DE REALIZACIÓN.....	22
6.3.	UNIVERSO DE ESTUDIO.....	22
6.4.	CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....	22
6.4.1.	<i>Inclusión</i>	22
6.4.2.	<i>Exclusión</i>	22
6.5.	VARIABLES DE CONTROL	22
7.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
7.1.	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:	24
8.	PLAN DE TRABAJO	25
9.	ETICA	26
10.	RESULTADOS	28

10.1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:	28
10.2.	RESULTADOS DE ESCALAS.....	32
11.	DISCUSIÓN	39
11.1.	ALTERACIONES EN LA SALUD MENTAL DE MÉDICOS RESIDENTES.....	39
11.2.	TRASTORNO DEPRESIVO	40
11.3.	TRASTORNO DE ANSIEDAD	41
11.4.	RIESGO DE ESTRÉS LABORAL	41
11.5.	RIESGO DE SÍNDROME DE BURNOUT	42
11.6.	EMPATÍA.....	42
11.7.	INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL	43
12.	LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN	47
12.1.	LIMITACIONES:	47
12.2.	FORTALEZAS:.....	47
13.	CONCLUSIÓN.....	48
14.	BIBLIOGRAFIA	49
15.	ANEXOS.....	53
	ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ-9)	53
	ANEXO 2: ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA -7 (GAD-7)	54
	ANEXO 3: INVENTARIO DE AGOTAMIENTO DE MASLACH - ENCUESTA DE SERVICIOS HUMANOS (MBI-HSS)	55
	ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LOS CENTROS DE TRABAJO.....	56
	ANEXO 5: ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL (IRI).....	57
	ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITAL.....	58
	ANEXO 7: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	59
	ANEXO 8: FLYERS	61
	ANEXO 9: FOTOGRAFÍAS DE SESIONES.....	62

III. LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Cuadro de variables	22
Tabla 2. Índice de edad en residentes	28
Tabla 3. Participación por año de residencia	30
Tabla 4. Situación de procedencia y convivencia doméstica.....	31
Tabla 5. Estadística inferencial de las variables significativas en el grupo con y sin burnout	36
Tabla 6. Estadística inferencial entre el índice de reactividad interpersonal y la población con y sin burnout	37

IV. LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Sexo de residentes participantes	28
Figura 2. Participación de residentes por especialidad	29
Figura 3. Frecuencia de guardias	30
Figura 4. Índice de residentes en pareja	31
Figura 5. Atención psiquiátrica y/o intervención psicológica	32
Figura 6. Análisis de la escala para depresión PHQ-9	33
Figura 7. Análisis de la escala para ansiedad GAD-7	33
Figura 8. Evaluación del cuestionario sobre riesgo de estrés en el trabajo	34
Figura 9. Análisis del inventario de Burnout de Maslach	35

V. LISTA DE ABREVIATURAS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajo.
- **DSM V:** Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales V
- **PHQ - 9:** Cuestionario sobre la salud del paciente – 9.
- **GAD - 7:** Escala del trastorno de ansiedad generalizada - 7.
- **SB:** Síndrome de Burnout
- **MBI-HSS:** Inventario de agotamiento de Maslach - Encuesta de servicios humanos.
- **NOM:** Norma Oficial Mexicana.
- **IRI:** Índice de Reactividad Interpersonal.
- **TP:** Toma de Perspectiva.
- **FS:** Fantasía.
- **EC:** Preocupación Empática.
- **PD:** Malestar Personal.
- **MBI:** Intervenciones basadas en Mindfulness.
- **HCIMP:** Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.
- **CPDENP:** Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña”.
- **AM:** Alteraciones mentales.
- **EL:** Estrés Laboral.
- **AR:** Año de la Residencia.
- **TG:** Tipo de Guardia.
- **FOR:** Foráneo.
- **VIV:** Vivir con familia, amigos o solo.
- **MED:** Medicamentos.
- **PSI:** Psicología.
- **UASLP:** Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- **OR:** Odds Ratio.
- **KSA:** Reino de Arabia Saudita.

VI. LISTA DE DEFINICIONES

- **Trastorno de ansiedad:** Ansiedad persistente e incapacitante.
- **Personal de Salud:** Hombres y mujeres que se desempeñen en la prestación de servicios de salud, ya sea como profesionales individuales o empleados de instituciones y programas de salud, estén o no capacitados profesionalmente y estén o no sujetos a regulación pública.
- **Agotamiento Psicológico:** Reacción excesiva al estrés causado por el entorno de uno que puede caracterizarse por sentimientos de agotamiento emocional y físico, junto con un sentimiento de frustración y fracaso.
- **Depresión:** Trastorno afectivo que se manifiesta por un estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en las actividades habituales.

VII. DEDICATORIA

A mis padres y hermanas, por su invaluable amor y apoyo incondicional, son mi principal sostén y fuente de motivación.

A Ivanob, por su ejemplo y dedicación todos estos años, mi mano derecha.

A mi familia y especialmente a mi abuelo, quien ha sido mi ejemplo de vida. Tus enseñanzas y amor me acompañan a donde quiera que vaya, porque en cada paso que doy, estás conmigo. Gracias por todo el amor a tu familia, el regalo más grande que nos dejaste.

VIII. AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Evelyn Van Brussel y al Dr. César Guillermo González Salinas, pilares esenciales en la realización de esta investigación, les agradezco profundamente su motivación y el interés que han mostrado y continúan mostrando en el bienestar de los médicos residentes.

Asimismo, expreso mi gratitud a la Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez y al Dr. Vicente Escaname por su invaluable apoyo y asesoría.

Mi sincero agradecimiento al Dr. Joel Santiesteban por su orientación, apoyo y dedicación a este proyecto, su colaboración fue de suma importancia. Agradezco también al Dr. Ricardo Bravo por su atención y disponibilidad en todo momento.

Quiero reconocer y agradecer a cada uno de los participantes en la implementación de las sesiones: al Dr. Mauricio Arnulfo, a la Licenciada Montserrat Lapuente, a la Psicóloga Ana Paola Fernández y Elisa Castro.

Agradezco a los servicios de investigación y enseñanza, así como a aquellas instituciones que mostraron interés en contribuir a este proyecto y en el desarrollo de herramientas para promover la salud mental.

Mi más profundo agradecimiento a cada persona que hizo posible este proyecto, a mi familia y a Ivanob por su apoyo incondicional no solo en este proyecto, sino a lo largo de todos estos años. A mis amigos, quienes me brindaron la motivación necesaria, y a Marisol, gracias por acompañarme en este proyecto.

Por último, a los residentes que participaron, les agradezco profundamente por ser ese pilar fundamental para los cambios futuros.

1. ANTECEDENTES

1.1. Alteraciones en la salud mental del personal médico:

La Organización mundial de la Salud (OMS) conceptualiza el término de salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. En el ámbito médico, la salud mental es percibido como un problema global, ya que, debido a la naturaleza de su labor, son propensos a desarrollar enfermedades psiquiátricas (1).

Numerosos factores adversos inciden considerablemente en el bienestar emocional de los médicos. Estos factores suelen ser complejos, englobando diferentes dimensiones que van desde las organizativas hasta las personales, en un contexto de elevada presión, exigencias constantes y, con frecuencia, recursos limitados. Las repercusiones de estas circunstancias no solo impactan en la atención médica, sino también conducen a la aparición de enfermedades mentales, como trastornos depresivos, ansiedad y burnout (2).

1.2. Depresión en personal médico.

La depresión es un trastorno mental común a nivel mundial, aunque su prevalencia varía entre los diferentes países. La OMS ha identificado a la depresión como el principal factor de discapacidad, estimando una prevalencia mundial en el 2015 entre 2,6% y 5,9%, colocandolo como uno de los fenomenos con mayor desafios en el ambito de salud (3). El trastorno depresivo se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo bajo, perdida del interés en la mayoría de las actividades, disminución de la energía, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o el apetito y dificultad para concentrarse (4).

El origen de la patología es el resultado de la interacción de factores psicosociales, genéticos y biológicos. Sus síntomas no solo afectan la calidad de vida, sino que también repercuten en el ámbito social y ocupacional, además de aumentar la propensión a comorbilidades médicas y psiquiátricas, llegando incluso a incluir intentos suicidas (5).

El personal de salud es un grupo de alto riesgo para la manifestación de síntomas depresivos, ya que están expuestos a niveles altos de estrés desde el inicio de su formación académica hasta la práctica de su profesión, a lo que se suman los factores estresantes inherentes a su vida personal (6). Médicos experimentan tasas más altas de depresión y suicidio que la población general, con una prevalencia de aproximadamente 28,8% en médicos residentes, según una revisión sistemática y metaanálisis publicada en el 2016, de 54 estudios. En el caso de estudiantes de medicina, la depresión afecta a un tercio de la población, frecuentemente estos síntomas depresivos también se acompañan con ansiedad, abuso de sustancias y burnout (3,7). En México, se ha identificado una prevalencia del 20.2% de depresión entre estudiantes de medicina, destacándose la notable influencia de la ansiedad y la desregulación emocional en la manifestación de este trastorno (8).

Para diagnosticar un trastorno depresivo se requiere cinco o más de los síntomas mencionados en el criterio A del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales V (DSM V) para la depresión, además de cumplir con los demás criterios establecidos. Sin embargo, existen herramientas que facilitan la evaluación de los síntomas depresivos. Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) es una escala ampliamente usada y efectiva para evaluar síntomas depresivos experimentados en las últimas dos semanas. Este cuestionario, de tipo Likert, consta de nueve reactivos basados en los criterios del DSM IV para depresión (**Ver Anexo 1**) (9).

1.3. Trastorno de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de respuestas excesivas a las amenazas percibidas tanto del entorno externo como del interno. Estas

respuestas generan síntomas como miedo (respuesta a una amenaza inminente) y ansiedad (respuesta anticipada a amenazas futuras) intensa, persistente, acompañada por conductas evitativas, así como manifestaciones físicas, pudiendo llegar a afectar áreas laborales, sociales y personales. La quinta edición del DSM resume los síntomas esenciales y categoriza los trastornos de ansiedad según sus características (10).

Los trabajadores de salud experimentan alto niveles de ansiedad y otros síntomas de angustia asociado con los riesgos laborales de su profesión. Los estudios de prevalencia indican que los médicos tienen un riesgo más alto de experimentar ansiedad en comparación con la población general (11). La presencia de ansiedad se ha vinculado a una mayor frecuencia de errores laborales y a una disminución del rendimiento cognitivo. Según una investigación, la prevalencia de ansiedad en estudiantes de medicina a nivel global fue del 33,8%. Asimismo, se ha reportado niveles elevados de ansiedad en el personal de salud, incluyendo residentes (12).

La Generalized Anxiety Disorder Inventory – 7 (GAD-7) es una herramienta validada en atención primaria diseñada para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad en las últimas dos semanas, basadas en los criterios diagnósticos del DSM IV para trastornos de ansiedad generalizada. Además de detectar la existencia de síntomas, también posibilita la evaluación de la gravedad y otros tipos de ansiedad. Compuesto por 7 ítems con respuestas de tipo Likert que varían de 0 a 3 según la frecuencia de aparición, el GAD-7 ha demostrado ser una herramienta fiable, con sensibilidad y especificidad adecuadas para valorar los síntomas asociados al trastorno de ansiedad **(Ver anexo 2)** (13).

1.4. Síndrome de Burnout en la comunidad médica.

El estrés laboral, el agotamiento físico y emocional han sido vinculados a la manifestación de un rendimiento ocupacional deficiente (14). El síndrome de Burnout (SB) es definido como una respuesta prolongada al estrés emocional e interpersonal derivado del trabajo. Esta caracterizado por tres componentes principales: el

agotamiento emocional, la despersonalización y baja realización personal (15). Las y los trabajadores de salud suelen experimentar SB con frecuencia, ya que, aunque la acción de brindar ayuda generalmente es gratificante, también está ligada al desgaste emocional. En este sentido, médicos a menudo enfrentan sentimientos de fracaso, frustración e incertidumbre en su práctica clínica (16).

El SB se percibe como un problema ocupacional multidimensional más que una enfermedad, caracterizado por un desequilibrio entre el esfuerzo invertido y la recompensa obtenida en el entorno laboral. En el 2018 Medscape reportó que el 56% de los médicos presentaron SB asociando a la presencia de factores como exceso de burocracia, largas horas de trabajo, falta de respeto entre colegas, compensación insuficiente y falta de autonomía (17).

Médicos, en el ejercicio de su labor, enfrentan el estrés derivado tanto de la estructura gubernamental (reducción en el tiempo de atención, carga de trabajo excesiva, dificultades para equilibrar la demanda laboral y los recursos disponibles) (18) como de ciertas características individuales del propio médico (compulsividad, culpa y pérdida de empatía) los cuales contribuyen al SB. Estos factores se relacionan con una serie de consecuencias adversas a nivel personal y laboral, como una atención médica subóptima, insatisfacción laboral, inseguridad en cuanto al rendimiento, comportamiento distante y hostil, ausentismo laboral, errores, así como alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión o abuso de sustancias (19,20).

En México, un estudio examinó el SB en 450 profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, enfermeros y paramédicos distribuidos en 12 instituciones hospitalarias, en los que reportó que el 10.9% experimentó cansancio emocional, 19.6% mostró despersonalización y el 74.9% presentó una baja realización personal. Además, investigaciones recientes han destacado que el estrés laboral, se ha asociado con efectos negativos para la salud del médico, aumentando el riesgo de enfermedades, especialmente cardiovasculares, debido a respuestas fisiológicas ante el estrés (17,21).

La relación estrecha que mantiene el médico con los pacientes, el sistema de salud y el entorno de trabajo favorece un agotamiento crónico que impacta en el desempeño laboral y aumenta el riesgo de desarrollar problemas como el abuso de sustancias, disfunción en relaciones interpersonales e incluso el riesgo de suicidio (22).

El Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey (MBI-HSS) es reconocido como uno de los instrumentos más utilizados para valorar el síndrome de Burnout en los trabajadores de salud, agregándose otras versiones para evaluar diferentes ocupaciones. Diseñado por Christina Maslach y Susan Jackson en 1981, el cuestionario explora tres dimensiones: agotamiento emocional (nueve reactivos), despersonalización (cinco reactivos) y realización personal (ocho reactivos) con un total de 22 reactivos en una escala Likert que varía de cero a cinco puntos (de “nunca” a “todos los días”). Altos puntajes en las dos primeras subescalas (cansancio emocional y despersonalización) y bajas en la tercera (realización personal) definen el síndrome de Burnout. Este instrumento cuenta con la validación científica y ha demostrado su eficacia a nivel global en diversas poblaciones (23) **(Ver anexo 3)**.

1.5. Estrés laboral.

La Organización Mundial de la Salud define al estrés relacionado con el trabajo como “una condición caracterizada por sufrimiento o disfunción física, psicológica o social, que surge del sentimiento de no poder responder a las solicitudes o estar a la altura de las expectativas” (24). Por otra parte, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) describe el estrés laboral “la reacción que puede tener un trabajador ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar situaciones de trabajo” (25). Tanto el estrés laboral como el Burnout son problemáticas habituales en la población médica debido a las elevadas demandas laborales, la naturaleza emocionalmente exigente de sus funciones y las restricciones presupuestarias. Estos factores se consideran un desafío significativo en el ámbito de la salud (26).

El estrés se define como un estado de tensión mental debido a diversos factores o circunstancias de alta exigencia, y está compuesto por tres elementos: factores estresantes (tanto extrínsecos e intrínsecos), efectos y diferencias individuales (27). En la actualidad existen numerosos estudios que identifican una variedad de posibles factores extrínsecos que experimentan las y los profesionales de la salud. Entre ellos destacan extensas jornadas laborales, incertidumbre sobre el progreso profesional, carga de trabajo excesiva y extenuante, un desequilibrio en la vida laboral y personal, así como el abuso y el maltrato psicológico en el trabajo (28). La violencia en el trabajo se caracteriza por situaciones en las que los empleados son explotados, expuesto a amenazas e insultos, o se ven obligados a realizar actividades denigrantes (29).

Los factores individuales desempeñan un papel crucial en el desarrollo del estrés laboral, incluyendo la autoexigencia, la dificultad para reconocer la vulnerabilidad, el perfeccionismo, la idealización, la autocrítica, y la baja autoestima. Aunque algunas de estas características pueden contribuir de forma positiva al desempeño del médico, a largo plazo pueden volverse perjudiciales y afectar su práctica. La persistencia del estrés puede llevar al agotamiento y a una disminución del rendimiento, convirtiendo el trabajo en algo desagradable que no genera satisfacción. Esto se asocia con respuestas físicas y psicológicas como ansiedad, depresión, trastorno del sueño e incluso intentos suicidas (24,27).

Una encuesta internacional, realizada a 11 países para evaluar las políticas de salud en médicos de atención primaria, reveló un notable incremento en el estrés laboral percibido en todos los países durante el periodo entre el 2015 y 2019 (30). Diversos estudios han establecido vínculos, el estrés y la angustia emocional relacionada con el trabajo, en particular, al principio de la carrera (31). Médicos residentes suelen ser una población especialmente vulnerable al estrés laboral, con una prevalencia documentada de SB, ansiedad y depresión que supera el 50%. Esto se traduce en un impacto negativo en su práctica, con mayores índices de errores médicos, disminución de la empatía, baja satisfacción laboral y falta de profesionalismo (32).

Con el propósito de identificar, analizar y prevenir factores de riesgo psicosociales vinculados al entorno laboral, la Norma Oficial Mexicana 035 (NOM 035) dispone del “Cuestionario para identificar los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo” formado por 46 ítems. Este cuestionario evalúa diversas dimensiones, entre las que se incluyen condiciones del centro de trabajo, actividades y responsabilidades laborales, tiempo destinado al trabajo, responsabilidades familiares, decisiones que puede tomar en el trabajo, capacitación e información que recibe, relaciones con compañeros de trabajo y jefe, así como la atención a usuarios. Estos factores, dependiendo del nivel de riesgo, pueden condicionar la presencia de trastornos de ansiedad, alteraciones del sueño, estrés grave y dificultades de adaptación. El formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro opciones que varían según la frecuencia de ocurrencia (**Ver anexo 4**).

1.6. Empatía.

La atención médica expone a la trabajadora y al trabajador de la salud a dos aspectos psicológicos contrarios: un sentimiento positivo relacionado con la ayuda brindada a pacientes y un sentimiento negativo derivado del sufrimiento y la frustración experimentado durante su atención (33). Aunque el concepto de empatía fue introducido por primera vez en la década de 1950, su naturaleza compleja y multidimensional han llevado a diversas modificaciones. En la actualidad, se describe a través de dos componentes: la empatía cognitiva, que surge de la capacidad de comprender las vivencias y sentimientos desde la perspectiva de la otra persona y la empatía emocional, asociada a la capacidad de experimentar una reacción afectiva en respuesta a esa comprensión (34,35).

La empatía desempeña un papel crucial en la relación médico-paciente, ya que su presencia puede impactar positivamente tanto en la calidad de atención médica como en la experiencia global de los pacientes. Los beneficios médicos asociados a la empatía incluyen el fortalecimiento de la relación médico-paciente, la facilitación de una comunicación asertiva, una mayor adherencia a tratamiento, la obtención de mejores resultados y una mayor satisfacción laboral, entre otros (36). Sin embargo,

personal médico, en su práctica diaria, se enfrenta al sufrimiento crónico y agudo de sus pacientes. Empatizar con el dolor ajeno, aunque es esencial, puede volverse desadaptativo con el tiempo, afectando la capacidad para empatizar (37).

La empatía también ha sido identificada como un potencial factor de riesgo para el desarrollo de agotamiento, sobre todo desde el componente afectivo (34). Evidencia disponible sugiere que la empatía tiende a disminuir a lo largo de la formación médica, la angustia emocional se intensifica a medida que se expone a mayor contacto con los pacientes y se asumen mayores responsabilidades. La ausencia de empatía en la relación médico-paciente se ha asociado con resultados de salud más desfavorables (37,38).

Un modelo neurológico distingue entre los componentes afectivos y cognitivos de la empatía. Estudios de imagen han observado que los centros cerebrales de dolor se activan cuando se experimenta empatía, mientras que las vías de recompensa se activan cuando se experimenta compasión. Este hallazgo sugiere que la presencia continua de empatía podría asociarse a efectos negativos en su bienestar (39).

Para evaluar la empatía se han desarrollado diferentes escalas de autoinforme, incluyendo el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI), elaborada en 1980 por Davis. Dicho instrumento está formado por 28 ítems tipo Likert con cinco opciones de respuesta según el grado de descripción, distribuido en dos componentes que integran cuatro subescalas con siete ítems respectivamente. El componente cognitivo está formado por: 1) Toma de perspectiva (TP) valora la capacidad de comprender el punto de vista de otra persona, 2) Fantasía (FS) evalúa la capacidad de identificarse en situaciones no reales. El componente afectivo se conforma por: 3) Preocupación empática (EC) valora sentimientos asociados a otros como malestar, 4) Malestar personal (PD) evalúa la presencia de ansiedad asociada a factores negativos (40,41) **(Ver anexo 5).**

1.7. Intervenciones para el manejo del estrés y agotamiento en médicos.

Las alteraciones de la salud mental en el personal médico han sido tema de preocupación en los últimos años. Sin embargo, a pesar de este creciente interés, muchos médicos muestran una tendencia significativa a descuidar su autocuidado y la autoconciencia (42). Evidencia reciente subraya la importancia de abordar esta problemática desde un enfoque integral, que considere tanto las consecuencias físicas y psicológicas a nivel individual como sistémicas, con el objetivo de desarrollar herramientas efectivas para gestionar el estrés (43).

Existen una amplia gama de intervenciones respaldadas por evidencia sólida para abordar el estrés y el agotamiento en el personal médico, entre las cuales se incluyen prácticas de atención plena, el fomento de la resiliencia y un enfoque integral en la salud física y mental (44). Las intervenciones basadas en la atención plena, conocidas como Mindfulness (MBI) han sido objeto de investigación en población médica debido a su eficacia para la reducción de alteraciones mentales. Mindfulness se describe como la “conciencia que surge de enfocarse deliberadamente en el presente, sin juzgar, evaluar o reaccionar ante diferentes pensamientos o emociones que puedan surgir” (45). La aplicación flexible, autodidacta y no invasiva de las intervenciones basadas en la atención plena, lo hace apropiado para personal médico, considerando la dinámica de su trabajo. Un estudio realizado en 2009 encontró que ocho sesiones por semana de MBI redujo el burnout y mejoro la empatía en la población médica (46,47).

Las intervenciones centradas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, particularmente aquellos enfocados en las emociones, han demostrado ser efectivas para mitigar el burnout. El arte proporciona un medio para expresar sentimientos y experiencias que a menudo resultan difíciles de verbalizar (48). La arteterapia es definida como el “uso de recursos y elementos artísticos para facilitar la expresión y reflexión de quien consulta”. Su objetivo es enfocarse en el proceso creativo dejando de un lado el valor estético, con el propósito de alentar la autoexploración y reducir el agotamiento y el estrés. La evidencia actual sugiere que la introspección fomentada

por las prácticas de MBI puede facilitar la expresión creativa en el contexto de la arteterapia (48,49), fue por ello que ambas intervenciones fueron aplicadas en la población estudiada en esta investigación.

2. JUSTIFICACIÓN

El recorrido profesional médico, desde el inicio hasta la práctica, es tanto gratificante como un continuo desafío físico y psicológico. Este camino sitúa al sector salud y a sus médicos tratantes, en una posición de vulnerabilidad, con un riesgo significativo de desarrollar trastornos mentales como ansiedad, depresión o burnout. A lo largo de su práctica, se enfrentan a jornadas laborales extensas, a una elevada demanda de atención y abrumadora carga de trabajo, situándolos en un estado crítico que propicia el aislamiento social, la pérdida de empatía y, eventualmente, el agotamiento.

Los médicos, que en un momento fueron considerados activos valiosos para la sociedad, han pasado a ser objeto de abuso, explotación e inclusive violencia no solo de parte de la sociedad en general, sino también del mismo gremio médico. Se conoce que el ambiente en esta ámbito suele ser altamente competitivo, por momentos hostil y angustiante. Estas condiciones se sobrepone a los aspectos personales de médicos, contribuyendo al desarrollo de alteraciones en la salud mental y repercutiendo en su desempeño.

El Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto (HCIMP) es una de las instituciones de salud que ofrecen atención a diferentes estados, médicos residentes de diferentes especialidades brindan sus servicios a esta población, por lo que se han visto comprometido a cada uno de estos factores y al riesgo de desarrollar patologías psiquiátricas. Debido al auge de condiciones psicológicas que afectan al personal médico en la actualidad y al interés que externó la población de médicos residentes que laboran en el HCIMP, en coordinación con el departamento de psiquiatría, enseñanza e investigadores a cargo, se realizó una evaluación a través de escalas en la población de residentes con el objetivo de valorar la presencia de alteraciones mentales en esta población y ofrecer atención especializada.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen alteraciones en la salud mental en los médicos residentes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”?

4. HIPÓTESIS

Las alteraciones de la salud mental, estrés laboral y burnout están presentes en los residentes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

5. OBJETIVO

5.1. Obejtivo principal

Evaluar la presencia de alteraciones en la salud mental en residentes de especialidades médicas del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

5.2. Objetivos específicos

1. Aplicar cuestionario de datos sociodemográficos.
2. Evaluar cansancio emocional en residentes mediante la aplicación de la subescala de Maslach.
3. Evaluar despersonalización en residentes mediante la aplicación de la subescala de Maslach.
4. Evaluar realización personal en residentes mediante la aplicación de la subescala de Maslach.
5. Evaluar la presencia de síntomas depresivos en residentes mediante la aplicación de la escala PHQ-9.
6. Evaluar la presencia de ansiedad en residentes mediante la aplicación de la escala GAD-7.
7. Determinar los factores de riesgo psicosociales en el ambiente laboral en residentes mediante la aplicación del cuestionario de estrés laboral.
8. Evaluar la empatía en residentes mediante la aplicación de la escala de índice de reactividad interpersonal y sus subescalas.
9. Aplicar la encuesta electrónica una vez culminado las sesiones ofrecidas (mindfulness, arteterapia y psicoterapia) a la población de residentes de forma periódica.
10. Comparar los resultados de las mediciones periódicas

6. SUJETOS Y METODOS

6.1. Diseño del estudio.

Estudio longitudinal analítico.

6.2. Lugar de realización.

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

6.3. Universo de estudio.

Residentes de todas las especialidades y grados que laboran en el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

6.4. Criterios de selección:

6.4.1. Inclusión

- Residentes de todas las especialidades del HCIMP.
- Encontrarse laborando de forma activa en el HCIMP.
- Aceptar participar en la realización del estudio.
- Realizar la totalidad de la encuesta digital.
- Aceptar el consentimiento informado electrónico.

6.4.2. Exclusión

- No estar laborando de forma activa en el HCIMP (en rotaciones externas o de vacaciones).
- No concluir la encuesta electrónica.

6.5. Variables de Control

Tabla 1. Cuadro de variables.

