



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. IGNACIO MORONES PRIETO

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

**"Factores laborales y personales asociados a ansiedad y depresión hospitalaria
en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE
Dr. Ignacio Morones Prieto"**

Dr. José Enrique Salas Benítez

DIRECTOR CLÍNICO

Dra. Martha Alejandra Loyo Olivo
Médico Especialista en Anestesiología

CO-DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Luis Fernando Guerrero Herrera
Médico Especialista en Psiquiatría

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno
Profesor Investigador del Departamento de Farmacología de
la Facultad de Medicina UASLP

Febrero 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. IGNACIO MORONES PRIETO

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Anestesiología
**"Factores laborales y personales asociados a ansiedad y depresión hospitalaria
en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE
Dr. Ignacio Morones Prieto"**

Dr. José Enrique Salas Benítez

DIRECTOR CLÍNICO
Dra. Martha Alejandra Loyo Olivo
Médico Especialista en Anestesiología

CO-DIRECTOR CLÍNICO
Dr. Luis Fernando Guerrero Herrera
Médico Especialista en Psiquiatría

DIRECTOR METODOLÓGICO
Dra. Úrsula Fabiola Medina Moreno
Profesor Investigador del Departamento de Farmacología de la
Facultad de Medicina UASLP

Febrero 2026



Factores laborales y personales asociados a ansiedad y depresión hospitalaria en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto. © 2026. Por José Enrique Salas Benítez. Tiene licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Introducción:

La residencia médica se caracteriza por extensas jornadas laborales, alta responsabilidad, constante exigencia académica y tiempo limitado para el descanso y vida personal. Estas condiciones generan un entorno de exigencia física y emocional que puede comprometer significativamente la salud mental. Diversos estudios han evidenciado una alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en el personal de las residencias médicas, con consecuencias que impactan tanto en su bienestar personal como en su desempeño profesional e incluso en la posibilidad de cometer errores en la atención.

Dentro de las especialidades quirúrgicas, los residentes enfrentan distintos tipos de presión, como la demanda de habilidades técnicas, la toma de decisiones cruciales y el trabajo en ambientes de alta complejidad profesional; mientras que, en las no quirúrgicas, se enfrentan a un alto volumen de pacientes, constante carga administrativa y la atención prolongada a patologías crónicas y sus comorbilidades.

Objetivo principal: Determinar la asociación entre factores laborales y personales con la presencia de ansiedad y/o depresión hospitalaria en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.

Materiales y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron 300 médicos residentes mediante muestreo no probabilístico consecutivo. Se evaluó la presencia de ansiedad y/o depresión mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), considerando punto de corte ≥ 8 en cada subescala. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística multivariable para identificar asociaciones independientes, estimando razones de momios (OR) con intervalos de confianza al 95%.

Resultados:

La prevalencia de ansiedad fue de 36.3% y de depresión de 85%. En el modelo multivariable para ansiedad, la calidad del sueño mostró asociación significativa e independiente, observándose un efecto protector progresivo en quienes reportaron

sueño regular (OR=0.28; IC95%: 0.15–0.50; $p<0.001$) y buen sueño (reparador) (OR=0.17; IC95%: 0.08–0.35; $p<0.001$), en comparación con un mal sueño (no reparador). No se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables estudiadas y la presencia de depresión.

Conclusiones:

Se observó una alta prevalencia de sintomatología afectiva en los médicos residentes que participaron en el estudio; ansiedad 36.3% y depresión 85%. En el análisis multivariado, únicamente la calidad del sueño mostró asociación independiente y efecto protector frente a la ansiedad (OR=0.17), mientras que el resto de las variables estudiadas no evidenciaron asociación significativa con ansiedad ni depresión. Estos hallazgos posicionan a la higiene del sueño como un eje prioritario en las estrategias institucionales orientadas a la promoción de la salud mental en la residencia médica, con el objetivo de disminuir posibles errores en la atención por estos factores.

ÍNDICE

	Página
Resumen	4
Índice	6
Lista de cuadros	7
Lista de figuras	8
Lista de abreviaturas	9
Lista de definiciones	10
Reconocimientos	11
Dedicatorias	12
Antecedentes	14
Justificación	21
Hipótesis	22
Objetivos	22
Sujetos y métodos	23
Análisis estadístico	30
Ética	31
Resultados	33
Discusión	46
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación	48
Conclusiones	49
Bibliografía	50
Anexo 1 (Consentimiento informado)	53
Anexo 2 (Carta de aprobación)	54
Anexo 3 (Resultado de informe de coincidencias)	55
Anexo 4 (Cronograma de actividades)	57

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): ítems y puntuación	18
Cuadro 2. Variables en el estudio	25
Cuadro 3. Pregunta PICO	27
Cuadro 4. Descriptores usados en el estudio	28
Cuadro 5. Análisis de normalidad de las variables	33
Cuadro 6. Características sociodemográficas de la población en estudio según sexo	36
Cuadro 7. Características académicas y laborales de los médicos residentes según sexo	39
Cuadro 8. Factores asociados a ansiedad mediante regresión logística multivariable (OR ajustados, IC95% y p)	43
Cuadro 9. Factores asociados a depresión mediante regresión logística multivariable (OR ajustados, IC95% y p)	44

LISTA DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Diagrama de flujo de la población incluida.....	34
Figura 2. Distribución de la edad según el sexo.....	34
Figura 3. Distribución del estado civil según el sexo.....	35
Figura 4. Distribución del número de hijos según el sexo de la población.....	35
Figura 5. Distribución de los años de residencia de la población según el sexo.....	36
Figura 6. Distribución de la especialidad quirúrgica y no quirúrgica según el sexo.....	37
Figura 7. Distribución del promedio de guardias realizadas según el sexo....	37
Figura 8. Distribución de la carga de pacientes por semana según sexo de la población.....	38
Figura 9. Distribución de las semanas laboradas según sexo.....	38
Figura 10. Distribución del antecedente previo de ansiedad y/o depresión según sexo.....	40
Figura 11. Distribución de la percepción en la calidad del sueño.....	40
Figura 12. Distribución de puntaje HADS-A entre la población y según sexo.....	41
Figura 13. Distribución de puntaje HADS-D entre la población y según sexo.....	41
Figura 14. Distribución de la clasificación de ansiedad en población y según sexo.....	42
Figura 15. Distribución de la clasificación de depresión en población y según sexo.....	42
Figura 16. Regresión logística de los factores asociados a ansiedad.....	44
Figura 17. Regresión logística de los factores asociados a depresión.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

- **ARES:** Año de residencia
- **CALSU:** Calidad del sueño
- **CLANS:** Clasificación de ansiedad
- **CLDEP:** Clasificación de depresión
- **CPAC:** Carga de pacientes
- **DE:** Desviación estándar
- **DSM-5:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª Edición
- **ECV:** Estado civil
- **ED:** Edad
- **ESP:** Especialidad (quirúrgica / no quirúrgica)
- **GUARD:** Número de guardias
- **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale
- **HADS-A:** Subescala de ansiedad de la HADS
- **HADS-D:** Subescala de depresión de la HADS
- **HADSA:** Puntaje total de ansiedad en HADS
- **HADSD:** Puntaje total de depresión en HADS
- **HJ:** Número de hijos
- **IC 95%:** Intervalo de confianza al 95%
- **IMC:** Índice de masa corporal
- **MeSH:** Términos de encabezamiento médico
- **OR:** Odds Ratio (Razón de momios)
- **PICO:** Estrategia para formular preguntas de investigación clínica basada en población, Intervención, Comparación y Resultado
- **RIC:** Rango intercuartílico
- **SEMLB:** Semanas laborales
- **SX:** Sexo
- **UASLP:** Universidad Autónoma de San Luis Potosí
- **HRAE:** Hospital Regional de Alta Especialidad

LISTA DE DEFINICIONES

- **Ansiedad hospitalaria:** Presencia dentro de la jornada laboral de sintomatología ansiosa evaluada mediante la subescala HADS-A, considerando puntaje ≥ 8 como clínicamente relevante.
- **Depresión hospitalaria:** Presencia dentro de la jornada laboral de sintomatología depresiva evaluada mediante la subescala HADS-D, considerando puntaje ≥ 8 como clínicamente relevante.
- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS):** Instrumento de tamizaje compuesto por 14 ítems, dividido en dos subescalas (ansiedad y depresión), diseñado para evaluar sintomatología afectiva.
- **Factores laborales:** Variables relacionadas con el entorno de trabajo del residente, incluyendo especialidad, grado de residencia, número de guardias a la semana, semanas laboradas y carga de pacientes hasta el momento del estudio.
- **Factores personales:** Características individuales del médico residente como sexo, estado civil, hijos, calidad del sueño y antecedentes de ansiedad y/o depresión.
- **Guardias:** Número promedio de turnos nocturnos o jornadas extendidas realizadas por el médico residente en la semana.
- **Calidad del sueño:** Autopercepción del descanso durante la última semana, clasificada como mala, regular o buena.
- **Especialidad quirúrgica:** Programa de residencia médica enfocado en manejo quirúrgico.
- **Especialidad no quirúrgica:** Programa de residencia médica centrado en atención clínica.
- **Regresión logística multivariable:** Modelo estadístico utilizado para estimar la asociación entre variables independientes y un desenlace dicotómico, ajustando por posibles factores de confusión.
- **Tamizaje:** Proceso de detección temprana de una condición mediante instrumentos estandarizados, sin establecer diagnóstico clínico definitivo.

RECONOCIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, por abrirme sus puertas y permitirme realizar este proyecto. De igual manera, a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y a sus docentes, por el respaldo institucional, la excelencia educativa y su compromiso con la formación de especialistas.

A la Dra. Martha Loyo, investigadora principal, por ser mucho más que una asesora. Gracias por sus consejos y enseñanzas; por enseñarme a luchar por nuestros objetivos e ignorar siempre el "qué dirán" o los obstáculos impuestos por los demás. Este logro es, en gran medida, fruto de su acompañamiento.

A la Dra. Úrsula Medina, mi asesora metodológica, por su guía, su paciencia infinita y su tiempo valioso para dar estructura a este trabajo. Gracias por enseñarme a ver el orden detrás de los datos y por su exigencia constante.

A la Dra. Cecilia Vázquez y al Dr. Luis Guerrero, psiquiatras, quienes con su guía y enseñanzas en temas de los que son expertos, permitieron aterrizar este proyecto; gracias por su tiempo y su paciencia para armar, conducir y sustentar esta investigación.

A la Dra. Adriana Vázquez, por enseñarme siempre a esforzarme cada día y a trabajar con bases firmes en el conocimiento. Gracias por apoyarme siempre; esos consejos y risas hicieron mucho más amena cada guardia y cada momento de mi formación.

Al Dr. Israel Tapia, jefe del servicio de Anestesiología, por ser ese ejemplo a seguir. Su paciencia, confianza y enseñanzas han sido pieza fundamental para mi formación y para salir adelante en este proyecto.

Al Dr. Luis Mario Méndez Casillas, pasante de servicio social, quien fue una base fundamental en la recolección y concentración de datos, por su desempeño y disponibilidad para este proyecto.

Mi gratitud se extiende a todos mis maestros anestesiólogos, que me formaron y apoyaron en cada tramo de este camino. Finalmente, a cada uno de los médicos residentes que, a pesar de su extenuante carga laboral, se tomaron el tiempo para participar en este estudio.