Código	Nombre	Descripción		Escala de medición	Valores y unidades
AM	Alteraciones mentales	Escala que evalúan diferentes alteraciones mentales	MBIce	Continua	0-54 puntos
			MBId	Continua	0-30 puntos
			MBIrp	Continua	0-48 puntos

			IRI	Continua	0-140 puntos
			PHQ-9	Continua	0-27 puntos
			GAD-7	Continua	0-21 puntos
EL	Cuestionario para identificar los factores de riesgo psicosociales en los centros de trabajo.	Identificar factores de riesgo psicosociales en centros de trabajo asociados a estrés laboral		Continua	0 – 148 puntos
E	Edad	Edad del residente en años		Continua	23 – 65 años
SEX	Sexo	Sexo biológico de encuestado		Dicotómica	0 = Mujer 1 = Hombre
EC	Estado civil	Tener pareja sentimental Estable		Dicotómica	0 = No 1 = Si
ESP	Especialidad	Especialidad en la cual se encuentra matriculado el encuestado		Nominal	0 = Medicina interna 1 = Cirugía general 2 = Pediatría 3 = Ginecología 4 = Anestesiología 5 = Imagenología 6 = Anatomía patológica 7 = Cirugía maxilofacial 8 = Geriatria 9 = Neonatología 10 = Neurología 11 = Neurología Pediátrica 12 = Traumatología y ortopedia 13 = Cardiología 14 = Dermatología 15 = Nefrología 16 = Oftalmología 17 = Reumatología
AR	Año de la Residencia	Año de la residencia que se encuentra cursando.		Ordinal	0 = R1 1 = R2 2 = R3 3 = R4 4 = Mayor a R4
TG	Tipo de guardia	Tipo de guardia en la que se encuentra laborando en el hospital		Ordinal	0 = Mas frecuente que ABCD 1 = ABCD 2 = Menos frecuente que ABCD 3 = Telefónica

FOR	Foráneo	Ser foráneo, mudarse de ciudad para estudiar la especialidad	Dicotómica	0 = No 1 = Si
VIV	Vivir con familia, amigos o solo	Compartir el mismo domicilio con alguien más o no	Ordinal	0 = Solo 1 = Familiares 3=Amigos
MED	Medicamentos	Estar en tratamiento psiquiátrico con medicamento	Dicotómica	0 = No 1 = Si
PSI	Psicología	Llevar seguimiento psicológico	Dicotómica	0 = No 1 = Si

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los análisis de datos fueron realizados en el programa Rstudio versión 4.1.2. ®

La estadística descriptiva de las variables independientes fue por medio de media y desviación estándar para variables continuas, frecuencias y porcentajes para variables categóricas.

Para las variables numéricas se realizaron pruebas de normalidad y homogeneidad de las varianzas, teniendo una distribución diferente de la normal por lo cual se compararon las diferencias mediante la prueba estadística U de Mann Whitney.

Para las variables categóricas se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba estadística Chi2.

Se realizó un modelo de regresión logística con el propósito de determinar la influencia de las variables que resultaron significativas para la aparición de burn out, se redujo el modelo de regresión utilizando pruebas de verosimilitud hasta llegar a un modelo en el que solo las variables estadísticamente significativas fueran incluidas para evitar la co-linealidad. Con el modelo final se calcularon los OR (Odds Ratio) de las variables predictoras.

7.1. Cálculo del tamaño de la muestra:

Se incluirá al total de la población de residentes que deseen participar y que se encuentren laborando en el HCIMP, para posteriormente realizar cálculo de poder estadístico.

8. PLAN DE TRABAJO

- 1) En coordinación con el departamento de psiquiatría y enseñanza se realizó una evaluación de las diferentes alteraciones medicas que se presentan en la población de residentes a través de una encuesta electrónica hecha en Google forms ®.
- 2) Después de una reunión informativa destinada a sensibilizar a los médicos sobre la salud mental, se realizó una encuesta electrónica que estuvo disponible del 31 de mayo al 01 de julio de 2022. Se invitó a todos los médicos residentes de diversas especialidades que trabajan en el HCIMP a participar en la encuesta mediante un código QR y un enlace de invitación.
- 3) La invitación enviada por correo electrónico incluía un formulario de consentimiento informado al inicio. Una vez aceptado este consentimiento, se dio inicio al cuestionario electrónico, el cual constaba de cinco escalas divididas en seis secciones, que incluían datos epidemiológicos.
- 4) La escala aplicada constaba de seis secciones, que incluían un cuestionario compuesto por cinco escalas y datos epidemiológicos. Las escalas utilizadas fueron el Inventario de Burnout de Maslach HSS (para evaluar la presencia de burnout), la Escala PHQ-9 (para evaluar la presencia de síntomas depresivos), la Escala GAD-7 (para evaluar la presencia de síntomas de ansiedad), el Índice de Reactividad Interpersonal (IRI, para evaluar la presencia de empatía) y el Cuestionario de Estrés Laboral (para identificar los factores de riesgo psicosociales en el trabajo). La duración aproximada de la aplicación fue de 15 a 30 minutos.
- 5) Una vez completado el muestreo se obtuvo un total de 205 encuestados. Los resultados se recibieron de forma electrónica de forma inmediata al correo registrado del tesista a través de Google forms ®.
- 6) El protocolo de investigación se sometió a la autorización del comité Académico de la Especialidad de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UASLP y del Comité de Investigación del HCIMP.
- 7) Durante el mes de agosto, a través de la "Unidad de Salud Mental" compuesta por la Subdirección de Educación e Investigación, médicos psiquiatras y

psicólogos del departamento de psiquiatría del HCIMP, fisioterapeutas y médicos residentes de psiquiatría de la CPDENP, se llevaron a cabo una serie de reuniones con cada especialidad participante. Durante estas reuniones, se informaron los resultados obtenidos y se extendió la invitación para participar en las siguientes sesiones:

- Dos sesiones de arteterapia, a cargo de Ana Paola Fernández, psicóloga especializada en talleres empresariales.
 - Ocho sesiones de terapia física a cargo de Montserrat Lapuente García, fisioterapeuta y maestra en ciencias.
 - Seis sesiones de mindfulness, a cargo de Mauricio Arnulfo Torres Vidales, médico residente certificado por el Instituto Mexicano de Mindfulness.
 - Psicoterapia a través de la Facultad de Medicina de la UASLP y del servicio de psiquiatría del HCIMP.
- 8) Se realizó el análisis estadístico e interpretación de datos obtenidos a través del programa Rstudio.
- 9) Dentro del programa se estipuló evaluar el impacto de las sesiones realizando nuevamente las escalas, sin embargo, no se obtuvo la participación esperada.
- 10) Con el propósito de monitorear el bienestar mental de los residentes, se planeó aplicar periódicamente la encuesta de salud mental a médicos residentes de todas las especialidades. La continuidad de estas intervenciones dependería del interés de otros médicos residentes, aunque hasta la fecha no se ha manifestado.

9. ETICA

Se trató de un estudio de investigación considerado de riesgo mínimo para el participante, debido a que evaluó a través de una encuesta en línea la presencia de alteraciones psiquiátricas como ansiedad, depresión, burnout, estrés laboral y pérdida de empatía. Como parte de las medidas preventivas y de atención de alteraciones de la salud mental en médicos residentes, al observarse porcentajes altos en alguna de las escalas realizadas en los participantes, se notificó a los directivos correspondientes

con el objetivo de ofrecer una atención en general pronta en los médicos residentes como manejo psiquiátrico, arteterapia o mindfulness.

Los procedimientos e intervenciones son considerados sin riesgo, ya que cumple con los dictámenes establecidos por el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación, así como la Norma Oficial Mexicana para proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

La información obtenida se mantuvo resguardada y codificada con la intención de proteger la privacidad de los integrantes. Para participar en el estudio, se solicitó a los participantes la firma de un consentimiento informado electrónico, el cual se mostraba al inicio de la encuesta y la autorización para el uso de datos **(anexo 6 y 7)**. Si era el deseo del participante adquirir de forma física el consentimiento informado sería otorgado a través del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP una vez que sea solicitado a investigador responsable.

El estudio no viola los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki. El protocolo fue aprobado por el comité académico del posgrado, el Comité de Investigación y del Comité de Ética de Investigación del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y con número de registro: 53-22 **(anexo 9, 10 y 11)**.

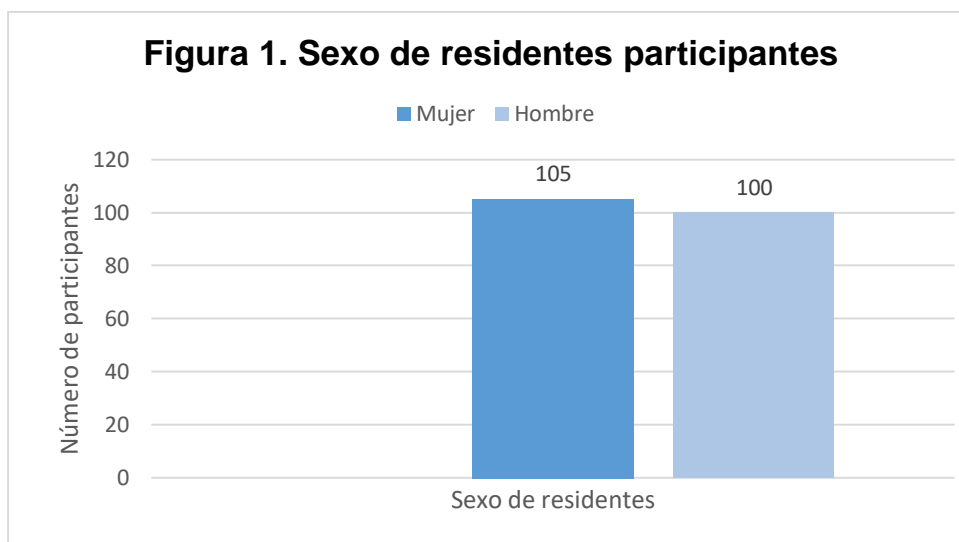
Adicionalmente se siguió las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana y la vigilancia de instituciones y organismos mexicanos como la Secretaría de Salud, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA) y el Comité de Ética en Investigación (CEI) de este hospital.

No existen conflictos de intereses en alguno de los implicados en la ejecución de este proyecto **(anexo 12)**.

10. RESULTADOS

10.1. Características sociodemográficas:

Se conto con un total de 205 residentes en formación que completaron la encuesta en línea. Considerando el último sondeo del número total de residentes que se encontraban laborando de forma activa en el HCDIMP (n=290), el 70.6% de los residentes participaron respondiendo la encuesta. El 51.2% (n=105) de los encuestados fueron mujeres y el restante hombres (figura 1).



En la tabla 2 se analizó la distribución de edades de los residentes, encontrándose similitudes entre mujeres y hombres, con una edad promedio de 29 años.

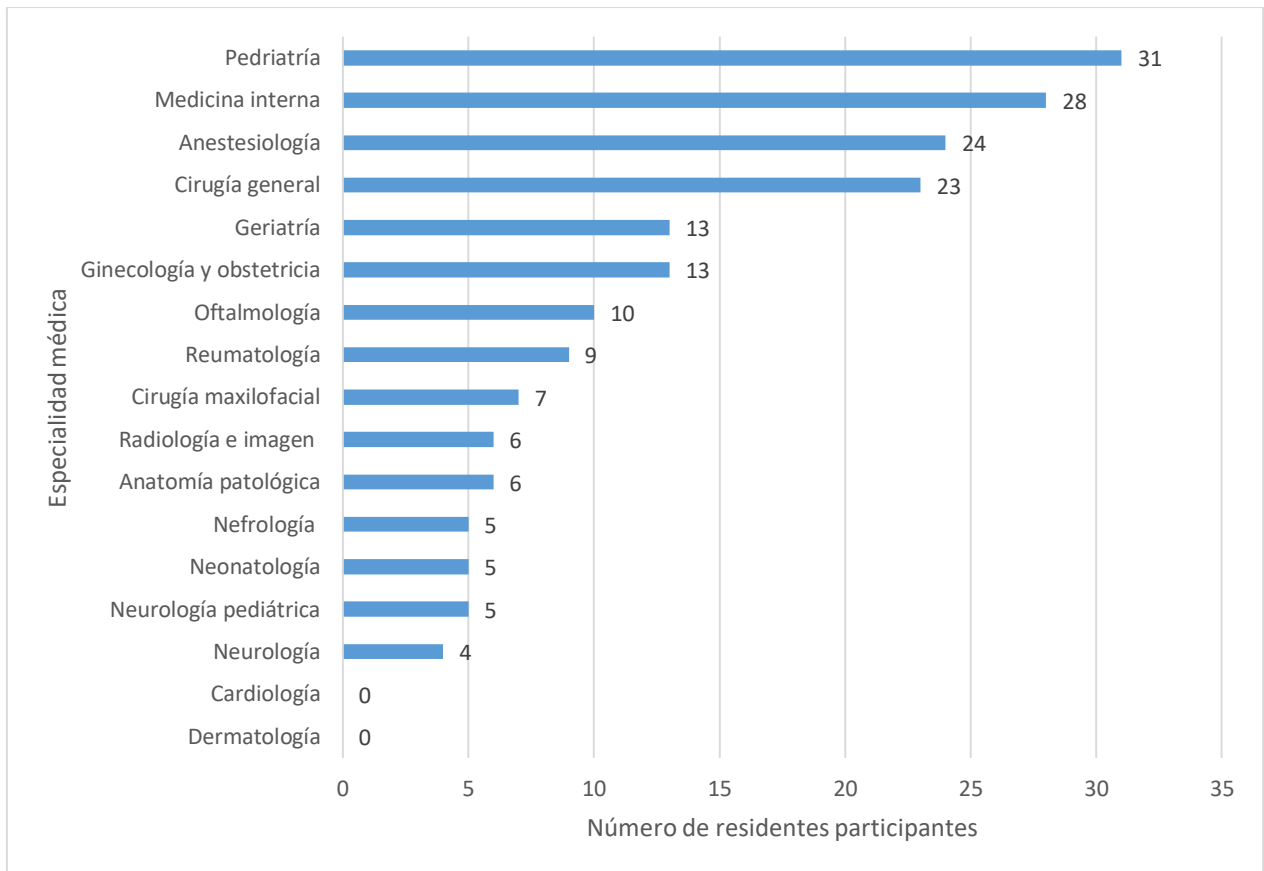
Tabla 2. Índice de edad en residentes.

Edad	n	Media	SD	Min	Max	Mediana
Mujer	105	28.7	3.04	24.0	49.0	28.0
Hombre	100	29.3	2.57	24.0	37.0	29.0
Total	205	29.0	2.83	24.0	49.0	29.0

El mayor porcentaje de los residentes encuestados pertenecían a las especialidades de pediatría 15.1%, medicina interna 13.7%, anestesiología 11.7% y cirugía general

11.2%. Especialidades como dermatología y cardiología no participaron en la encuesta, a pesar de contar con residentes activos en dichas especialidades (figura 2).

Figura 2. Participación de residentes por especialidad



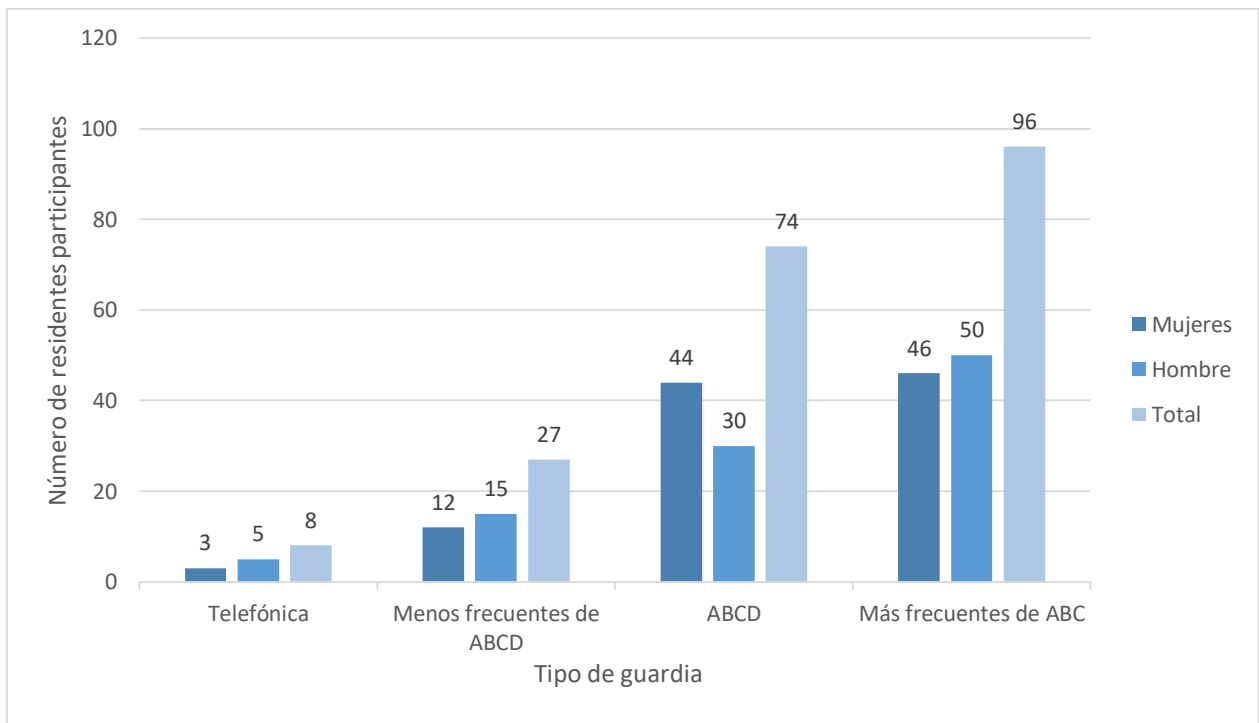
En la tabla 3 se observa la distribución de participantes según el año de residencia. Dos tercios del total de los participantes se encontraban cursando el primer y segundo año de la residencia. A medida que aumentaba el año de residencia, disminuía su participación.

Tabla 3. Participación por año de residencia

Año de residencia	n (%)
R1	84 (41.0%)
R2	64 (31.2%)
R3	35 (17.1%)
R4	16 (7.8%)
Mayor a R4	6 (2.9%)

En la figura 3 se observa la frecuencia de las guardias. Las guardias más frecuentes fueron las de tipo “más de ABC” con un porcentaje de 46.8%, seguido por las guardias de tipo “ABCD” que representaron el 36.1% en porcentaje de frecuencia.

Figura 3. Frecuencia de guardias



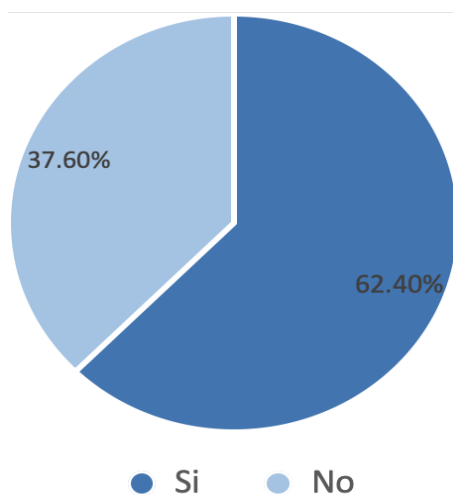
En la Tabla 4 se describen las características de procedencia y convivencia de los residentes. Se observó que más de la mitad de ellos indicó ser foráneo, mientras que el resto provenía del estado sede. En cuanto a la convivencia doméstica aproximadamente un tercio de los residentes vivían con algún familiar, seguido en frecuencia de aquellos que vivían solos. Un porcentaje menor vivía con amigos o con su pareja.

Tabla 4. Situación de procedencia y convivencia doméstica

Situación	n (%)
Ser Foráneo	
Sí	123 (60.0%)
No	82 (40.0%)
Convivencia	
Solo	61 (29.8%)
Familiares	73 (35.6%)
Amigos	43 (21.0%)
Pareja	28 (13.7%)

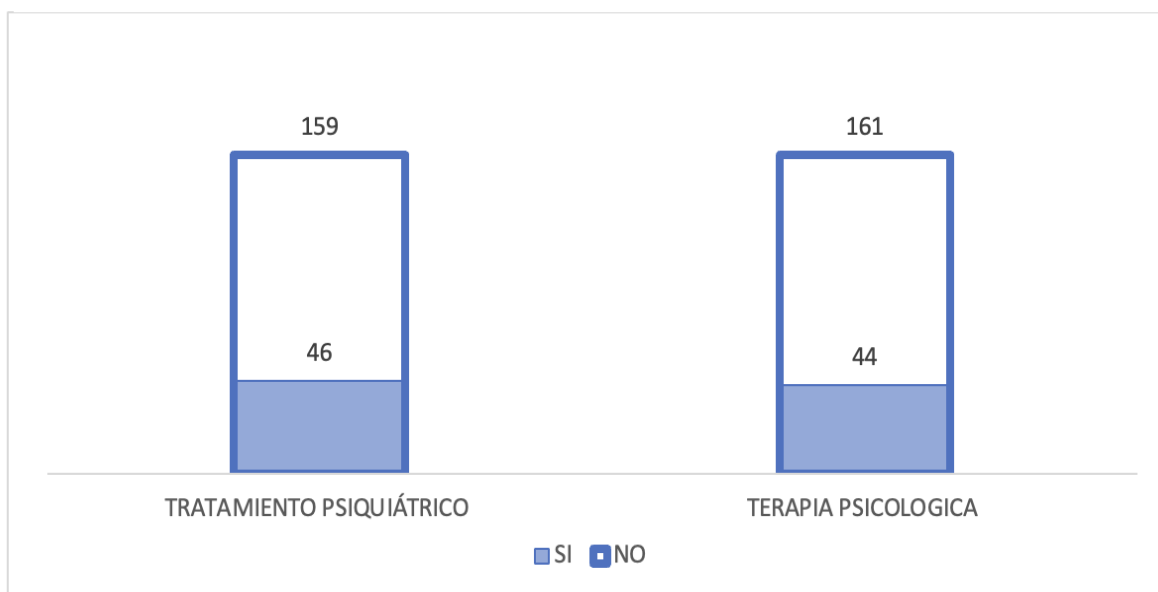
Con respecto a la prevalencia de residentes que tienen o no pareja (figura 4) se observó que la mayoría de residentes (n=128) tenían una relación de pareja.

Figura 4. Índice de residentes en pareja



En la Figura 5 se presenta la comparación entre los residentes que asistían a terapia psicológica y aquellos que seguían tratamiento psiquiátrico con fármacos. Se observó que el porcentaje de participantes en ambas modalidades es similar, siendo del 21.5% para la terapia psicológica y del 22.4% para el tratamiento con fármacos.

Figura 5. Atención psiquiátrica y/o intervención psicológica

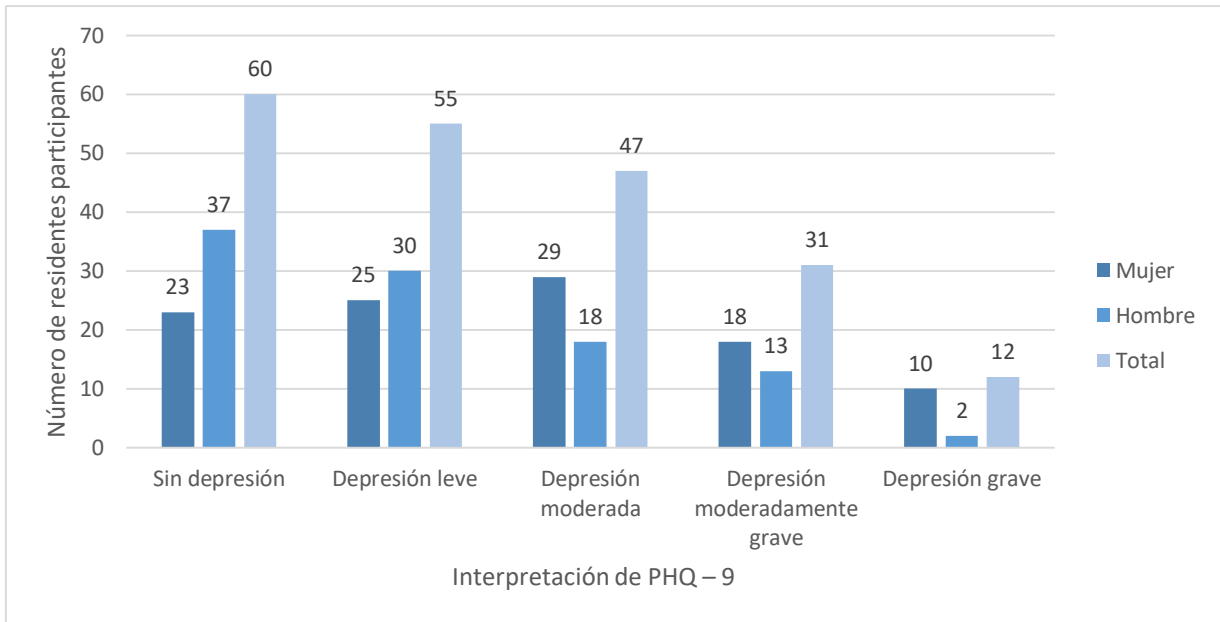


10.2. Resultados de escalas

PHQ-9

Del total de 205 residentes encuestados, más de la mitad presentaban algún grado de depresión (figura 6). El 26.8% reportó depresión leve, seguido por un 22.9% con depresión moderada, el 15.1% con depresión moderadamente grave y el resto 5.9% depresión grave. De esta última, las mujeres tenían un mayor porcentaje de frecuencia. Menos de una tercera parte (29.3%) reportaron no tener depresión.

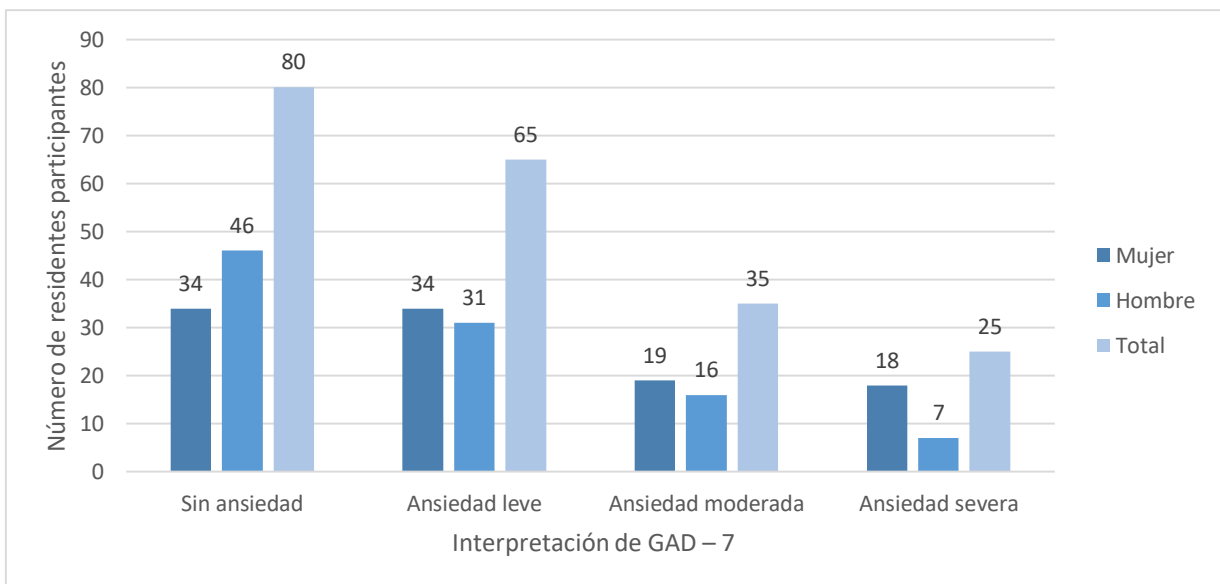
Figura 6. Análisis de la escala para depresión PHQ-9



GAD-7

En relación con la presencia de ansiedad, más de la mitad de los residentes presentaban algún grado de esta condición, como se muestra en la figura 7. El 31.7% reportó ansiedad leve, seguido de ansiedad moderada en un 17.1% y ansiedad severa en el 12.2%. Solo el 39.0% no presentó algún grado de ansiedad. En cuanto al sexo; se observó que los hombres reportaron menos presencia de ansiedad (46.0%) en comparación con las mujeres (32.4%).