DEDICATORIAS

Este trabajo va dedicado a mis padres, Claudia Benítez y Enrique Salas, por ser el cimiento de todo lo que soy, por dar pie a formarme como una persona trabajadora que lucha por sus sueños y por las personas que ama. Gracias por sus sacrificios, por creer en mí ante cualquier dificultad y por enseñarme que todo se hace y ejerce con el corazón. Gracias por ese extraordinario esfuerzo, en que nunca me faltó una palabra, un momento de cariño, de risas y enojos, un techo, algo que comer y sobre todo gracias por siempre proveerme de todo lo emocional y material para mantenerme a flote y lograr todo lo que me propusiera. Todo esto es por y para ustedes, sepan bien que siempre han sido y serán mi ejemplo a seguir, con humildad seguiré adelante en todo momento justo como me lo inculcaron. Los amo infinitamente.

A Christopher por tu amor, paciencia y apoyo incondicional. Gracias por entender mis ausencias y mi mal carácter, por celebrar cada uno de mis pequeños triunfos y por ser ese refugio donde pude descansar en los momentos de mayor presión. Gracias por caminar a mi lado en este proceso, porque a pesar de la distancia siempre estuviste presente; gracias por enseñarme que el amor es incondicional y que también consiste en saber acompañar en cada reto de esta vida. Te amo.

A Cecy, mi hermana, por ser mi cómplice y mi sustento en todo momento, cuando papá y mamá no estuvieran siempre estabas tú. Gracias por celebrar mis triunfos, por escuchar mis quejas tras las jornadas más largas, por tus palabras de aliento y por estar siempre presente, recordándome quién soy fuera del hospital. Siempre has sido mi guía, mi distracción y mi regaño.

A mis sobrinos, Fabiana y Emilio, porque sus risas y su energía fueron el mejor antídoto contra el cansancio y la tristeza. Su recibimiento cada que iba a verlos, sus juegos y su amor, no hay meta inalcanzable.

A mis abuelos y a mis tíos, por estar presentes a la distancia, por cada oración, cada llamada y mensaje de ánimo; por siempre estar al pendiente de lo que me hiciera falta. Siempre han sido ese ejemplo de perseverancia, esa enseñanza de trabajo arduo y ese plus de amor que siempre recargaba mi alma.

A Faty, Jessy y Amaranta, por ser mucho más que compañeras; se convirtieron en mi familia, en un apoyo monumental en todo momento. Con ustedes reí, lloré y dije mil cosas sin sentido sabiendo que siempre podía ser yo mismo, y eso es algo que no tengo palabras para agradecer. Gracias por ser mis mejores amigas dentro y fuera del hospital, por hacer que las guardias más pesadas fueran ligeras y por demostrarme que en medio del caos de la residencia, también se pueden encontrar amistades para toda la vida.

A Edna, Denisse, Dianita, Gina, Sara y Omar, gracias por los momentos improvisados, las risas terapéuticas, las cosas sin sentido que decíamos; gracias por dejarme desenvolverme con ustedes, por apoyarme en mi frustración y por hacer que este camino fuera mucho más ligero. Gracias por no dejar que me olvidara de vivir mientras estudiaba.

A mis maestros Dr. Tapia, Dra. Loyo, Dra. Montejano, Dra. Adriana, Dra. Lupita, Dra. Moly, Dra. Margarita, Dr. Fernando, Dr. Barragán, Dra. Paulina, Dra. Miriam, Dr. Claudio, Dr. Isaí, Dra. Erika, Dra. Silvia, Dra. Vidaña, Dra. Mónica, Dr. Ayala, por compartir su conocimiento con generosidad y por ser ejemplos de ética y excelencia. Gracias por su exigencia, que hoy se traduce en la confianza de ser un buen profesional, más humano y con los cimientos clave para atender a mis pacientes. Gracias por los consejos, los regaños, las risas, el apoyo y las muestras de afecto que siempre tuvieron para mí. Los llevaré siempre en el corazón.

ANTECEDENTES

La ansiedad es un estado emocional complejo caracterizado por hiperactivación autonómica, sensación de amenaza inminente, preocupación persistente y cambios conductuales que buscan evitar o neutralizar el peligro. Aunque forma parte de la respuesta normal al estrés, la ansiedad clínica se diferencia por su intensidad, su persistencia en el tiempo y por el deterioro funcional que ocasiona en las esferas social, académica y laboral (1). En el campo clínico se agrupa en entidades como el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y las fobias, entre otros. Sus manifestaciones incluyen inquietud, tensión muscular, dificultades para concentrarse, irritabilidad, insomnio, palpitaciones, sudoración y sensación de falta de aire. La presentación puede ser continua o fluctuante y, en profesionales de la salud, suele coexistir con altos niveles de autoexigencia y perfeccionismo.

La depresión, por su parte, se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por ánimo persistentemente bajo, pérdida de interés o placer (anhedonia), fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa o inutilidad, enlentecimiento psicomotor y, en casos graves, ideación suicida (2). Los síntomas pueden presentarse de forma subclínica con impacto discreto pero relevante o cumplir criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor. La depresión se asocia con disminución del rendimiento cognitivo, peor adherencia a las tareas y mayor riesgo de abandono de procesos formativos. En población médica, estos efectos se traducen en errores clínicos, menor empatía y deterioro de la relación terapéutica.

En el contexto de los médicos residentes, ambas condiciones adquieren particular relevancia debido a la naturaleza formativa y al entorno de alta demanda en el que se desarrollan. La residencia implica jornadas prolongadas, trabajo nocturno, toma de decisiones bajo presión, exposición continua a sufrimiento y muerte, y evaluación académica constante. Este conjunto de estresores incrementa la vulnerabilidad a síntomas ansiosos y depresivos, y puede afectar tanto el bienestar del residente como la seguridad del paciente (3).

Epidemiología y carga global

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente 322 millones de personas viven con depresión en el mundo y alrededor de 264 millones padecen algún trastorno de ansiedad, constituyendo entre ambas entidades una de las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (2). La carga es especialmente elevada en adultos jóvenes, rango etario en el que se ubica la mayoría de los médicos residentes. Más allá de los indicadores de salud pública, su impacto se refleja en pérdidas de productividad, ausentismo, rotación y costos para las instituciones sanitarias.

En población médica en formación, la prevalencia de sintomatología afectiva supera de forma consistente a la observada en la población general. Un metaanálisis que integró 54 estudios y más de 17,000 residentes estimó una prevalencia global de síntomas depresivos de 28.8 %, con variaciones atribuibles al instrumento empleado y a los contextos culturales (3). En relación con la ansiedad, múltiples trabajos reportan cifras elevadas. En especialidades quirúrgicas como ortopedia se han descrito prevalencias agrupadas cercanas a 25–32 % (4), mientras que en anestesiología y cuidados críticos los niveles de ansiedad y depresión superan con frecuencia 40 % (5). Estos datos subrayan que el fenómeno es transversal pero heterogéneo: depende del entorno hospitalario, de la cultura organizacional y de la naturaleza de las tareas clínicas asignadas a cada especialidad.

En América Latina se han publicado estimaciones particularmente altas. En un estudio realizado en residentes de Medicina de Familia en Brasil durante el contexto de la pandemia de COVID-19, se encontró que 52% presentaron síntomas de ansiedad y 36% de depresión evaluados con instrumento de cribado HADS (6). En México, un estudio multicéntrico en residentes de ortopedia informó prevalencias de 18.4 % de ansiedad y 12.5 % de depresión, con asociación a distrés laboral y perfeccionismo clínico (7). Asimismo, un estudio realizado en residentes de instituciones públicas en México documentó prevalencias de **depresión de hasta 22.2 %** y de **ansiedad de hasta 56.5 %**, evidenciando una carga importante de sintomatología afectiva en este grupo (8). En China, un estudio reciente reportó ansiedad en 20.9 % y depresión en 28.5 % de los residentes, con asociación a jornadas extensas, rotaciones en áreas críticas y mala

calidad de sueño (9). En Medio Oriente, series de Arabia Saudita y Omán han descrito prevalencias comparables y patrones de factores asociados similares (10,11).

Diferencias entre especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas

Las diferencias entre especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas son relevantes para comprender la distribución del riesgo. En las quirúrgicas (p. ej., ortopedia y cirugía general), los residentes enfrentan demanda física elevada, cirugías prolongadas, guardias frecuentes y exposición a escenarios de alta consecuencia, donde el margen de error es mínimo. Este contexto incrementa la activación fisiológica sostenida y favorece la aparición de síntomas ansiosos (4,7). Además, la cultura de la excelencia técnica y el perfeccionismo clínico, si bien positivos para la seguridad del paciente, pueden convertirse en factores de presión crónica cuando no se acompañan de supervisión pedagógica y apoyo psicosocial adecuados.

En especialidades no quirúrgicas (p. ej., medicina interna, pediatría, psiquiatría) la demanda es predominantemente cognitiva y emocional. La toma de decisiones diagnósticas complejas, la atención de pacientes crónicos y la gestión de comorbilidades múltiples favorecen la fatiga mental y el agotamiento emocional. Las rotaciones en urgencias y unidades de cuidados intensivos, comunes en estos programas, exponen a los residentes a situaciones límite y a gran variabilidad de la carga asistencial, lo que se ha asociado con mayor riesgo de depresión y ansiedad (5,9). Estas diferencias orientan la hipótesis de que la modalidad de estrés predominante difiere entre especialidades y exige intervenciones ajustadas al contexto.

Factores asociados a la aparición de ansiedad y depresión

El desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos en residentes responde a un modelo multifactorial donde interactúan variables sociodemográficas, laborales y organizacionales. Entre los factores individuales, el sexo femenino se ha asociado de forma consistente con mayor prevalencia de ansiedad y, en menor medida, de depresión (5,10). La edad y el año de residencia muestran patrones menos uniformes: algunos estudios señalan mayor riesgo en etapas iniciales cuando el proceso de adaptación es

más desafiante, mientras que otros describen acumulación del malestar conforme avanza la responsabilidad clínica (6).

Las condiciones laborales ocupan un lugar central. La frecuencia de guardias es uno de los predictores más robustos: realizar seis o más guardias al mes se ha asociado con un incremento significativo del riesgo de ansiedad (11). La calidad del sueño es otro componente clave; el insomnio y la somnolencia diurna se correlacionan con puntuaciones más altas de ansiedad y depresión, y predicen aparición de síntomas en estudios prospectivos (6,12). La exposición a rotaciones de alta demanda como urgencias y cuidados intensivos constituye un factor independiente para la sintomatología afectiva (5). Finalmente, características organizacionales como insuficiente supervisión, escaso tiempo para actividades docentes y conflicto trabajo-vida también se han asociado con mayor ansiedad (13).

En México, además de la frecuencia de guardias y la calidad del sueño, se han descrito asociaciones con el perfeccionismo clínico, el distrés laboral y el bajo desempeño socio-laboral (7,8). Estos factores reflejan la interacción entre rasgos personales y condiciones del entorno. La identificación temprana de tales determinantes permite orientar medidas preventivas, por ejemplo, optimización de roles, estructuras de supervisión, higiene del sueño, y programas de apoyo psicológico que podrían reducir la carga de ansiedad y depresión en los programas de residencia.

La escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

La HADS fue diseñada por Zigmond y Snaith en 1983 con el propósito de ofrecer un instrumento breve, sensible y específico para el entorno hospitalario no psiquiátrico (14). A diferencia de otras escalas, evita incluir ítems somáticos como alteraciones del sueño o del apetito que pueden ser expresión de enfermedad física o de la propia carga laboral. Esta decisión metodológica la convierte en una herramienta particularmente útil para evaluar a médicos residentes, cuya práctica diaria implica privación relativa de sueño, fatiga y estrés fisiológico.

La escala está compuesta por 14 ítems, divididos en dos subescalas de siete elementos: HADS-A para ansiedad y HADS-D para depresión. Cada ítem se puntúa de

0 a 3, de modo que cada subescala oscila entre 0 y 21 puntos. Los puntos de corte recomendados son: 0–7 (normal), 8–10 (borderline o caso posible) y ≥ 11 (caso probable). Estos umbrales han sido utilizados de forma consistente en la literatura internacional y en estudios recientes con residentes (5,7,17).

Cuadro 1. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): ítems y puntuación

Ítem	Pregunta (versión abreviada en español)	Opciones de respuesta (0–3)
HADS-A1	Me siento tenso o nervioso	0=Nunca; 1=Ocasional; 2=Frecuente; 3=Casi siempre
HADS-A2	Siento miedo como si algo terrible fuera a suceder	0–3
HADS-A3	Me siento inquieto, incapaz de permanecer quieto	0–3
HADS-A4	Tengo una sensación de pánico	0–3
HADS-A5*	Puedo relajarme fácilmente (ítem inverso)	0–3
HADS-A6	Siento mariposas en el estómago	0–3
HADS-A7	Me sobresalto con facilidad	0–3
HADS-D1*	Todavía disfruto de las cosas que solía disfrutar (ítem inverso)	0–3
HADS-D2*	Todavía puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas (ítem inverso)	0–3
HADS-D3*	Me siento alegre (ítem inverso)	0–3
HADS-D4	Me siento ralentizado	0–3
HADS-D5	He perdido interés en mi apariencia	0–3
HADS-D6*	Espero con placer las cosas del futuro (ítem inverso)	0–3
HADS-D7*	Me siento con energía (ítem inverso)	0–3

*Ítems inversos: requieren recodificación antes de sumar la subescala.

Las propiedades psicométricas de la HADS han sido ampliamente documentadas. Revisiones sistemáticas informan consistencia interna con alfas de Cronbach cercanos a 0.82–0.90 para ambas subescalas y desempeños de cribado con sensibilidades y especificidades que oscilan entre 0.80 y 0.90, con áreas bajo la curva habitualmente superiores a 0.85 (15,16). Este rendimiento, junto con su brevedad y aceptabilidad para los encuestados, explica su amplia adopción en investigación clínica y en programas de vigilancia del bienestar del personal sanitario.

En la población de médicos residentes, la HADS ha demostrado utilidad práctica y coherencia con otras medidas de salud mental. Estudios recientes en medicina familiar en Arabia Saudita, en muestras multiespecialidad de Brasil y en residentes de anestesiología e intensivos en Francia han empleado la HADS para estimar prevalencias y explorar factores asociados (5–7,17). En conjunto, confirman que la escala permite identificar casos probables y estratificar el riesgo de forma rápida, facilitando decisiones sobre derivación, seguimiento y diseño de intervenciones institucionales.

En comparación con otros instrumentos, la HADS presenta ventajas específicas para el ámbito hospitalario. El PHQ-9 y el BDI-II cuentan con buena sensibilidad para depresión, pero incluyen ítems somáticos que podrían sobredimensionarse en residentes por la privación de sueño y la fatiga propias de la práctica. El GAD-7 es eficiente para ansiedad generalizada, aunque menos abarcador que la HADS en la detección concomitante de síntomas depresivos. Por ello, para propósitos de cribado integral y uso rutinario en residencias médicas, la HADS ofrece una combinación óptima de brevedad, robustez psicométrica y pertinencia clínica.

Importancia clínica y académica

La identificación y el abordaje temprano de la ansiedad y la depresión en médicos residentes es prioritaria por su impacto clínico, académico y personal. Desde la perspectiva de la seguridad del paciente, la evidencia vincula la afectación de la salud mental y el burnout con mayor probabilidad de errores médicos y menor satisfacción profesional (18). Intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar del residente, como

ajustes en la carga asistencial, tutorías, pausas activas y acceso a apoyo psicológico se asocian con mejor desempeño y reducción de incidentes evitables.

En el plano académico, la ansiedad y la depresión disminuyen la atención sostenida, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva, pilares del aprendizaje clínico. La consecuencia es un menor rendimiento en evaluaciones formativas y sumativas, así como dificultades para integrar conocimientos en escenarios complejos (19). Por el contrario, estrategias institucionales de apoyo, por ejemplo, espacios de reflexión clínica, feedback estructurado y programas de mentoría han mostrado beneficios sobre el desempeño y la satisfacción con el proceso formativo.

Desde la dimensión personal, la comorbilidad entre ansiedad, depresión y burnout en residentes está bien documentada y se relaciona con mayor riesgo de consumo problemático de sustancias, deterioro de relaciones interpersonales e ideación suicida (20). La vigilancia sistemática mediante instrumentos de cribado, como la HADS, ofrece una vía factible para el monitoreo periódico y la detección oportuna, especialmente cuando se integra a políticas claras de confidencialidad, derivación y tratamiento.

Impacto clínico

La evidencia disponible indica que la ansiedad y la depresión en médicos residentes constituyen un problema prevalente y con consecuencias verificables sobre la asistencia, la formación y el bienestar. Las diferencias entre especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, junto con factores asociados como el sexo, la carga de guardias, la calidad del sueño y las rotaciones demandantes, sugieren que las intervenciones deben ser específicas para cada contexto. La HADS destaca como herramienta de cribado validada, de aplicación breve y libre de sesgos somáticos, que facilita la identificación de casos probables y el seguimiento de las intervenciones. Incorporar su uso sistemático en programas de residencia, junto con medidas organizacionales y psicoeducativas es una estrategia razonable para reducir la carga de sintomatología afectiva y mejorar los resultados clínicos y académicos (14–17).

JUSTIFICACIÓN

La ansiedad y la depresión son trastornos mentales de alta prevalencia a nivel mundial y constituyen un importante problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la ansiedad como un estado caracterizado por sentimientos de preocupación excesiva, tensión y síntomas físicos como palpitaciones, sudoración o temblor; mientras que la depresión se caracteriza por tristeza persistente, pérdida de interés, sentimientos de culpa o inutilidad, alteraciones del sueño y disminución de la energía. Ambos trastornos pueden coexistir y afectar de manera significativa la funcionalidad y calidad de vida de quienes los padecen.

En el ámbito médico, diversos estudios han señalado que la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos es mayor en los médicos residentes en comparación con la población general, atribuible a factores como jornadas prolongadas, privación de sueño, alta demanda académica, presión asistencial y exposición constante a situaciones de estrés. En México, esta tendencia se confirma con un seguimiento realizado en residentes de instituciones públicas, donde se observó un incremento sustancial de los síntomas afectivos a lo largo de un año académico: la prevalencia de depresión aumentó de 3.7 % a 22.2 % y la de ansiedad de 38 % a 56.5 %. Estos hallazgos reflejan que la exposición sostenida a las exigencias del entrenamiento médico no solo incrementa la vulnerabilidad individual, sino que también consolida un patrón de riesgo acumulativo.

Para evaluar estos trastornos, se utilizan instrumentos estandarizados y validados como la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), el Beck Anxiety Inventory (BAI) y el Beck Depression Inventory-II (BDI-II), los cuales permiten identificar la presencia y severidad de los síntomas con un enfoque objetivo y reproducible.

La relevancia actual de este tema radica en que la salud mental de los médicos residentes impacta directamente en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención médica. El desgaste emocional puede contribuir a errores, disminución de la empatía, ausentismo y, en casos graves, a la aparición de ideación suicida. Además, la

normalización del sufrimiento emocional en la cultura médica dificulta el reconocimiento y tratamiento oportuno de estos problemas.

Por lo anterior, resulta indispensable realizar investigaciones que identifiquen la incidencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas en nuestra unidad hospitalaria. Esto permitirá no solo ver un fenómeno silenciado, sino también diseñar estrategias preventivas e intervenciones institucionales que promuevan el bienestar emocional de los médicos en formación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre factores laborales y personales con la presencia de ansiedad y depresión hospitalaria en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto?

HIPÓTESIS

Existirá asociación entre factores laborales y personales con la presencia de ansiedad y depresión hospitalaria en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.

OBJETIVOS

- **Objetivo general**

Determinar la asociación entre factores laborales y personales con la presencia de ansiedad y depresión hospitalaria en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.

- **Objetivos específicos**

- Determinar factores personales como sexo, estado civil y calidad del sueño en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.

- Determinar factores laborales como grado de residencia, guardias realizadas por semana en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.
- Determinar la presencia de ansiedad y depresión a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.
- Evaluar la asociación entre las variables arriba descritas en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto.

- **Objetivos secundarios**

- Identificar la frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión en médicos residentes mediante instrumentos validados.
- Comparar los niveles de ansiedad y depresión entre los distintos grados de residencia médica de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño del estudio.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico.

Metodología.

Lugar de realización: Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto. Se aplicaron cuestionarios autoadministrados de factores personales y laborales con el formato HADS, previa firma de consentimiento informado para lo cual se contó con el apoyo del Dr. Luis Mario Méndez Casillas, al igual que para el concentrado de los datos obtenidos por las encuestas. Estas actividades se realizaron acorde a un plan de trabajo desglosado en cronograma anexo a este documento en la pagina 57.

Universo de estudio

Criterios de selección:

- **Inclusión**

- Médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas adscritos al Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado.
- Residentes que cuenten con la mayoría de edad (mayores de 18 años).
- Residentes que se encuentren activos en actividades académicas y clínicas durante la recolección.
- Aquellos que comprendan el protocolo de estudio y sepan contestar cuestionarios autoadministrados.

- **Exclusión**

- Aquellos que se encuentren en una rotación externa.
- Negativa a participar en el protocolo.
- Imposibilidad para responder los cuestionarios.

- **Eliminación**

- Cuestionarios incompletos
- Residentes que decidan ya no participar en el estudio.