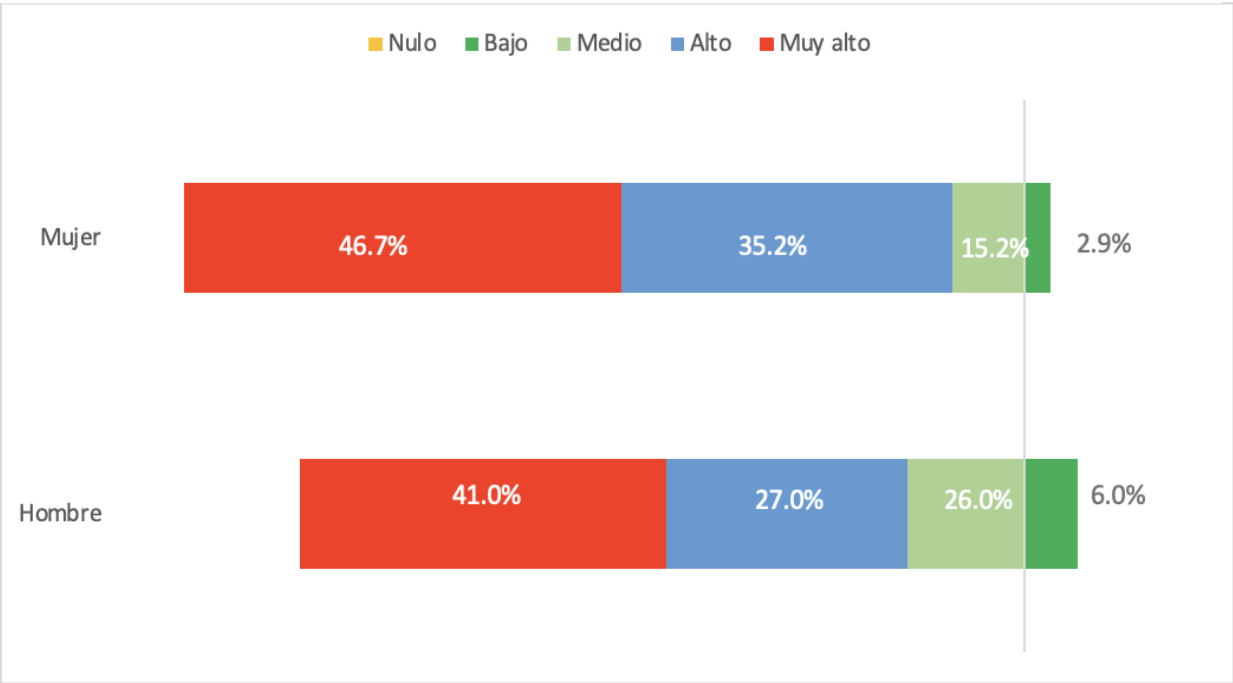
Figura 7. Análisis de la escala para ansiedad GAD-7



CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LOS CENTROS DE TRABAJO ASOCIADOS A ESTRÉS LABORAL.

En cuanto a la evaluación del riesgo de experimentar estrés laboral, ninguno de los residentes participantes mostró un riesgo nulo o despreciable de desarrollar estrés laboral; todos ellos presentaron algún grado de riesgo, en su mayoría muy alto riesgo. En la figura 8 se puede apreciar la diferencia entre sexos, donde se observa una similitud de porcentaje entre hombres (n=41) y mujeres (n=49) con respecto a tener un riesgo muy alto de experimentar estrés laboral.

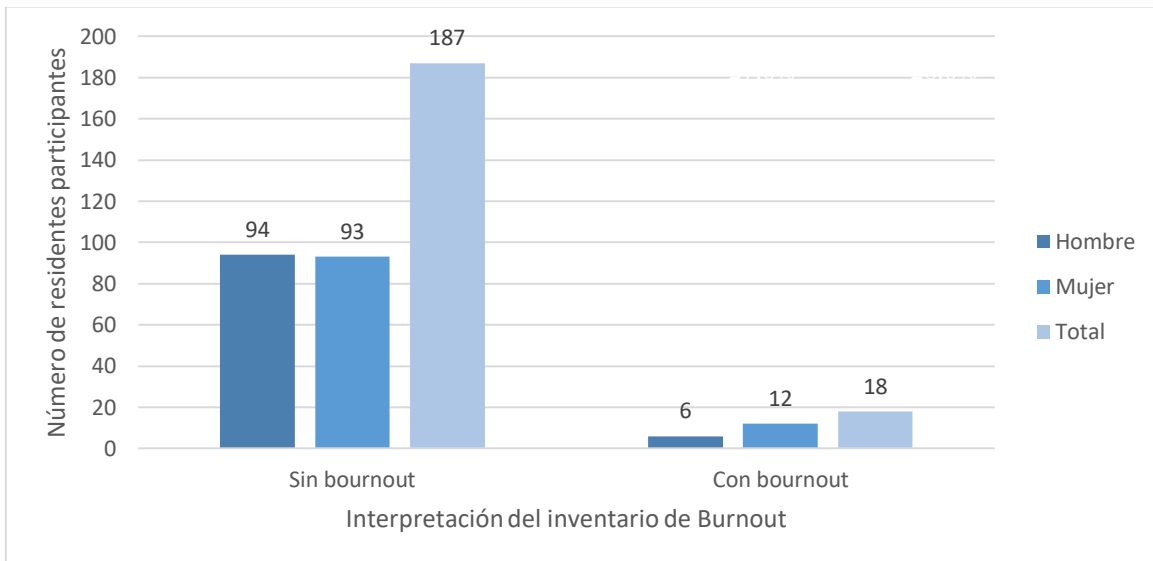
Figura 8. Evaluación del cuestionario sobre riesgo de estrés en el trabajo.



INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH

De los 205 residentes que realizaron la encuesta, solo el 8.8% contaban con la presencia de síndrome de burnout (SB), de estos, el 66.6% fueron mujeres. El resto de la población (91.2%) no resulto con SB (Figura 9).

Figura 9. Análisis del inventario de Burnout de Maslach



Se comparo la población con y sin diagnóstico de burnout observado en la Tabla 5. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para las variables: pareja ($P = 0.030$), PHQ-9 ($P = <0.001$), GAD-7 ($P = 0.00151$) y riesgo de estrés laboral ($P = 0.0041$).

No se obtuvo diferencia estadísticamente significativa para las variables de edad ($P = 0.012$), tipo de especialidad ($P = 0.666$), año de residencia ($p = 0.95$), tipo de guardia ($P = 0.7790$), sexo ($P = 0.1698$), vivienda ($P = 0.616$), llevar terapia psicológica ($P = 0.952$), tratamiento psiquiátrico ($P = 0.98$) y ser foráneo ($P = 0.91$).

Tabla 5. Estadística inferencial de las variables significativas en el grupo con y sin burnout

Variab les	Burn Out No (N=187)	Burn Out si (N=18)	Total (N=205)	P
Contar con pareja actual				P = 0.030
Si	121 (64.7%)	7 (38.9%)	128 (62.4%)	
No	66 (35.3%)	11 (61.1%)	77 (37.6%)	
PHQ-9				P < 0.001
Sin depresión	60 (32.1%)	0 (0%)	60 (29.3%)	
Depresión leve	53 (28.3%)	2 (11.1%)	55 (26.8%)	
Depresión moderada	42 (22.5%)	5 (27.8%)	47 (22.9%)	
Depresión moderadamente grave	26 (13.9%)	5 (27.8%)	31 (15.1%)	
Depresión grave	6 (3.2%)	6 (33.3%)	12 (5.9%)	
GAD-7				P = 0.001
Sin ansiedad	79 (42.2%)	1 (5.6%)	80 (39.0%)	
Ansiedad leve	56 (29.9%)	9 (50.0%)	65 (31.7%)	
Ansiedad moderada	33 (17.6%)	2 (11.1%)	35 (17.1%)	
Ansiedad severa	19 (10.2%)	6 (33.3%)	25 (12.2%)	
Riesgo de estrés laboral				P = 0.004
Nulo o despreciable	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Bajo	9 (4.8%)	0 (0%)	9 (4.4%)	
Medio	42 (22.5%)	0 (0%)	42 (20.5%)	
Alto	61 (32.6%)	3 (16.7%)	64 (31.2%)	
Muy alto	75 (40.1%)	15 (83.3%)	90 (43.9%)	

COMPARACIÓN DE LA ESCALA DE ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL EN RESIDENTES CON BURNOUT Y SIN BURNOUT

En la tabla 6, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres dimensiones específicas: 1) Toma de perspectiva, que señala la capacidad de una persona de aceptar el punto de vista de otro. 2) Malestar personal, que califica la incomodidad que una persona experimenta ante el sufrimiento ajeno. Y 3) Preocupación empática, que valora la sensibilidad frente a el malestar de los demás. Se observó que la población con burnout tuvieron un menor porcentaje en la toma de

perspectiva y preocupación empática, así como un mayor porcentaje en malestar psicológico. No se encontraron diferencias significativas en la dimensión de fantasía, que evalúa la capacidad de ponerse en escenarios ficticios.

Tabla 6. Estadística inferencial entre el índice de reactividad interpersonal y la población con y sin burnout

Índice de reactividad interpersonal	Burnout No (N=187)	Burnout Si (N=18)	Total (N=205)	P
Toma de perspectiva (TP)				
Mean (SD)	24.9 (4.69)	22.8 (4.75)	24.7 (4.72)	P=0.037
Median [Min, Max]	25.0 [12.0, 35.0]	21.5 [15.0, 33.0]	24.0 [12.0, 35.0]	
Fantasía (FS)				
Mean (SD)	19.2 (5.02)	20.5 (5.97)	19.3 (5.11)	P=0.421
Median [Min, Max]	19.0 [9.00, 34.0]	19.0 [10.0, 34.0]	19.0 [9.00, 34.0]	
Preocupación empática (EC)				
Mean (SD)	30.5 (4.52)	28.2 (4.54)	30.3 (4.56)	P=0.036
Median [Min, Max]	31.0 [19.0, 40.0]	27.0 [20.0, 36.0]	30.0 [19.0, 40.0]	
Malestar personal (PD)				
Mean (SD)	15.5 (4.28)	18.5 (4.74)	15.8 (4.39)	P=0.012
Median [Min, Max]	15.0 [6.00, 28.0]	18.5 [10.0, 28.0]	16.0 [6.00, 28.0]	

Modelo de regresión

Se realizó un modelo de regresión logística con el propósito de determinar la influencia de las variables que resultaron significativas para la aparición de burnout, se redujo el modelo de regresión utilizando pruebas de verosimilitud hasta llegar a un modelo en el que solo las variables estadísticamente significativas fueran incluidas para evitar la co-linealidad.

Burn-out ~ pareja + PHQ + festresC

Con el modelo final se calcularon los OR (Odds Ratio) de las variables predictoras obteniendo para la variable no contar con pareja un OR = 3.677 con IC95% (1.201-12.229), PHQ-9 un OR = 2.659 con IC95% (1.638-4.689) y riesgo de estrés laboral un OR = 3.785 1.365 16.123 con IC95% (1.365 - 16.123) con una R2 = 0.3129.

Después de llevar a cabo las sesiones, el propósito era evaluar su impacto en los residentes; sin embargo, esto no pudo lograrse debido a la escasa participación.

11. DISCUSIÓN

Este estudio forma parte de investigaciones previas realizadas en esta misma institución. En el año 2020, el Dr. Joel Santiesteban y colaboradores realizaron un estudio transversal centrado en la identificación de alteraciones mentales en médicos residentes. Esta investigación fue uno de los primeros informes realizados en hospitales de segundo nivel, sin embargo, fue un protocolo enfocado en la relación con la pandemia por COVID-19 sin tener en cuenta factores como estrés laboral o las características de empatía, que son objeto de investigación en este estudio.

La discusión se organiza en dos secciones principales: la primera aborda las alteraciones mentales identificadas en médicos residentes, incluida la comparación de la población con y sin burnout. La segunda sección se centra en la respuesta de los médicos residentes a las intervenciones aplicadas.

11.1. Alteraciones en la salud mental de médicos residentes.

A nivel internacional, en los últimos años, se han realizado numerosos estudios que evalúan la presencia de alteraciones mentales en el sector de la salud. Estas investigaciones en gran medida han sido impulsados por la pandemia de COVID-19. A pesar de ellos son pocos los estudios que se centran en la evaluación de la salud mental en la población médica respecto a la naturaleza de su trabajo, en especial en la población médica hispana, debido a la estigmatización que puede rodear este tema en particular (50).

Un estudio publicado en junio del 2021 por Ana F. Orellana y colaboradores (50) examinó los problemas de salud mental más frecuentes en residentes y médicos titulados, sin embargo, la población fue exclusiva de psiquiatras mexicanos. Esta investigación comparó y analizó características de autocuidado, adversidades y condiciones de salud física y mental, excluyendo a las demás especialidades médicas. La depresión, el agotamiento y la ansiedad fueron los problemas de salud mental más frecuentemente reportados.

Para este estudio, el concepto de alteraciones mentales abarcó un conjunto de padecimientos que se informan con regularidad en la literatura relacionada con esta población (1). Estos fueron evaluados mediante escalas e incluyeron aspectos como Burnout, síntomas depresivos, ansiedad, riesgos de estrés laboral y empatía.

11.2. Trastorno depresivo

El trastorno depresivo fue reportado por tres cuartas partes de los residentes encuestados, el grado de gravedad en esta población variaba de leve a moderado, con al menos el 5.9% de los participantes trabajando con un diagnóstico de depresión grave, siendo más frecuente en el sexo femenino. Estos resultados no son consistentes con estudios previos que reportan tasas de prevalencia más bajas (51), lo cual podría asociarse con el tipo específico de población estudiada y el momento en que se llevó a cabo la investigación (mayo del 2022), durante el cual persistía el confinamiento por la pandemia de COVID-19.

Los médicos residentes de esta población en particular se encontraban ante cambios estructurales en el entorno laboral, como alteraciones en las horas de trabajo, guardias más frecuentes, cambios en la modalidad de clases y la pérdida de compañeros, entre otros aspectos. Estos cambios podrían haber tenido un efecto negativo en su adaptación, un fenómeno que ha sido descrito por Hossam S. y colaboradores (52). Sin embargo, es importante señalar que este estudio no evaluó específicamente esta posible asociación.

La presencia de depresión en médicos residentes se ha asociado a una mayor tasa de errores. Fahrenkopf A. y colaboradores, reportaron que los residentes deprimidos tenían una tasa de error en la medicación seis veces mayor en comparación con los residentes no deprimidos (53). Estos datos son de suma importancia para la comunidad médica, ya que disponer de recursos de atención para este tipo de afección podría significar un menor riesgo de errores en el cuidado de los pacientes.

11.3. Trastorno de ansiedad

La prevalencia de ansiedad en esta población fue mayor a las reportadas en otros países (54). Más de la mitad de los residentes encuestados experimentaron síntomas ansiosos, y al menos el 12.2% presentó ansiedad severa, dato similar a los informados en un estudio transversal realizado en médicos residentes en KSA durante la pandemia, donde se avalúo la presencia de depresión y ansiedad y se informó una prevalencia del 58,3%, mayor que la encontrada en este estudio (52). Además, se encontró un mayor grado de severidad en el sexo femenino, identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas no solo ansiosos sino también depresivos (55).

11.4. Riesgo de estrés laboral

La presencia de ansiedad y depresión están íntimamente relacionados a los estresores laborales típicos percibidos en el ambiente. Este estudio evaluó el riesgo psicosocial para desarrollar estrés laboral y encontró que todos los residentes presentaban algún grado de riesgo, siendo en su mayoría un riesgo muy alto. Se encontró una diferencia significativa entre la población con o sin burnout, con un valor de P significativo en la variable de estrés laboral, identificada en el modelo de regresión logística como variable predictora. Esta relación ha sido explorada desde modelos ocupacionales teóricos, como el modelo de crisis de gratificación de Siegrist, que indica que un desequilibrio entre el esfuerzo profesional y la recompensa recibida conducen a largo plazo al estrés laboral y al deterioro de la salud mental y física (56). Los datos obtenidos coinciden con la prevalencia en relación del estrés laboral y la presencia de alteraciones psiquiátricas, incluyendo el suicidio, que tienen tasas más altas que la población general (57). Por lo tanto, desarrollar estrategias inmediatas de atención es vital en este tipo de población.

11.5. Riesgo de síndrome de Burnout

Por otra parte, se reportó una tasa menor de prevalencia de burnout en comparación con otros estudios, incluyendo la población mexicana (58) (59). Menos de una cuarta parte de residentes encuestados cumplían con los criterios para el síndrome de burnout. Este porcentaje podría estar relacionado con el diseño del estudio y a la falta de anonimato durante la encuesta. Existe evidencia que sugiere que la ausencia de anonimato en investigaciones puede llevar a sesgos debido al temor de posibles consecuencias laborales o simplemente a la vergüenza (60).

El modelo multivariado de regresión logística más efectivo para explicar la probabilidad de desarrollar síndrome de burnout incluyó las variables: estado civil, síntomas depresivos según la escala PHQ-9 y riesgo de estrés laboral, mostrando un aumento 3.6, 2.6 y 3.7 veces más respectivamente, con un coeficiente de predicción para el modelo del 31% ($R^2 = 0.3129$). La correlación positiva entre depresión, estrés laboral y Burnout ya han sido ampliamente documentadas (61). Estos resultados refuerzan la necesidad de mejorar el ambiente de trabajo y abordar los síntomas depresivos para proteger a esta población del desgaste profesional. La variable de tener o no pareja no ha sido directamente asociada con la presencia de burnout en otros estudios disponibles, y su efecto protector o no en este estudio no es claro. Nuestra hipótesis sugiere que tener pareja representa una red de apoyo y contención para el residente, aunque no hay evidencia concluyente al respecto.

11.6. Empatía

Aunque la prevalencia de burnout fue menor de lo esperado, se encontró diferencias significativas en relación con el índice de reactividad interpersonal entre los grupos con y sin burnout. Desde una perspectiva multidimensional, los residentes con burnout mostraron puntajes más bajos en las dimensiones de toma de perspectiva y preocupación empática, así como un mayor puntaje en malestar personal en comparación con aquellos sin burnout. Desde un enfoque cognitivo y emocional, esto podría interpretarse como que, al momento de adoptar una actitud empática, los

residentes con burnout enfrentaban mayores dificultades para comprender el punto de vista de los demás y mostraban menos reacciones emocionales (compasión, cariño, preocupación), al mismo tiempo que eran más susceptibles a desarrollar síntomas ansiosos e incomodidad ante experiencias negativas de los demás.

Son pocos los estudios enfocados en explorar las dimensiones de la empatía y como podrían verse afectados por la presencia de burnout en la población médica, por lo que consideramos que los resultados obtenidos son valiosos. En un estudio más extenso, Phong T. y colaboradores evaluaron los niveles de empatía y burnout en una población de residentes mayor a la nuestra. Sus hallazgos son consistentes a los nuestros y sugieren una correlación entre la disminución de la empatía y la presencia de burnout, aunque no identificaron la causa específica de esta asociación (62).

11.7. Intervenciones en salud mental

Sensibilización de resultados

Con el propósito de establecer un área de atención de médicos residentes, se llevó a cabo, en colaboración con Subdirección de Educación e Investigación, médicos psiquiatras y psicólogos del departamento de psiquiatría del HCDIMP, fisioterapeuta y médicos residentes de psiquiatría de la CPDENP, la formación del programa de la “Unidad de Salud Mental”, quien tuvo como objetivo el diseño de los programas ofrecidos a los residentes, basado en los resultados y en las evidencias disponibles en la literatura, que posteriormente se brindaron.

En su fase inicial, se desarrolló una reunión informativa con el fin de sensibilizar sobre la importancia de la salud mental mediante herramientas educativas de difusión, al mismo tiempo que se extendió la invitación para participar en la aplicación de encuestas con el objetivo de conocer la presencia de alteraciones mentales en la población de residentes. Estas encuestas se distribuyeron a través de códigos QR y enlaces personalizados. Posteriormente, nos dirigimos de manera individual a invitar

a los residentes, coordinando esta actividad en colaboración con los médicos a cargo de los diversos servicios, de acuerdo con las especialidades correspondientes.

Una vez obtenidos los resultados, se llevaron a cabo reuniones con los jefes de servicio y residentes de cada una de las especialidades participantes. Durante estos encuentros, se presentaron de manera general los hallazgos extraídos de las encuestas, enfatizando específicamente aquellos relacionados con cada especialidad, con el propósito de sensibilizar sobre las evidencias recopiladas. Además, se compartió el plan de trabajo diseñado para los médicos residentes y se promovió la participación en intervenciones psicológicas respaldadas por evidencia. Estas intervenciones han demostrado ser beneficiosas en la reducción de patologías psiquiátricas en este grupo poblacional.

Implementación de sesiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, aquellos residentes que obtuvieron puntajes altos en las escalas recibieron una invitación virtual a través de correo electrónico. En esta invitación se ofrecía el servicio de atención psiquiátrica disponible en el Departamento de Psiquiatría del HCIMP, así como la posibilidad de consultar con diferentes psiquiatras del Colegio de Psiquiatría con los cuales se acordó la reducción de las tarifas de cobro por sesiones para aquellos médicos residentes que manifestaran interés en iniciar o retomar un proceso de psicoterapia. Aquellos residentes que requerían manejo farmacológico, se gestionó a través de su institución de derechohabencia la agilización de los tratamientos farmacológicos con la intención de favorecer la adherencia.

Para el resto de la población, se ofrecieron las siguientes intervenciones: sesiones de arteterapia a cargo de la Psicóloga Ana Paola Fernández, especializada en talleres empresariales; sesiones de mindfulness dirigidas por el médico residente de psiquiatría Mauricio Arnulfo Torres Vidales, certificado por el Instituto Mexicano de Mindfulness; y sesiones de terapia física a cargo de la Licenciada Montserrat Lapuente García, fisioterapeuta y maestra en ciencias. Respecto a esta última, se gestionó un descuento para los residentes en uno de los gimnasios cercanos al hospital. Cada una

de estas modalidades ha demostrado ser efectiva en la reducción del malestar psicológico en la comunidad de residentes.

La invitación se llevó a cabo mediante la difusión de flyers (**anexo 14**) en grupos de WhatsApp. Cada uno de los médicos a cargo de los servicios en diversas especialidades demostró disponibilidad en cuanto a horarios, con el objetivo de asegurar que aquellos residentes interesados en participar contaran con el respaldo de los profesionales médicos asignados y la disponibilidad de horarios para acudir.

Se planificaron dos sesiones de arteterapia, con la asistencia de dos residentes en la primera sesión y únicamente uno en la segunda.

En cuanto a la terapia física, se programaron ocho sesiones semanales. En las primeras dos sesiones, no hubo participación por parte de los médicos residentes. Ante esta escasa participación, se tomó la decisión de cambiar la ubicación de las sesiones a un lugar más privado. En la tercera sesión, asistieron seis residentes, en su mayoría del servicio de pediatría y neonatología. En la cuarta sesión, la asistencia se redujo a tres residentes de los mismos servicios (**anexo 15**). Para las sesiones quinta y sexta, no se registró asistencia por parte de los residentes.

En el caso de las sesiones de mindfulness, se planificaron seis sesiones, cantidad respaldada por evidencia que sugiere la reducción de síntomas ansiosos en este grupo específico de población (63). Inicialmente, se observó un gran interés por parte de los residentes. Durante la primera sesión, asistieron ocho residentes, principalmente del servicio de medicina interna en los primeros y segundos años. En la segunda sesión, la participación disminuyó a tres residentes, dos de pediatría y uno de neonatología. En la tercera sesión, solo asistió un residente de medicina interna de segundo año (**anexo 15**). Lamentablemente, en las tres últimas sesiones no se contó con la participación de ningún residente.

Tras la conclusión de las sesiones y debido a la escasa participación de los residentes, no fue posible medir el impacto de las intervenciones a través de las encuestas, como se tenía planteado. Se llevó a cabo una evaluación para considerar otras

intervenciones más adecuadas a las necesidades de esta población específica. Algunos médicos residentes expresaron como justificación la falta de tiempo o de sueño.

Ante la limitada respuesta en la asistencia a las distintas sesiones, planteamos la hipótesis de que ello pudo estar vinculado al estigma que aún persiste hacia las enfermedades mentales en la cultura médica, generando sentimientos de vergüenza y silencio. Este fenómeno se ve agravado por las condiciones laborales, incluido la gestión de la carga de trabajo, que reduce significativamente las actividades de ocio y cuidado personal (64).

En respuesta a las urgencias psicológicas que surgieron durante el desarrollo de estas intervenciones, se tomó la decisión de establecer un número de teléfono para emergencias psicológicas. La intención era que cualquier médico que buscara atención psiquiátrica pudiera llamar a este número y luego ser derivado al servicio de psiquiatría de la institución.

Debido a limitaciones de tiempo, el plan inicial de aplicar las escalas a los médicos residentes durante un período de tiempo definido (estudio longitudinal), no pudo llevarse a cabo en este estudio. Sin embargo, esta oportunidad sigue disponible en la actualidad para futuros investigadores interesados, con el propósito de obtener nuevas mediciones y comparar resultados. Los resultados obtenidos servirán para brindar intervenciones oportunas a esta población y sobre todo, ofrecer mejores recursos para cuidar la salud mental en el personal en formación.

12. LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

12.1. LIMITACIONES:

- El presente estudio es de naturaleza longitudinal analítica, con posibles desventajas asociadas a este tipo de diseño por su naturaleza.
- Dado que la encuesta no fue anónima, existe la posibilidad de que los participantes encuestados hayan optado por omitir información.
- La falta de participación de los residentes en las intervenciones ofrecidas, impidió la evaluación del impacto de estas.
- La evaluación periódica de esta población depende del interés de otros investigadores interesados para continuar su aplicación.