Variables

Cuadro 2. Variables en el estudio

Dependiente				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Ansiedad	Puntaje total en subescala HADS-A aplicada al residente durante el periodo de estudio. Punto de corte ≥ 8 sugiere presencia clínicamente relevante.	0–21	1=sí (≥ 8 puntos) 0= no (< 8 puntos)	Dicotómica
Depresión	Puntaje total en subescala HADS-D aplicada al residente durante el periodo de estudio. Punto de corte ≥ 8 sugiere presencia clínicamente relevante.	0–21	1=sí (≥ 8 puntos) 0= no (< 8 puntos)	Dicotómica
Independiente				
Sexo	Sexo reportado por el participante.	Masculino / Femenino	N/A	Cualitativa nominal
Estado civil	Situación conyugal actual autorreportada.	Soltero / Casado / Unión libre / Divorciado / Otro	N/A	Cualitativa nominal
Calidad del sueño	Autopercepción de la calidad del sueño en la última semana.	Buena / Regular / Mala (o puntaje si se usa escala validada)	Categoría	Cualitativa ordinal
Grado de residencia	Nivel de entrenamiento al momento de la encuesta.	R1 / R2 / R3 / R4 (según programa)	Categoría	Cualitativa ordinal

Especialidad (quirúrgica/no quirúrgica)	Clasificación de la especialidad del médico residente según su programa de formación.	Quirúrgica / No quirúrgica	N/A	Cualitativa nominal dicotómica
Guardias realizadas	Promedio de guardias por semana en el último mes.	0, 1, 2, 3 o más	Guardias/semana	Cuantitativa discreta
Variables de Control (confusoras)				
Variable	Definición operacional	Valores posibles	Unidades	Tipo de variable
Edad	Edad cronológica en años cumplidos al momento de responder la encuesta.	≥ 18	Años	Cuantitativa continua
Antecedentes previos de ansiedad-depresión	Autorreporte de diagnóstico previo o tratamiento por ansiedad y/o depresión.	Sí / No	N/A	Cualitativa nominal (dicotómica)
Semanas laboradas	Número total de semanas efectivamente laboradas en el año académico actual al momento de la medición.	≥ 0	Semanas	Cuantitativa discreta
Carga de pacientes	Número promedio de pacientes atendidos por semana durante la rotación actual.	≥ 0	Pacientes/semana	Cuantitativa discreta
Número de hijos	Total de hijos vivos autorreportados.	0, 1, 2, 3 o más	Número de hijos	Cuantitativa discreta

Tipo de muestreo: Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo, invitando a participar a todos los médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no

quirúrgicas del HRAE Dr. Ignacio Morones Prieto que cumplieran con los criterios de inclusión y aceptaron responder el cuestionario de forma voluntaria.

Cálculo del tamaño de la muestra: se determina con base en un modelo de regresión logística multivariable que evaluará la asociación de factores laborales y personales con la presencia de ansiedad y depresión, medidas mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), considerando como desenlace positivo un puntaje ≥ 8 en cada subescala. Los predictores incluidos en el modelo serán: especialidad (quirúrgica vs no quirúrgica), grado de residencia, sexo, número de guardias/semana, calidad de sueño, y estado civil (soltero/divorciado vs casado/unión libre), para un total de $k = 6$ predictores. De acuerdo con Peduzzi, Concato y Feinstein, y asumiendo las prevalencias esperadas en población de estudio (ansiedad = 56.5%, depresión = 22.2%, De la Fuente-Sandoval 2015), se obtuvo lo siguiente:

- Para ansiedad: $n \approx (10 \cdot 6) / 0.435 = 138$ sujetos.
- Para depresión: $n \approx (10 \cdot 6) / 0.222 = 270$ sujetos.

Dado que el tamaño de muestra debe dimensionarse en función del evento menos frecuente (depresión), se adoptó como valor de referencia $n=270$. Para contemplar un 10% de no respuesta o cuestionarios incompletos, se ajustó el tamaño final a $n=297$, redondeado a 300 médicos residentes.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se inició con la búsqueda y análisis de la bibliografía en bases de datos científicas (PubMed, Scopus, SciELO, Google Scholar), con el objetivo de contextualizar la incidencia y factores asociados a ansiedad y depresión en médicos residentes.

Cuadro 3. Pregunta PICO

Paciente	Intervención	Comparación	Resultado
Residentes Hospitalarios	Factores laborales	Factores personales	Ansiedad y depresión hospitalaria

Cuadro 4. Descriptores usados en el estudio

Palabra clave	DeCS	Sinónimos (ES)	MeSH	Synonyms (EN)	Definition (MeSH)
Médicos residentes	Médicos en formación; Médicos internos y residentes	Residentes médicos, médicos en entrenamiento, internos de especialidad	Internship and Residency	Medical Residents, Physician Trainees	Programs of graduate medical education in a specialty, involving hospital-based training and education following graduation from medical school.
Ansiedad	Ansiedad	Trastornos de ansiedad, angustia, ansiedad clínica	Anxiety	Anxiety Disorders, Nervousness	Feelings or emotions of dread, apprehension, and impending disaster but not disabling as with ANXIETY DISORDERS.
Depresión	Depresión	Trastorno depresivo, depresión clínica, episodio depresivo mayor	Depression	Depressive Disorder, Depressive Symptoms	Depressive states usually characterized by sadness, loneliness, despair, low self-esteem, and self-reproach.
Horas de sueño	Sueño	Tiempo de sueño, duración del sueño, calidad del sueño	Sleep	Sleep Duration, Sleep Hours, Sleeping Time	A readily reversible suspension of sensorimotor interaction with the environment, usually associated with recumbency and immobility.
Estado civil	Estado civil	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo	Marital Status	Married, Single, Divorced, Widowed	The marital history of individuals, including single, married, widowed, and divorced status.

Fuente de información	Estrategia de búsqueda	Limites	Filtros (título, resumen, criterios de selección)	Total
PubMed	("Internship and Residency"[MeSH Terms] OR "Medical Residents"[Title/Abstract] OR "Resident Physicians"[Title/Abstract]) AND ("Anxiety"[MeSH Terms] OR "Anxiety Disorders"[MeSH Terms] OR "Anxiety"[Title/Abstract] OR "anxious"[Title/Abstract] OR ("Depression"[MeSH Terms] OR "Depressive Disorder"[MeSH Terms] OR "Depression"[Title/Abstract] OR "depressive symptoms"[Title/Abstract])) AND ("Sleep"[MeSH Terms] OR "Sleep Duration"[Title/Abstract] OR "hours of sleep"[Title/Abstract] OR "sleep time"[Title/Abstract]) AND ("Marital Status"[MeSH Terms] OR	-	-	5

	"Marital Status"[Title/Abstract] OR "married"[Title/Abstract] OR "single"[Title/Abstract] OR "divorced"[Title/Abstract] OR "widowed"[Title/Abstract])			
BVS	(Médicos residentes) AND (Ansiedad) OR (Depresión) AND (Sueño) AND (Estado civil)	-	-	6
Otras	(médicos residentes) AND (ansiedad) OR (depresión) AND (sueño) AND mj:("Depresión" OR "Internado y Residencia" OR "Ansiedad" OR "Trastornos de Ansiedad") AND la:("en" OR "es") AND instance:"regional"	-	-	8

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis de normalidad (Shapiro-Wilk acorde al tamaño muestral). Las variables cuantitativas se describieron con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, de acuerdo con su distribución; las variables cualitativas se presentaron en frecuencias y porcentajes. Para la comparación entre grupos se utilizó t de Student o su contraparte no paramétrica (Mann-Whitney U), así como ji cuadrada o prueba exacta de Fisher en variables categóricas.

Posteriormente se construyó un modelo de regresión logística binaria independiente para cada desenlace (ansiedad y depresión), estimando razones de momios (OR) con intervalos de confianza al 95% e incluyendo como covariables los factores laborales y

personales definidos a priori (especialidad, grado de residencia, sexo, número de guardias/semana, calidad del sueño, estado civil).

ÉTICA

- Investigación sin riesgo ()
- **Investigación con riesgo mínimo (X)**
- Investigación con riesgo mayor al mínimo ()

El presente estudio no contraviene los aspectos éticos considerados en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos en el Título Segundo en sus capítulos 13, 14, 16, 17, 20, 21, 36, 39, 40 y 51 ni las contempladas en la Declaración de Helsinki y sus modificaciones en 75th WMA (*World Medical Association*) en Finlandia Helsinki. 2024. (21,22).

De acuerdo con lo anterior, el presente protocolo se considera una investigación con riesgo mínimo para el paciente, esto se debe a que únicamente se aplicaron, para su resolución, cuestionarios psicológicos autoadministrados, previamente estandarizados y validados, sin que mediaran intervenciones médicas ni procedimientos invasivos.

Los posibles riesgos para los participantes se limitaron a malestar emocional o incomodidad psicológica leve al responder los instrumentos, los cuales se consideraron reversibles, transitorios y de corta duración, sin repercusiones posteriores para los participantes.

Adicionalmente, se garantizó el manejo confidencial y bajo anonimato de la información recolectada, evitando cualquier dato que pueda identificar personalmente a los residentes participantes, lo cual minimiza aún más los posibles riesgos.

Por ende, se implementaron las siguientes medidas:

a) Consentimiento informado

- La participación fue voluntaria y cada residente recibió una explicación clara y detallada de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio.
- Se garantizó el derecho a retirarse en cualquier momento, sin consecuencias académicas ni laborales.

b) Confidencialidad y anonimato

- Los datos recolectados se registraron en bases de datos seguras y codificadas, sin identificar a los participantes por nombre ni matrícula.
- Únicamente el equipo investigador tiene acceso a la información, con fines estrictamente académicos y científicos.

c) Apoyo psicológico

- En caso de que un participante experimentara malestar emocional durante o después de responder los cuestionarios, se le brindó información sobre los servicios de apoyo psicológico disponibles en la institución, sin embargo, no fue necesaria dicha medida en el transcurso del estudio.

d) Aprobación ética

- El protocolo fue sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto / Universidad Autónoma de San Luis Potosí, garantizando el cumplimiento de los principios de respeto, beneficencia y justicia.

En caso de aceptar participar en el estudio, se solicitó la firma de consentimiento informado a los médicos residentes para la obtención, resguardo, análisis y publicación de los datos de acuerdo con la ley de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados. Dicho consentimiento se encuentra como anexo en el presente documento en la pagina 53.

RESULTADOS

Se evaluó la normalidad de los residuos con la prueba de Shapiro–Wilk para ED, HJ, ARES, GUARD, CPAC, SEMLB, HADSA y HADSD, y se observó desviación significativa en todas las variables ($p < 0.001$). La homogeneidad de varianzas se determinó mediante la prueba de Levene, con evidencia de heterocedasticidad en ED ($p = 0.01$) y GUARD ($p = 0.03$), mientras que el resto mostró varianzas comparables ($p > 0.05$). Con base en lo anterior, se realizaron comparaciones entre grupos con métodos no paramétricos, utilizando la prueba de Wilcoxon (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Análisis de normalidad de las variables

Variable	P_Shapiro_Resid	P_Levene	Prueba Estadística
ED	<0.001*	0.01	Wilcoxon Test
HJ	<0.001*	0.31	Wilcoxon Test
ARES	<0.001*	0.14	Wilcoxon Test
GUARD	<0.001*	0.03	Wilcoxon Test
CPAC	<0.001*	0.47	Wilcoxon Test
SEMLB	<0.001*	0.54	Wilcoxon Test
HADSA	<0.001*	0.24	Wilcoxon Test
HADSD	<0.001*	0.1	Wilcoxon Test

Durante el periodo de recolección de datos del 27 de octubre de 2025 a 22 de enero de 2026, se incluyeron 300 participantes en el análisis. La distribución por sexo fue equitativa, con 150 hombres (50%) y 150 mujeres (50%), como se muestra en el diagrama de flujo.

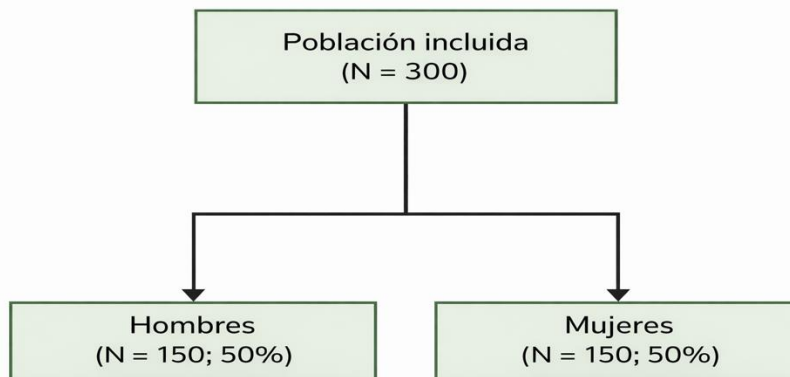


Figura 1. Diagrama de flujo de la población incluida.

En lo que respecta a las variables sociodemográficas analizadas, se observó que: Edad (años). Se observó una mediana de 29.0 años (RIC: 25.0–36.0). Por sexo, la mediana fue similar entre hombres (29.5; RIC: 24.0–34.0) y mujeres (29.0; RIC: 25.0–36.0), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0.31$).

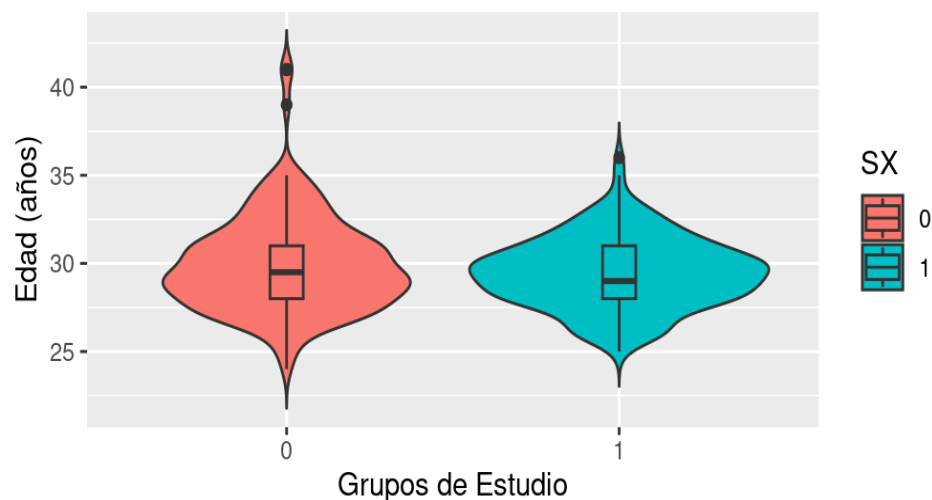


Figura 2. Distribución de la edad según el sexo.

Estado civil. Predominó la categoría 0 (Soltero, Divorciado, Viudo) en la población total (84%), manteniéndose como la más frecuente en ambos grupos (hombres: 83% vs mujeres: 86%). No se observaron diferencias significativas en la distribución por sexo ($p=0.43$).

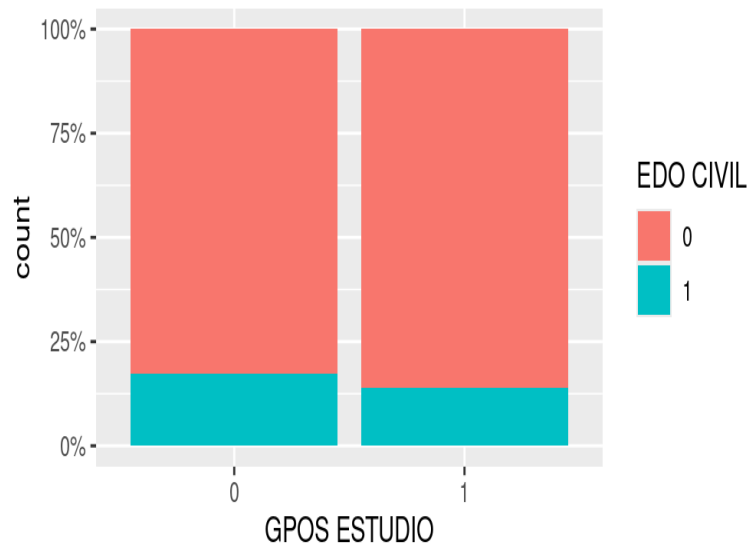


Figura 3. Distribución del estado civil según el sexo

Hijos. La mayor frecuencia correspondió a la categoría 0 (92%; sin hijos), conservándose en hombres (91%) y mujeres (93%). Las categorías 1 y ≥ 2 fueron infrecuentes en ambos grupos y la distribución global no difirió por sexo ($p=0.54$).

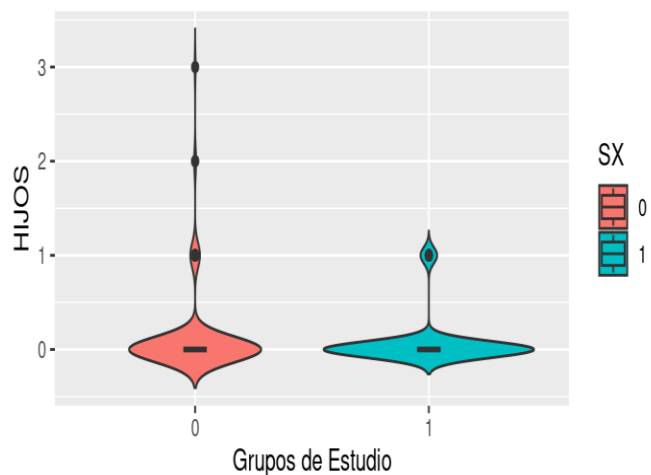


Figura 4. Distribución del número de hijos según el sexo de la población.

Cuadro 6. Características sociodemográficas de la población en estudio según sexo.

Variables	Total población	0 (Hombre)	1 (Mujer)	p-value ²
	N = 300 ¹	N = 150 ¹	N = 150 ¹	
ED (Edad años)				0.31
Median (Min, Max)	29.00 (24.00, 41.00)	29.50 (24.00, 41.00)	29.00 (25.00, 36.00)	
Estado Civil				0.43
0	253 (84%)	124 (83%)	129 (86%)	
1	47 (16%)	26 (17%)	21 (14%)	
Hijos				0.54
0	276 (92%)	137 (91%)	139 (93%)	
1	21 (7.0%)	10 (6.7%)	11 (7.3%)	
2	2 (0.7%)	2 (1.3%)	0 (0%)	
3	1 (0.3%)	1 (0.7%)	0 (0%)	

Grado de residencia. La categoría más frecuente fue residentes de 2° año (30%; n=90), seguida de 3 años (28%; n=83) y 1 año (27%; n=80). La distribución fue comparable entre hombres y mujeres (p=0.29); en mujeres se observó una mayor proporción en 1 año (31% vs. 22%), mientras que en hombres predominó ligeramente 3 años (29% vs. 26%).

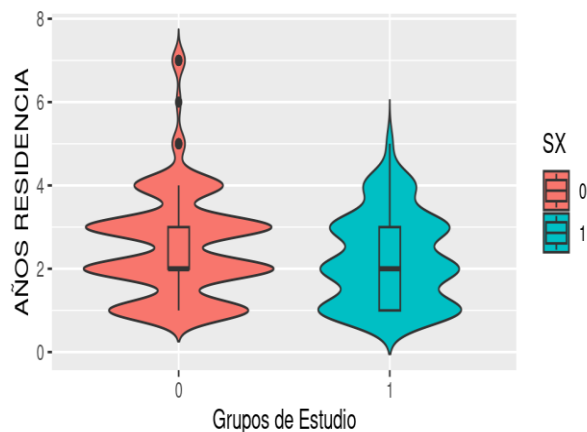


Figura 5. Distribución de los años de residencia de la población según el sexo.

Especialidad. Predominó la categoría 0 (no quirúrgica), en la cohorte total (58%; n=173), manteniéndose como la más frecuente en ambos sexos (hombres: 53%; n=79; mujeres: 63%; n=94). Aunque se observó mayor proporción de categoría 1 en hombres (47% vs. 37%), la diferencia no alcanzó significancia estadística (p=0.08).

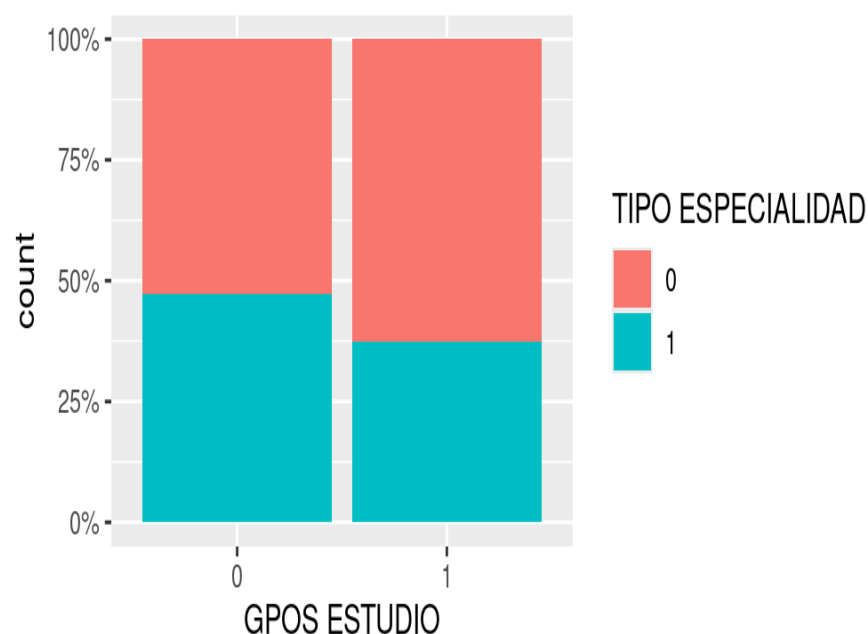


Figura 6. Distribución de la especialidad quirúrgica y no quirúrgica según sexo.

Promedio de guardias a la semana. La mayor frecuencia correspondió a la categoría 2 (73%; n=220), conservándose como la categoría predominante en hombres (69%; n=103) y mujeres (78%; n=117). No se identificaron diferencias significativas en la distribución por sexo (p=0.14).

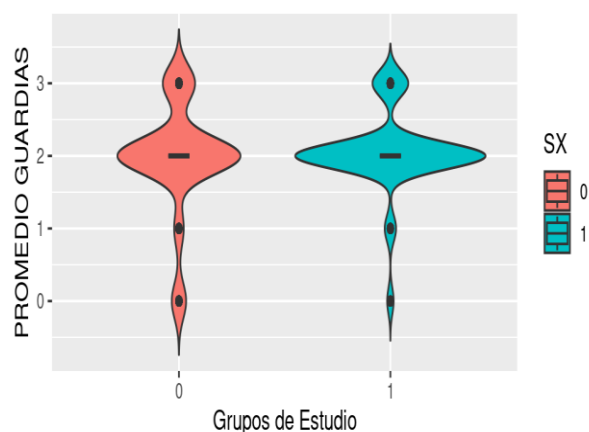


Figura 7. Distribución del promedio de guardias realizadas según el sexo.