12.2. FORTALEZAS:

- Son pocos los estudios enfocados a explorar las dimensiones de la empatía y su posible afectación por la presencia de burnout en la población médica. Investigaciones centradas en esta relación podrían contribuir a la formulación de estrategias de protección para este grupo.
- Se logró una participación significativa en la realización de la encuesta en línea. Del total de residentes censados durante el período de evaluación, se obtuvo la participación de al menos el 70.6%.

Con respecto a los datos obtenidos y a la respuesta de los médicos residentes a las intervenciones ofrecidas, se propone adaptar e implementar programas tanto individuales como organizacionales que se adecuen a las características propias de la población y de su entorno de trabajo. Es necesario realizar más investigaciones orientadas a identificar factores asociados y precipitantes que contribuyen a el desarrollo de alteraciones mentales, además de considerar modificaciones administrativas que permitan mejorar el ambiente laboral y preservar el bienestar del médico residente. La optimización de los recursos de apoyo, así como la supervisión continua por parte de médicos superiores a tenido evidencia positiva, por lo que se propone modelos de intervención en futuras investigaciones.

13. CONCLUSIÓN

Un porcentaje significativo de médicos residentes contaban con alguna alteración mental.

En la población médica de residentes, el riesgo de experimentar estrés laboral fue muy elevado.

Los residentes con síntomas depresivos o riesgo de estrés laboral tenían más probabilidad de desarrollar burnout.

Es necesario tener más investigaciones dirigidas a conocer factores asociados y precipitantes sobre el desarrollo de alteraciones mentales.

Es necesario desarrollar programas asistenciales y realizar modificaciones administrativas que se adecuen a las necesidades de los residentes y que permitan mejorar el ambiente laboral.

14. BIBLIOGRAFIA

1. Mihailescu M, Neiterman E. A scoping review of the literature on the current mental health status of physicians and physicians-in-training in North America. *BMC Public Health*. el 24 de octubre de 2019;19(1).
2. Carrieri D, Mattick K, Pearson M, Papoutsi C, Briscoe S, Wong G, et al. Optimising strategies to address mental ill-health in doctors and medical students: “Care under Pressure” realist review and implementation guidance. Vol. 18, *BMC Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2020.
3. Ng APP, Chin WY, Wan EYF, Chen J, Lau CS. Prevalence of depression and suicide ideation in Hong Kong doctors: a cross-sectional study. *Sci Rep*. 2021;11(1).
4. Alshardi A, Farahat F. Prevalence and Predictors of Depression Among Medical Residents in Western Saudi Arabia. *J Clin Psychol Med Settings*. el 1 de diciembre de 2020;27(4):746–52.
5. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur*. 2021;89(Supl.1).
6. Abraham A, Chaabna K, Doraiswamy S, Bhagat S, Sheikh J, Mamtani R, et al. Depression among healthcare workers in the Eastern Mediterranean Region: a systematic review and meta-analysis. Vol. 19, *Human Resources for Health*. 2021.
7. Moir F, Yielder J, Sanson J, Chen Y. Depression in medical students: Current insights. *Adv Med Educ Pract*. 2018;9.
8. Castaños-Cervantes S, Domínguez-González A. Depression in Mexican medical students: A path model analysis. *Heliyon*. 2020;6(6).
9. Sun Y, Fu Z, Bo Q, Mao Z, Ma X, Wang C. The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1).
10. Craske MG, Stein MB. Anxiety. Vol. 388, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 3048–59.
11. Medisauskaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2019;274.
12. Khorassani F, Hassani B, Conry J, Espejo G. Evaluation of anxiety in doctor of pharmacy students in their first through fourth professional years. *Curr Pharm Teach Learn*. 2021;13(6).
13. Sun J, Liang K, Chi X, Chen S. Psychometric properties of the generalized anxiety disorder scale-7 item (GAD-7) in a large sample of chinese adolescents. *Healthcare (Switzerland)*. 2021;9(12).
14. Jackson-Koku G, Grime P. Emotion regulation and burnout in doctors: A systematic review. Vol. 69, *Occupational Medicine*. Oxford University Press; 2019. p. 9–21.
15. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. JOB BURNOUT [Internet]. 2000. Disponible en: www.annualreviews.org
16. Lemaire JB, Wallace JE. Burnout among doctors. Vol. 358, *BMJ (Online)*. BMJ Publishing Group; 2017.
17. Yates SW. Physician Stress and Burnout. Vol. 133, *American Journal of Medicine*. 2020.
18. de Simone S, Vargas M, Servillo G. Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Vol. 33, *Aging Clinical and*

- Experimental Research. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 883–94.
19. Gazelle G, Liebschutz JM, Riess H. Physician Burnout: Coaching a Way Out. *J Gen Intern Med.* 2015;30(4).
 20. Zweig S. Burnout in Physicians and the Role of Leadership.
 21. Pereda-Torales L, Celedonio FGM, Vásquez MTH, Zamora MIY. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental.* 2009;32(5):399–404.
 22. Kumar S. Burnout and doctors: Prevalence, prevention and intervention. Vol. 4, *Healthcare (Switzerland).* MDPI; 2016.
 23. Pereira S de S, Fornés-Vives J, Unda-Rojas SG, Pereira-Junior GA, Juruena MF, Cardoso L. Confirmatory factorial analysis of the Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey in health professionals in emergency services. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021;29.
 24. de Sio S, Buomprisco G, Perri R, Bruno G, Mucci N, Nieto HA, et al. Work-related stress risk and preventive measures of mental disorders in the medical environment: An umbrella review. Vol. 24, *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* 2020.
 25. Patlán Pérez J. What is job stress and how to measure it? *Salud Uninorte.* 2020;35(1).
 26. Locke R, Lees A. A literature review of interventions to reduce stress in doctors. Vol. 140, *Perspectives in Public Health.* 2020.
 27. Gava Chakr VCB. Stress management in medicine. *Rev Assoc Med Bras.* 2021;67(3):349–52.
 28. Petrie K, Crawford J, Shand F, Harvey SB. Workplace stress, common mental disorder and suicidal ideation in junior doctors. *Intern Med J.* el 1 de julio de 2021;51(7):1074–80.
 29. Nikolić D, Višnjić A. Mobbing and violence at work as hidden stressors and work ability among emergency medical doctors in Serbia. *Medicina (Lithuania).* el 1 de enero de 2020;56(1).
 30. Rochfort A, Collins C, Burgers J. Emotional distress, occupational stress and burnout among Family Doctors in Europe: Monitoring and testing of interventions is required. *European Journal of General Practice.* 2021;27(1):271–3.
 31. Mahmood JI, Grotmol KS, Tesli M, Moum T, Andreassen O, Tyssen R. Life satisfaction in Norwegian medical doctors: A 15-year longitudinal study of work-related predictors. *BMC Health Serv Res.* el 22 de octubre de 2019;19(1).
 32. Meeks LM, Ramsey J, Lyons M, Spencer AL, Lee WW. Wellness and Work: Mixed Messages in Residency Training. Vol. 34, *Journal of General Internal Medicine.* Springer New York LLC; 2019. p. 1352–5.
 33. Jensen K, Gollub RL, Kong J, Lamm C, Kaptchuk TJ, Petrovic P. Reward and empathy in the treating clinician: the neural correlates of successful doctor–patient interactions. *Transl Psychiatry.* el 1 de diciembre de 2020;10(1).
 34. Tan L, Le MK, Yu CC, Liaw SY, Tierney T, Ho YY, et al. Defining clinical empathy: A grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in a multicultural setting. Vol. 11, *BMJ Open.* BMJ Publishing Group; 2021.
 35. Empathy in medical students of Córdoba, Argentina. *Arch Argent Pediatr.* el 1 de abril de 2019;117(2).

36. Al-Habbal K, Arawi T. Physicians' empathy levels in a primary care setting: Perceptions of patients and their physicians, a qualitative study. *Fam Pract.* 2021;37(6):834–8.
37. Kim SA, Lee YM, Hamann S, Kim SH. Differences in empathy toward patients between medical and nonmedical students: an fMRI study. *Advances in Health Sciences Education.* el 1 de octubre de 2021;26(4):1207–27.
38. Szuster RR, Onoye JM, Eckert MD, Kurahara DK, Ikeda RK, Matsu CR. Presence, resilience, and compassion training in clinical education (PRACTICE): Evaluation of a mindfulness-based intervention for residents. *Int J Psychiatry Med.* el 1 de marzo de 2020;55(2):131–41.
39. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S, Roberts MB, Kilgannon H, Trzeciak S, et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PLoS One.* el 1 de agosto de 2019;14(8).
40. Lidia A, González A, Salvador Martínez-Velázquez E, García G, Almitra Vazquez-Moreno A. *Psicología Revista Iberoamericana de.* Disponible en: <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/rip.12110>
41. Samper P, Mestre V. *Psicothema.* La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index [Internet]. 2014. Disponible en: www.psicothema.com
42. Chmielewski J, Łoś K, Łuczyński W. Mindfulness in healthcare professionals and medical education. Vol. 34, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health.* Nofer Institute of Occupational Medicine; 2021. p. 1–14.
43. Magallón-Botaya R, Pérula-de Torres LA, Verdes-Montenegro Atalaya JC, Pérula-Jiménez C, Lietor-Villajos N, Bartolomé-Moreno C, et al. Mindfulness in primary care healthcare and teaching professionals and its relationship with stress at work: a multicentric cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1).
44. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S, et al. Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. Vol. 34, *American Journal of Health Promotion.* 2020.
45. Cascales-Pérez ML, Ferrer-Cascales R, Fernández-Alcántara M, Cabañero-Martínez MJ. Effects of a mindfulness-based programme on the health- and work-related quality of life of healthcare professionals. *Scand J Caring Sci.* 2021;35(3).
46. Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS. Mindfulness-based interventions to reduce burnout and stress in physicians: A study protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9(11).
47. Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS. Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout and Stress in Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 96, *Academic Medicine.* 2021.
48. Ho AHY, Tan-Ho G, Ngo TA, Ong G, Chong PH, Dignadice D, et al. A novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting resilience for end-of-life care professionals: A waitlist RCT protocol. *Trials.* 2019;20(1).
49. Dumas M, Aranguren M. Beneficios del arteterapia sobre la salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2013 Beneficios. 2013;

50. Fresán A, Guízar-Sánchez D, Yoldi-Negrete M, Robles-García R, Tovilla-Zárate CA, Heinze G, et al. Identifying Risk Factors for Self-reported Mental Health Problems in Psychiatry Trainees and Psychiatrists in Mexico. *Academic Psychiatry*. 2021;45(6).
51. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians a systematic review and meta-analysis. *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2015;314(22).
52. Alawad HS, Amin HS, Alfaris EA, Ahmed AM, Alosaimi FD, BaHammam AS. Anxiety and depression symptoms among medical residents in KSA during the COVID-19 pandemic. *J Taibah Univ Med Sci*. 2022;17(2).
53. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *BMJ*. 2008;336(7642).
54. Sadiq MS, Morshed NM, Rahman W, Chowdhury NF, Yasir Arafat SM, Mullick MSI. Depression, anxiety, stress among postgraduate medical residents: A Cross sectional Observation in Bangladesh. *Iran J Psychiatry*. 2019;141(3).
55. Marzouk M, Ouanes-Besbes L, Ouanes I, Hammouda Z, Dachraoui F, Abroug F. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among medical residents in Tunisia: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2018;8(7).
56. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Buddeberg C, Bauer G, Hämmig O, Klaghofer R. Work stress, health and satisfaction of life in young doctors. Results of a longitudinal study in Switzerland. *Dtsch Med Wochenschr*. 2008;133(47).
57. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). Vol. 161, *American Journal of Psychiatry*. 2004.
58. Low ZX, Yeo KA, Sharma VK, Leung GK, McIntyre RS, Guerrero A, et al. Prevalence of burnout in medical and surgical residents: A meta-analysis. Vol. 16, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019.
59. Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occup Med (Chic Ill)*. 2009;59(1).
60. Myers M. On the importance of anonymity in surveying medical student depression. Vol. 27, *Academic Psychiatry*. 2003.
61. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*. 2002;359(9323).
62. Lee PT, Loh J, Sng G, Tung J, Yeo KK. Empathy and burnout: A study on residents from a Singapore institution. *Singapore Med J*. 2018;59(1).
63. Tement S, Ketiš ZK, Mirošević Š, Selič-Zupančič P. The impact of psychological interventions with elements of mindfulness (PIM) on empathy, well-being, and reduction of burnout in physicians: A systematic review. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021.
64. Wolfshohl JA, Bradley K, Bell C, Bell S, Hodges C, Knowles H, et al. Association Between Empathy and Burnout Among Emergency Medicine Physicians. *J Clin Med Res*. 2019;11(7).

15. ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 (PHQ-9)

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Cuestionario sobre la salud del paciente-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un " " para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

ANEXO 2: ESCALA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA -7 (GAD-7)

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con un " " para indicar su respuesta)</i>				
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)

ANEXO 3: INVENTARIO DE AGOTAMIENTO DE MASLACH - ENCUESTA DE SERVICIOS HUMANOS (MBI-HSS)

CANSANCIO EMOCIONAL

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo
7. Creo que estoy trabajando demasiado
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más

DESPERSONALIZACIÓN

1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas

REALIZACIÓN PERSONAL

1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
4. Me siento muy activo
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

- 0 = nunca
1 = pocas veces al año
2 = Una vez al mes
3 = pocas veces al mes o menos
4 = Una vez a la semana
5 = Pocas veces a la semana
6 = todos los días

ANEXO 4: CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN LOS CENTROS DE TRABAJO

ESTRÉS LABORAL					
<i>Indique con una X la opción que mejor describa la afirmación</i>					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
62.- Su trabajo le exige hacer mucho esfuerzo físico					
63.- Le preocupa sufrir un accidente en mi trabajo					
64.- Considera que las actividades que realiza son peligrosas					
65.- Trabaja mayor tiempo de lo previsto					
66.- Por la cantidad de trabajo que tiene debo trabajar sin parar					
67.- Considera que es necesario mantener un ritmo de trabajo acelerado					
68.- Su trabajo le exige que esté muy concentrado					
69.- Su trabajo requiere que memorice mucha información					
70.- Su trabajo exige que realice varias actividades al mismo tiempo					
71.- En su trabajo es responsable de cosas de mucho valor					
72.- Es responsable de toda el área de trabajo					
73.- En el trabajo le dan órdenes contradictorias					
74.- Considera que en su trabajo realiza actividades innecesarias					
75.- En su trabajo debe brindar servicio a clientes o usuarios (En caso de contestar NO pasar a la pregunta 79)			Sí	No	
76.- Atiende clientes o usuarios muy enojados					
77.- Su trabajo le exige atender personas muy necesitadas de ayuda o enfermas					
78.- Para hacer su trabajo debe demostrar sentimientos distintos a los míos					
79.- Su trabajo permite que desarrolle nuevas habilidades					
80.- En su trabajo puede aspirar a que le vaya mejor					
81.- Durante su jornada de trabajo puede tomar pausas cuando las necesita					
82.- Puede decidir la velocidad a la que realiza sus actividades en el trabajo					
83.- Ha podido aprender cosas relacionadas con su trabajo en otros lugares					
84.- En su trabajo le enseñan procesos adecuados para realizar sus actividades					
86.- Su trabajo le exige laborar en días de descanso, festivos o fines de semana					
87.- Considera que el tiempo en el trabajo es mucho y perjudica sus actividades familiares o personales					
88.- Piensa en actividades familiares o personales cuando está en su trabajo					
89.- Hay alguien que le informa con claridad cuáles son sus funciones					
90.- Hay alguien que le explique con claridad cuáles deben ser sus resultados					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
91.- Hay alguien en su contexto laboral con quien puede resolver problemas o asuntos del trabajo					
92.- ¿Tiene jefe? (En caso de contestar NO pasar a la pregunta 95)			Sí	No	
93.- Su jefe tiene en cuenta sus puntos de vista y opiniones					
94.- Su jefe ayuda a solucionar los problemas que se presentan en el trabajo					
95.- Puede confiar en sus compañeros de trabajo					
96.- Cuando se necesitan varias personas, sus compañeros colaboran					
97.- Sus compañeros de trabajo le ayudan cuando tiene dificultades					
98.- ¿Tiene trabajadores a su cargo? (En caso de contestar NO pasar a la pregunta 101)			Sí	No	
99.- Comunican tarde los asuntos de trabajo					
100.- Dificultan el logro de los resultados del trabajo					
101.- Ignoran las sugerencias para mejorar su trabajo					
102.- En su trabajo puede expresarse libremente sin interrupciones					
103.- Recibe críticas constantes a su persona y/o trabajo					
104.- Recibe burlas, calumnias, difamaciones, humillaciones o ridiculizaciones					
105.- Se ignora su presencia o se le excluye de las reuniones de trabajo y en la toma de decisiones					
106.- Se manipulan las situaciones de trabajo para hacerle parecer un mal trabajador					
107.- Se ignoran las actividades que realiza y se les atribuyen a otros trabajadores					
108.- Sus compañeros hacen que se le impidan las oportunidades para que le vaya mejor en el trabajo.					
109.- Ha presenciado actos de violencia en mi lugar de trabajo.					

ANEXO 5: ÍNDICE DE REACTIVIDAD INTERPERSONAL (IRI)

1	2	3	4	5
No me describe bien	Me describe un poco	Me describe	Me describe bien	Me describe muy bien

Ítem	1	2	3	4	5
1. Con frecuencia fantaseo e imagino las cosas que me podrían suceder.					
2. Frecuentemente tengo sentimientos de compasión y preocupación hacia las personas menos afortunadas que yo.					
3. A veces encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de los demás.					
4. A veces no me preocupan otras personas cuando tienen problemas.					
5. Realmente me involucro con los sentimientos de los personajes de una novela.					
6. Cuando se presentan situaciones de emergencia me siento preocupado(a) e incómodo(a).					
7. Normalmente soy objetivo(a) y no suelo involucrarme tanto, cuando veo una película u obra de teatro.					
8. Cuando tengo un desacuerdo con los demás, intento entender su punto de vista antes de tomar una decisión.					
9. Cuando veo que se aprovechan de alguien, siento necesidad de ayudarlo.					
10. A veces me siento angustiado(a) cuando estoy en una situación emocionalmente tensa.					
11. A veces intento comprender mejor a mis amigos(as) viendo las cosas desde su perspectiva.					
12. Es raro que yo me enganche en un buen libro o en una película.					
13. Cuando veo que alguien se está haciendo daño, tiendo a estar tranquilo(a).					
14. Normalmente, las desgracias de los demás no me preocupan tanto.					
15. Si estoy seguro de tener la razón, no pierdo mucho tiempo escuchando las explicaciones de los demás.					
16. Después de ver una película me siento como si fuera uno de los protagonistas.					
17. Estar en una situación emocionalmente tensa me angustia.					
18. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente, no suelo sentir mucha pena por él/ella.					
19. Normalmente soy muy efectivo al ocuparme de emergencias.					
20. Regularmente, las cosas que ocurren a mí alrededor me conmueven emocionalmente.					
21. Creo que en toda situación se pueden apreciar diferentes perspectivas e intento considerarlas.					
22. Me podría considerar como una persona muy sensible.					
23. Cuando veo una buena película, me es fácil ponerme en el lugar del protagonista.					
24. Tiendo a perder el control en situaciones de emergencia.					
25. Cuando estoy disgustado con alguien, normalmente intento ponerme en su lugar por un momento.					
26. Cuando estoy leyendo una novela o historia interesante, imagino cómo me sentiría si esos acontecimientos me sucedieran a mí.					
27. Cuando veo a alguien que necesita ayuda en una emergencia, me conmuevo emocionalmente.					
28. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar.					

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITAL

Lee el consentimiento informado que encontraras a continuación. Haga clic en [la opción de aceptar si desea participar en este estudio.](#) *

Aceptación del documento de Consentimiento Informado

Si usted desea participar de manera voluntaria en esta investigación, por favor seleccione la opción de ACEPTO al final del escrito. Al aceptar participar significa lo siguiente:

1. Se me ha dado la información completa y adecuada en forma verbal y por escrito sobre el objetivo del estudio y me han explicado los riesgos y beneficios de participar en lenguaje claro.
2. Se me ha informado que puedo retirar mi consentimiento y terminar mi participación en este estudio en cualquier momento sin afectar mi derecho como residente.
3. Es mi responsabilidad preguntar para aclarar cualquier punto que no entienda en relación con mi participación en este estudio. He hecho todas las preguntas a la persona que realiza el proceso de consentimiento y he recibido respuestas satisfactorias.
4. Soy mayor de edad y legalmente capaz de dar este consentimiento.
5. Acepto participar en este estudio de manera voluntaria sin que me haya presionado u obligado. Entiendo que mi negación a participar o la discontinuación de mi participación en cualquier momento, no implicará penalidad o pérdida de beneficios a los que de otra forma tengo derecho.
6. Entiendo y estoy de acuerdo en que la información obtenida a partir del presente estudio puede ser utilizada para la publicación de estos resultados con fines académicos como parte de la divulgación científica y como apoyo, pero que en todo momento se utilizará un código asignado para mantener la confidencialidad de mis datos.
7. Me han explicado que la información personal y clínica que he consentido en proporcionar conservará mi privacidad y que se utilizará solo para los fines que deriven de este estudio.
8. Los investigadores que participan en este proyecto se han comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio en el momento en el que lo solicite y me entregarán una copia de este documento de consentimiento informado, en caso de solicitarla.

ACEPTO

ANEXO 7: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Nombre completo *

Texto de respuesta breve

Edad en años (solo número) *

Texto de respuesta breve

Correo electronico *

Texto de respuesta breve

Sexo *

Femenino

Masculino

Pertenezco a la especialidad de: *

Medicina interna

Cirugía general

Pediatría

Ginecología y Obstetricia

Anestesiología

Radiología e imagen

Anatomía patológica

Cardiología

Cirugía maxilofacial

Dermatología

Geriatria

Nefrología

Neonatología

Neurología

Neurología pediátrica

Oftamología

Traumatología y Ortopedia

Reumatología

Año de redente *

- R1
- R2
- R3
- R4
- Mayor a R4

Tipo de turno de guardia *

- Más frecuente de ABCD
- ABCD
- Menos frecuente que ABCD
- Telefónica

Me considero foráneo (me mudé a San Luis Potosí para realizar mi residencia médica) *

- Sí
- No

Actualmente vivo con: *

- Solo
- Familiares
- Amigos
- Pareja

Cuento con pareja actual *

- Sí
- No

Actualmente me encuentro bajo tratamiento psiquiátrico con medicamento (antidepresivo, ansiolítico, antipsicótico, litio, etc) *

- Sí
- No

Actualmente me encuentro llevando terapia psicológica

- Sí
- No
- Opción 3

ANEXO 8: FLYERS



75
ANIVERSARIO


HOSPITAL CENTRAL
DR. IGNACIO MORONES PRIETO

FACULTAD DE MEDICINA

Estimados alumnos:

El Hospital Central, en colaboración con la Facultad de Medicina, los invitamos a la reunión informativa titulada:

“Programa de Salud Mental para Médicos Residentes”
PRIMERA FASE



Martes 31 de mayo a las 13:00 h.
Auditorio "Dr. Gonzalo Ramírez Aznar"



ARTETERAPIA
Medidas de afrontamiento

01 DE JULIO DEL 2022
13:00 hrs AULAS CECASA



Terapia física

MARTES 23 DE AGOSTO
17:00 HS.
LUGAR: JARDIN CECASA

LIC. MONTSERRAT LAPUENTE GARCIA

CUPO ILIMITADO



mindfulness
Dr. Mauricio Arnulfo Torres Vidales

VIERNES 26 DE AGOSTO A LAS 17:00 HORAS.
Aula: Biblioteca Biomedica

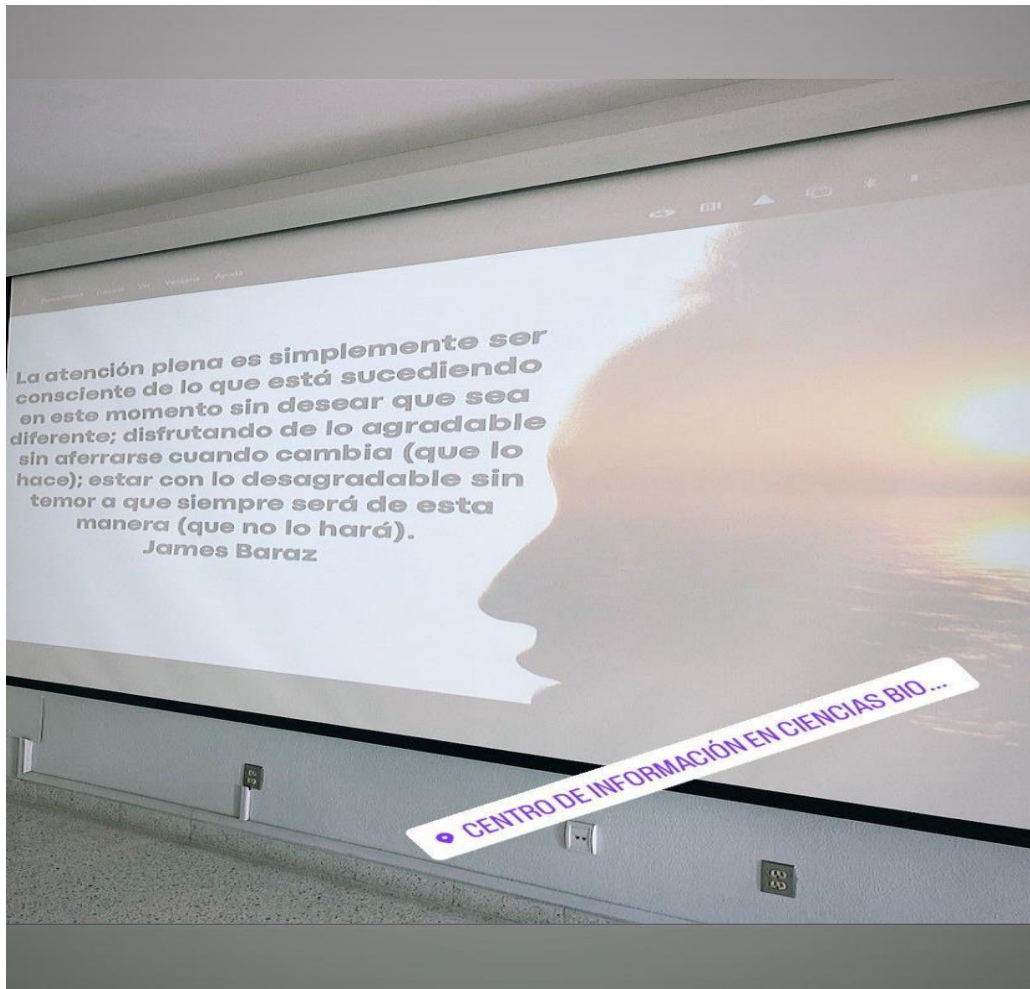
ANEXO 9: FOTOGRAFIAS DE SESIONES



Fotografía 1. Reunión informativa con médicos residentes, realizando la encuesta a través de código QR



Fotografía 2. Reunión informativa con médicos residentes, realizando la encuesta a través de código QR



Fotografía 3. Sesión de minfulness



Fotografía 4. Sesión de arteterapia.



Fotografía 5. Sesión de arteterapia.