Carga de pacientes: La distribución difirió por sexo ($p=0.035$). En la cohorte total predominó la categoría 1 (30%; $n=91$), seguida de la 2 (29%; $n=88$) y la 3 (26%; $n=77$). En mujeres se observó mayor proporción en la categoría 1 (37% vs. 24%), mientras que en hombres se concentró más en las categorías 2–3 (31% y 27%) comparado con mujeres (27% y 24%).

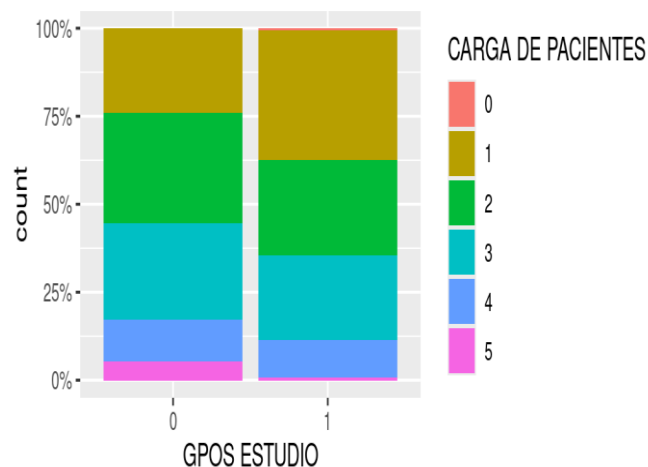


Figura 8. Distribución de la carga de pacientes por semana según sexo de la población.

Semanas laboradas. Predominó la categoría 5 (63%; $n=189$), manteniéndose en ambos grupos (hombres: 62%; $n=93$; mujeres: 64%; $n=96$). La distribución fue similar por sexo ($p=0.65$).

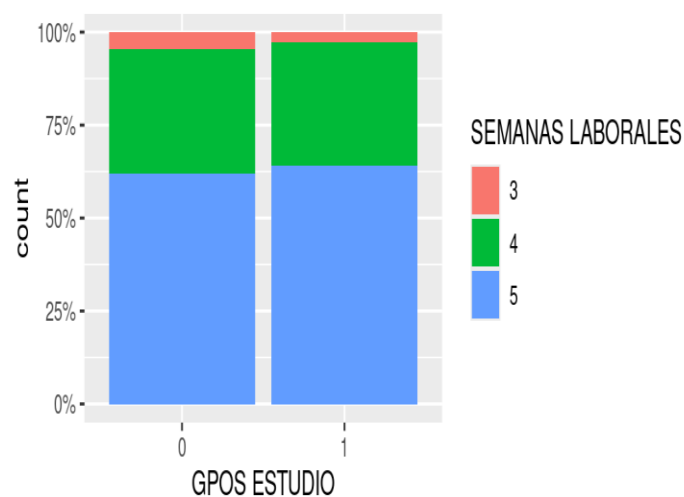


Figura 9. Distribución de las semanas laboradas según sexo.

Cuadro 7. Características académicas y laborales de los médicos residentes según sexo.

Variables	Total población	0 (Hombre)	1 (Mujer)	p-value ²
	N = 300 ¹	N = 150 ¹	N = 150 ¹	
Años Residencia				0.29
1	80 (27%)	33 (22%)	47 (31%)	
2	90 (30%)	45 (30%)	45 (30%)	
3	83 (28%)	44 (29%)	39 (26%)	
4	38 (13%)	21 (14%)	17 (11%)	
5	5 (1.7%)	3 (2.0%)	2 (1.3%)	
6	1 (0.3%)	1 (0.7%)	0 (0%)	
7	3 (1.0%)	3 (2.0%)	0 (0%)	
Especialidad				0.08
0	173 (58%)	79 (53%)	94 (63%)	
1	127 (42%)	71 (47%)	56 (37%)	
PROMEDIO GUARDIAS				0.14
0	16 (5.3%)	12 (8.0%)	4 (2.7%)	
1	15 (5.0%)	8 (5.3%)	7 (4.7%)	
2	220 (73%)	103 (69%)	117 (78%)	
3	49 (16%)	27 (18%)	22 (15%)	
CARGA DE PACIENTES				0.035
0	1 (0.3%)	0 (0%)	1 (0.7%)	
1	91 (30%)	36 (24%)	55 (37%)	
2	88 (29%)	47 (31%)	41 (27%)	
3	77 (26%)	41 (27%)	36 (24%)	
4	34 (11%)	18 (12%)	16 (11%)	
5	9 (3.0%)	8 (5.3%)	1 (0.7%)	
SEMANAS LABORALES				0.65
3	11 (3.7%)	7 (4.7%)	4 (2.7%)	
4	100 (33%)	50 (33%)	50 (33%)	
5	189 (63%)	93 (62%)	96 (64%)	
¹ n (%)				
² Wilcoxon rank sum test; Pearson's Chi-squared test; Fisher's exact test				

Antecedentes previos de ansiedad y/o depresión. Predominó la categoría 1 (sí), en la cohorte total (58%; n=173), manteniéndose como la más frecuente en ambos sexos (hombres: 51%; n=76; mujeres: 65%; n=97). Se observó una diferencia significativa por sexo, con mayor proporción en mujeres ($p=0.014$).

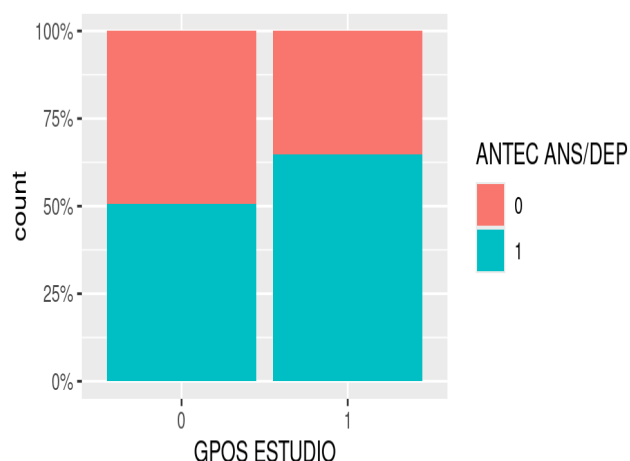


Figura 10. Distribución del antecedente previo de ansiedad y/o depresión según sexo.

Autopercepción de calidad de sueño. La categoría más frecuente fue 1-Regular (47%; n=141), seguida de 0-mala (27%; n=82) y 2-Bueno (26%; n=77). La distribución fue similar entre hombres (45%, 26%, 29%) y mujeres (49%, 29%, 22%), sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0.35$).

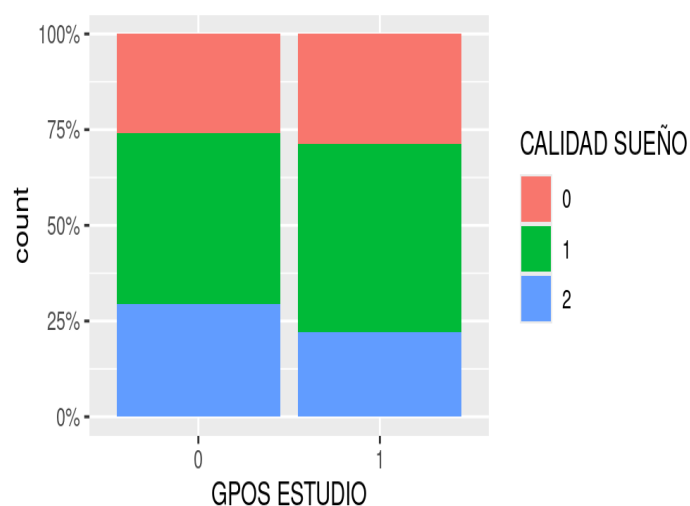


Figura 21. Distribución de la percepción en la calidad del sueño.

HADS–Ansiedad (puntaje). La mediana en la población total fue 6.0 (0.0–17.0). Por sexo, la mediana fue mayor en mujeres (7.0) que en hombres (4.0), con diferencia significativa ($p=0.01$).

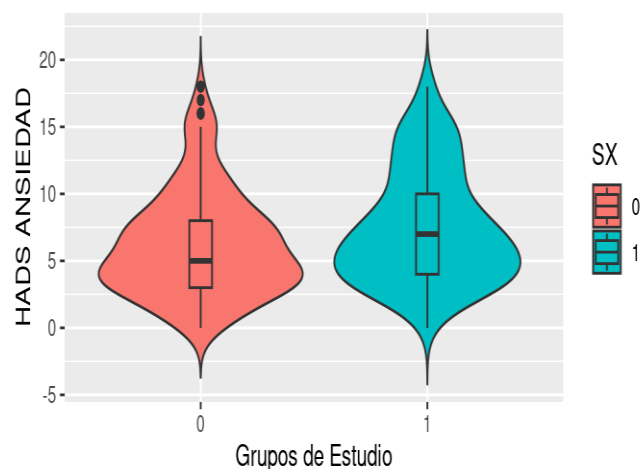


Figura 32. Distribución de puntaje HADS-A entre la población y según sexo.

HADS–Depresión (puntaje). La mediana global fue 12.0 (0.0–16.0). Las medianas fueron comparables entre hombres (11.0) y mujeres (12.0), sin diferencia significativa ($p=0.32$).

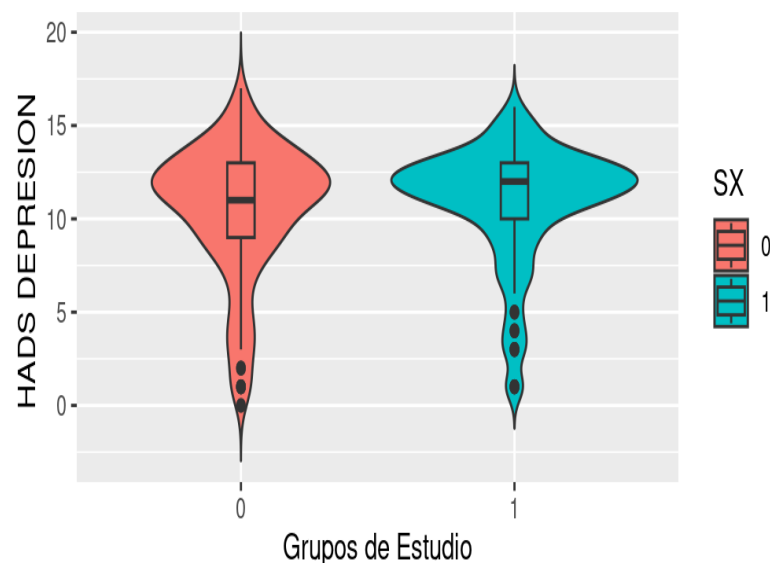


Figura 43. Distribución de puntaje HADS-D entre la población y según sexo.

Clasificación de ansiedad (CLANS). Predominó la categoría 0 en el total (64%; n=191), manteniéndose como la más frecuente en hombres (68%; n=102). En mujeres se observó una mayor proporción de CLANS=1 (41% vs. 32%); sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0.12$).

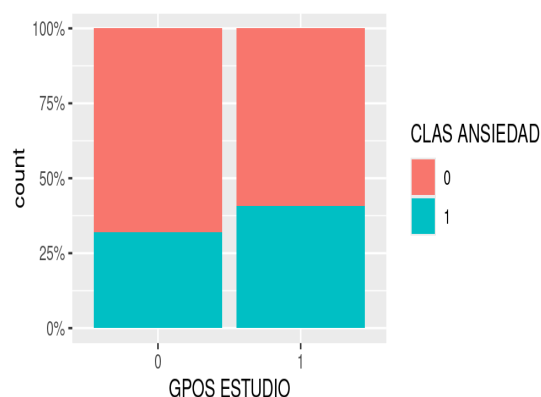


Figura 54. Distribución de la clasificación de ansiedad en población y según sexo.

Clasificación de depresión (CLDEP). Predominó la categoría 1 en la cohorte total (85%; n=255), conservándose en hombres (84%; n=126) y mujeres (86%; n=129). No se observaron diferencias significativas por sexo ($p=0.63$).

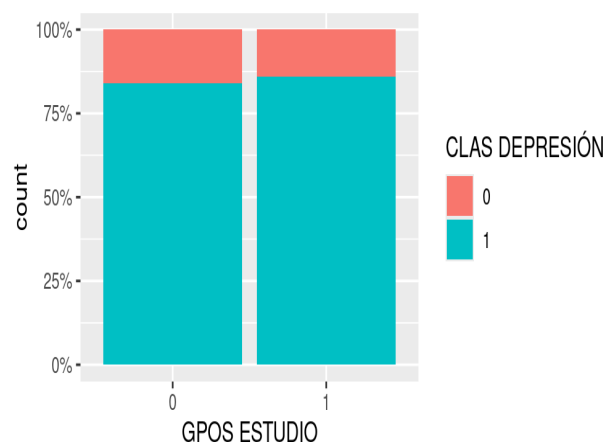


Figura 65. Distribución de la clasificación de depresión en población y según sexo.

Para responder el objetivo principal del presente estudio se analizó el modelo de regresión logística multivariable para ansiedad (CLANS: sí/no), ajustado por especialidad quirúrgica, año de residencia, sexo, número de guardias, calidad de sueño y estado civil, únicamente la calidad de sueño (CALSU) mostró asociación significativa con el desenlace. En comparación con sueño malo (CALSU=0; referencia), los participantes con sueño regular (CALSU=1) presentaron menor probabilidad de ansiedad (OR=0.28; IC95%: 0.15–0.50; $p<0.001$), y aquellos con sueño bueno (CALSU=2) una reducción adicional (OR=0.17; IC95%: 0.08–0.35; $p<0.001$).

No se identificó asociación estadísticamente significativa con la ansiedad para especialidad quirúrgica (OR=0.99; IC95%: 0.58–1.70; $p=0.982$), año de residencia (OR=1.05; IC95%: 0.82–1.34; $p=0.687$), sexo femenino (OR=1.43; IC95%: 0.86–2.38; $p=0.17$), guardias (OR=1.21; IC95%: 0.77–1.93; $p=0.427$) ni estado civil casado (OR=1.19; IC95%: 0.58–2.40; $p=0.621$).

Cuadro 8. Factores asociados a ansiedad mediante regresión logística multivariable (OR ajustados, IC95% y p).

Regresión logística: OR ajustados (IC 95%), p y significancia			
Variable	OR [†]	IC 95%	p
ESP			
<i>No Qx</i>	—	—	
<i>Qx</i>	0.99	0.58, 1.70	0.982
ARES	1.05	0.82, 1.34	0.687
SX			
<i>Hombre</i>	—	—	
<i>Mujer</i>	1.43	0.86, 2.38	0.17
GUARD	1.21	0.77, 1.93	0.427
CALSU			
<i>0</i>	—	—	
<i>1</i>	0.28	0.15, 0.50	<0.001
<i>2</i>	0.17	0.08, 0.35	<0.001

ECV			
<i>Soltero</i>	—	—	
<i>Casado</i>	1.19	0.58, 2.40	0.621
¹ OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval			

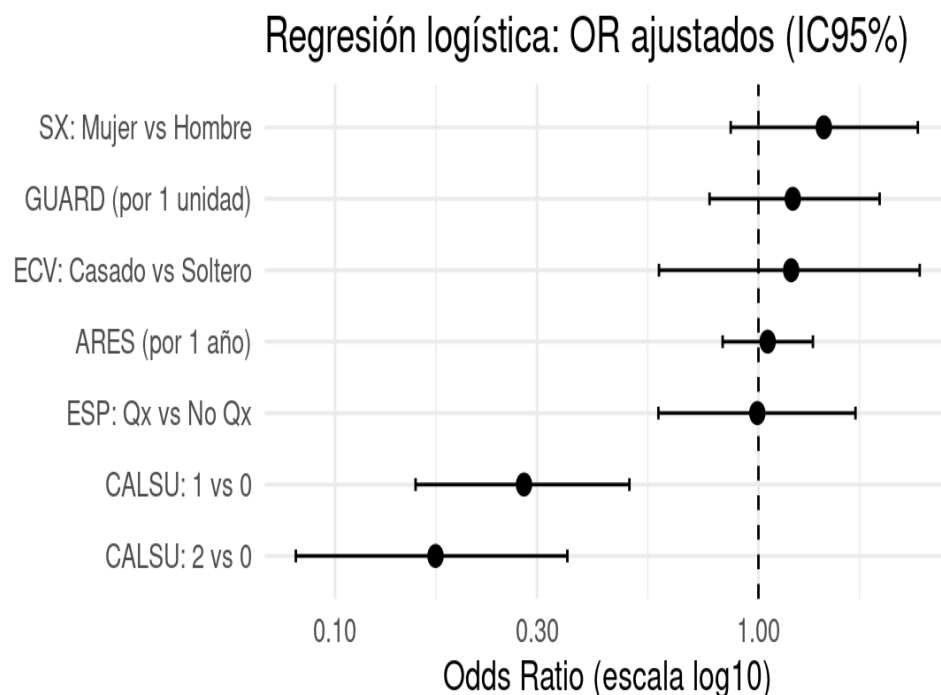


Figura 76. Regresión logística de los factores asociados a ansiedad.

En el modelo de regresión logística multivariable para depresión (CLDEP: sí/no), ajustado por especialidad quirúrgica, año de residencia, sexo, número de guardias, calidad de sueño y estado civil, no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas con el desenlace ($p > 0.05$ en todas las covariables).

Cuadro 9. Factores asociados a depresión mediante regresión logística multivariable (OR ajustados, IC95% y valor de p).

Regresión logística (CLDEP): OR ajustados (IC 95%) y valor p			
Variable	OR ¹	95% CI ¹	p
ESP			
<i>No Qx</i>	—	—	

Qx	1.02	0.52, 2.05	0.953
ARES	1.25	0.92, 1.74	0.168
SX			
<i>Hombre</i>	—	—	
<i>Mujer</i>	1.21	0.63, 2.35	0.561
GUARD	1.23	0.71, 2.10	0.457
CALSU			
0	—	—	
1	0.64	0.26, 1.45	0.301
2	0.51	0.19, 1.30	0.165
ECV			
<i>Soltero</i>	—	—	
<i>Casado</i>	0.99	0.42, 2.63	0.99
¹ OR = Odds Ratio, CI = Confidence Interval			

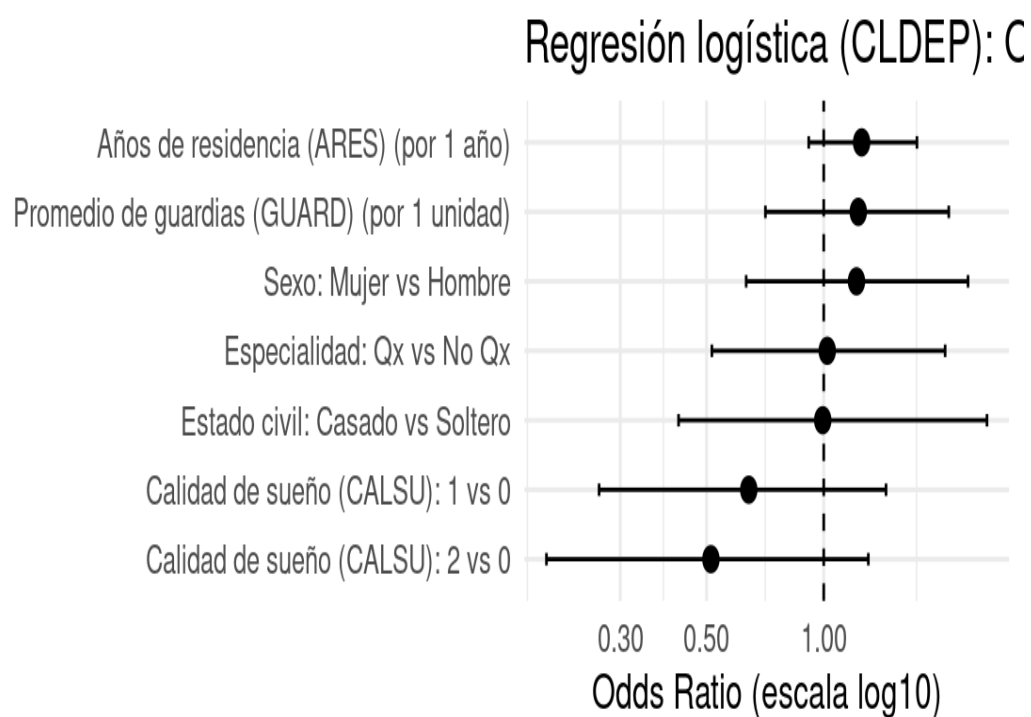


Figura 87. Regresión logística de los factores asociados a depresión.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se evaluó la asociación entre factores laborales y personales, con la presencia de ansiedad y depresión hospitalaria en médicos residentes de especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto. El hallazgo principal de este estudio fue una alta prevalencia de ambas condiciones dentro de la población objeto (médicos residentes). Mediante un análisis multivariado, se identificó que la calidad del sueño fue el único factor que se asoció de forma independiente con la presencia de ansiedad, demostrando un efecto protector progresivo conforme mejora dicha calidad. En contraste, no se identificaron asociaciones independientes significativas para la presencia de depresión. La muestra consistió en 300 residentes con paridad de género (150 hombres y 150 mujeres).

Algo a destacar en este análisis es el hallazgo elevado de sintomatología afectiva, especialmente en el rubro de depresión, donde el 85% de la muestra presentó puntuaciones compatibles con sintomatología depresiva según puntos de corte de la HADS. Al contrastar esta cifra con el metaanálisis de 54 estudios realizado por Mata et al., 2015, que reportó una prevalencia global de depresión del 28.8%, nuestros resultados revelan una prevalencia superior. Esta disparidad sugiere que la carga emocional y el estrés en nuestra población estudiada superan los estándares internacionales, situándose incluso por encima de reportes en contextos similares como Brasil (36%) o el centro de México (12.5% a 22.2%) (Lobo y cols., 2022; Fresán y cols., 2024; De la Fuente-Sandoval y cols., 2015).

En relación con las variables sociodemográficas, encontramos en cuanto a edad una mediana de 29 años; en estado civil, el 84% se encuentra soltero, divorciado o viudo. El 92% no tiene hijos. Por otra parte, dentro de los factores laborales, predomina el segundo grado de residencia (30%) y, dentro de la distribución, se observó mayor tendencia en hombres dentro de especialidades quirúrgicas, sin embargo, no mostró significancia estadística ($p=0.08$). El promedio de guardias fue de dos a la semana, sin diferencia con el sexo de los médicos residentes; estudios prospectivos han señalado que la exposición

repetida a jornadas prolongadas y trabajo nocturno impacta negativamente la salud mental, en gran medida a través de la alteración del sueño (Trockel y cols., 2020). En este contexto, la ausencia de una asociación independiente entre guardias y ansiedad en el presente estudio sugiere que su efecto podría estar mediado por variables intermedias, particularmente la calidad del sueño, la cual sí se mantuvo como un factor protector significativo.

La carga laboral es con frecuencia mayor en hombres que en mujeres. Estas últimas tienen una carga intermedia-baja, con una $p=0.035$, este hallazgo refuerza la hipótesis de que la carga cuantitativa de trabajo no explica por sí misma la sintomatología ansiosa, sino que su impacto depende de factores cualitativos como el descanso y la recuperación. Acorde a las semanas laboradas, predomina el factor de más de 40 semanas, lo cual corresponde al periodo en el que se realizaron las encuestas.

En el estudio, 58 % de los médicos residentes reportó antecedente previo de ansiedad/depresión, con una mayor frecuencia en mujeres. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Lefèvre y cols., 2020 en residentes de anestesiología y cuidados intensivos en Francia, así como por Alawad y cols., 2022 en una cohorte multicéntrica de residentes en Arabia Saudita, quienes documentaron una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y afectiva en el sexo femenino. Aunque el sexo femenino mostró mayor puntuación en HADS-A en el análisis bivariado, no se mantuvo como factor independiente en el modelo multivariado, lo cual es consistente con la mediana significativamente superior en mujeres para el puntaje HADS-A ($p=0.01$), reflejando mayor carga sintomática en el análisis bivariado.

Por último, el hallazgo más relevante identificado fue que la calidad del sueño resultó ser el único factor con una asociación independiente y protectora frente a la ansiedad. Aquellos médicos residentes con un sueño "bueno" mostraron una probabilidad 83% menor de presentar sintomatología ansiosa ($OR=0.17$). Este hallazgo difiere parcialmente de la literatura que posiciona a la frecuencia de guardias como el predictor más documentado (Al Balushi y cols., 2020). Finalmente, lo encontrado en esta investigación concuerda con lo reportado por Zhang y cols., 2024 en población asiática y por Trockel y cols., 2020 en residentes, quienes señalan que la higiene del sueño actúa

como mediador crítico en la regulación emocional en la corteza prefrontal, siendo más determinante la calidad de la recuperación que la cantidad de horas laboradas.

En conjunto, estos resultados invitan a reconsiderar modelos de formación centrados predominantemente en la resistencia física, hacia uno que integre la salud mental como un pilar de la competencia clínica. Los hallazgos sugieren que estrategias orientadas a mejorar la calidad del sueño podrían representar un objetivo relevante para intervenciones institucionales dirigidas al médico residente.

LIMITACIONES Y NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Limitaciones

Al analizar los alcances de este trabajo, es necesario reconocer ciertas limitaciones metodológicas que, si bien no invalidan los hallazgos y conclusiones, invitan a una interpretación cautelosa de los mismos.

En primer lugar, el diseño transversal de la investigación plasma un momento específico en la vida de los médicos residentes. Esto nos impide establecer una relación de causalidad definitiva; es decir, aunque la asociación entre la “mala” calidad del sueño y la ansiedad es estadísticamente consistente y relevante, no podemos determinar con absoluta certeza si el insomnio precede a la ansiedad o si es un síntoma más de esta.

Por otro lado, al depender de la percepción del residente sobre su propia carga laboral y estado anímico, pudiese ser más o menos valorado dependiendo de la esfera en que se encuentre en ese momento. Asimismo, es fundamental reiterar que la escala HADS es una herramienta de tamizaje. Aunque es sumamente útil para detectar riesgos en poblaciones grandes, no sustituye una entrevista clínica psiquiátrica/psicológica formal.

Nuevas perspectivas de investigación:

La identificación de la calidad del sueño como el principal factor protector contra la ansiedad abre una línea de investigación prioritaria: ¿es necesario implementar programas activos de higiene del sueño y recuperación post-guardia? Futuros estudios podrían beneficiarse del uso de medidas objetivas, como polisomnografía, para cuantificar con precisión el descanso del residente y su impacto directo en el rendimiento.

Asimismo, la alta prevalencia de depresión detectada invita a realizar estudios de corte longitudinal. Sería de gran valor académico observar cómo fluctúa esta sintomatología a lo largo de los distintos grados de residencia, identificando si existen periodos críticos de vulnerabilidad (como el inicio del R1 o la transición al último año).

Finalmente, el estudio dejó fuera variables de la esfera privada (situación económica, apoyo familiar o antecedentes genéticos de ansiedad o depresión) que sin duda juegan un rol en la salud mental. Reconocer estas brechas, da importancia a la complejidad del fenómeno y deja la puerta abierta para que futuros estudios profundicen en estos matices.

CONCLUSIONES

Esta investigación se planteó con el objetivo de evaluar la asociación entre factores laborales y personales con la presencia de ansiedad/depresión en los médicos residentes del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto.

El sexo y el estado civil no mostraron asociación significativa con ansiedad o depresión. Por otra parte, la calidad del sueño se identificó como el factor personal más relevante, actuando como protector contra la ansiedad (OR = 0.17).

El grado de residencia, el número de guardias semanales y el tipo de especialidad (quirúrgica y no quirúrgica), no mostraron asociación independiente significativa con ansiedad ni depresión en el análisis multivariado.

La prevalencia de ansiedad fue del 36.3% y la de depresión del 85%, determinadas mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), resultados que evidencian una alta frecuencia de sintomatología afectiva.

Se pudo confirmar una asociación estadísticamente significativa entre calidad del sueño y prevalencia de ansiedad, sin demostrarse asociación independiente entre el resto de los factores personales y laborales.

En conclusión, la asociación observada entre la calidad del sueño y la ansiedad posiciona a la higiene del sueño como una prioridad. La salud mental del residente debe entenderse

como un componente fundamental de la competencia clínica, cuyo cuidado repercute directamente en la calidad de atención al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017.
3. 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*. 2015;314(22):2373–83.
4. Papandrea P, Ruggieri P, Porcelli B, D'Arienzo A, Campochiaro G, Cavagnaro L, et al. Mental health impact in orthopedic residents: A multicenter Italian study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(24):13172.
5. Lefèvre H, Rouprêt M, Kerneis S, Guedj M, Goldgran-Toledano D, Michard F, et al. Prevalence and associated factors of anxiety, depression and perceived stress among French anesthesiology and intensive care residents: a national survey. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020;39(2):153–60.
6. Lobo A, Vilela P, Moreira D, Silva L, Santos M, et al. Prevalence of anxiety and depression among family medicine residents using HADS during training. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):3163.
7. Fresán A, Robles-García R, Yoldi-Negrete M, Guízar-Sánchez D, Tovilla-Zárate CA. To the bone: Prevalence and correlates of depression and anxiety among orthopedic residents in Mexico. *Int J Psychiatry Med*. 2024 Jul;59(4):455-468. doi:10.1177/00912174231199216. Epub 2023 Aug 31.
8. De la Fuente-Sandoval C, González-Olvera J, Camarena B, et al. Prevalencia de depresión, ansiedad y riesgo suicida en médicos residentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(2):154–60.
9. Zhang H, Wu Q, Zhao M, et al. Anxiety and depression among Chinese medical residents: prevalence and risk factors. *Front Public Health*. 2024;12:1322742.

10. Alawad Y, Aljuaid M, Alshehri A, et al. Anxiety and depression among Saudi medical residents. *Saudi Med J*. 2022;43(3):234–40.
11. Al Balushi N, Al-Mandhari Z, Al-Shafae M, et al. Anxiety and depression in Omani medical residents: prevalence and associated factors. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2020;20(2):e160–7.
12. Trockel M, Bohman B, Lesure E, Hamidi M, Welle D, Roberts L, et al. A prospective study of sleep difficulties and psychological distress in resident physicians. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2014469.
13. Silva D, Souza A, Melo P, et al. Associated factors with anxiety in Brazilian resident physicians. *Arch Clin Psychiatry*. 2021;48(5):234–42.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361–70.
15. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002;52(2):69–77.
16. Herrmann C. International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res*. 1997;42(1):17–41.
17. Alotaibi T, Almalki M, Alghamdi M, et al. Prevalence of anxiety and depression among family medicine residents in KFMC, Riyadh, KSA: a comparison between physicians' characteristics. *Gavin J Med Med Sci*. 2023;9(1):45–53.
18. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377–85.
19. Joules N, Williams DM, Thompson AW. Depression in resident physicians: a narrative review and recommendations for future research. *Acad Psychiatry*. 2014;38(5):554–60.
20. Silva J, Torres R, Méndez P, et al. Mental health outcomes in medical residents: systematic review of associated factors. *BMC Med Educ*. 2021;21:345.
21. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. *JAMA*. Published online October 19, 2024. doi:10.1001/jama.2024.21972

22. López-Pacheco MC, Pimentel-Hernández C, Rivas-Mirelles E, Arredondo- García JL. Normatividad que rige la investigación clínica en seres humanos y requisitos que debe cumplir un centro de investigación para participar en un estudio clínico en México. Acta pediátr Méx [Internet]. 2016;37(3):175. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18233/apm37no3pp175-182>.

ANEXOS

Anexo 3. Resultado de informe de coincidencias.

Página 1 de 57 - Perioda

Identificador de la entrega: 3517560253158

José Enrique Salas Benítez

Factores laborales y personales asociados a ansiedad y depresión hospitalaria en médicos residentes de especialidade...

 Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Detalles del documento

Identificador de la entrega 3517560253158	54 páginas
Fecha de entrega 24 feb 2026, 7:21 a.m. GMT-6	19,579 palabras
Fecha de descarga 24 feb 2026, 7:33 a.m. GMT-6	65,108 caracteres
Nombre del archivo TESIS JOSÉ ENRIQUE SALAS BENÍTEZ.docx	
Tamaño del archivo 1.6 MB	

Página 1 de 57 - Perioda

Identificador de la entrega: 3517560253158

7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para la...

Filtrado desde el informe

- ▶ Biografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

Nº de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitan distinguir de una entrega normal. Si advierten algo extraño, lo marcan así como una alerta para que pueda revisarla.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Anexo 4. Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	PERIODO	DURACIÓN
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO	Agosto 2025	1 mes
PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA	Septiembre 2025	1 mes
CONVOCATORIA Y CAPTACIÓN DE PARTICIPANTES	Octubre 2025	2 semanas
APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS Y RECOLECCIÓN DE DATOS	Octubre-Diciembre 2025	3 meses
CAPTURA Y DEPURACIÓN DE BASE DE DATOS	Enero 2026	2 semanas
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	Enero 2026	2 semanas
REDACCIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	Febrero 2026	2 semanas
CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y REDACCIÓN FINAL	Febrero 2026	2 semanas
ENTREGA Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS	Marzo 2026	1 semana