



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de
Medicina Familiar.

**SALUD MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES ADSCRITOS ALA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 EN SAN LUIS POTOSÍ.**

No. De registro.

R-2025-2402-108.

DRA. MARCELA HINOJOSA LÓPEZ.

AUTOR DE TESIS.

Dra. Dora María Becerra López, Médico Familiar,
Profesora titular de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF, I.M.S.S. N.47;
DIRECTOR

Dr. Eloy Hinojosa Cardona,
Médico con Especialidad en Psiquiatría.
CO-DIRECTOR.

Dr. Martin Magaña Aquino,
Médico Cirujano, Maestro en Ciencias,
Coordinador Auxiliar Médico en Investigación,
CO-DIRECTOR.

ENERO, 2026.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA.
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar.

SALUD MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 EN SAN LUIS POTOSÍ.

No. De registro: R-2025-2402-108.

Marcela Hinojosa López.

AUTOR DE TESIS

CO DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Eloy Hinojosa Cardona, Médico con Especialidad en Psiquiatría,
DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. Dora María Becerra López, Médico Familiar, Profesora titular de la especialidad en
Medicina Familiar de la UMF, I.M.S.S. N.47; Identificador de ORCID: 000-0002-9662-8606
CO DIRECTOR ESTADISTICO

Dr. Martin Magaña Aquino, Médico Cirujano, Maestro en Ciencias, Coordinador Auxiliar
Médico en Investigación,

SINODALES

Dra. María del Pilar Arredondo Cuellar
Presidente

Dr. José Luis Huerta González
Sinodal

Dra. Mercedes Lucia Sandoval Gallegos
Sinodal

Dr. José Samael Ramos Torres
Sinodal suplente

Dra. María Esther Jiménez Cataño
Secretario de Investigación y Postgrado de
la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

Dra. Dora María Becerra López
Coordinadora de la Especialidad en
Medicina Familiar, IMSS, UMFM No. 47

Enero y 2026.





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AUTORIZACIONES

DRA. MARÍA ESTHER JIMÉNEZ CATAÑO.
Secretario de Investigación y Postgrado de la Facultad de Medicina U.A.S.L.P.

DR. CARLOS VICENTE RODRÍGUEZ PÉREZ
Encargado de la Coordinación Auxiliar Médica de Educación en Salud, I.M.S.S.

DRA. MARÍA DEL PILAR ARREDONDO CUELLAR
Encargada Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad
de Medicina Familiar No. 47, I.M.S.S.

DRA. DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ
Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina
Familiar No. 47, I.M.S.S.

DR. JOSÉ DE JESÚS FLORES RANGEL
Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar, Unidad de Medicina
Familiar No. 47, I.M.S.S.



Salud mental en médicos residentes adscritos a la Unidad De Medicina Familiar no. 47 en San Luis Potosí. © 2026 por Marcela Hinojosa López se distribuye bajo Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

AUTORES:

AUTOR

MARCELA HINOJOSA LÓPEZ

RESIDENTE

Médico Residente Especialidad en Medicina Familiar.

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 47

ASESORES

DORA MARÍA BECERRA LÓPEZ

Médico Familiar, Profesora titular de la especialidad en Medicina Familiar con SEDE en la UMF No. 47, IMSS S.L.P

Adscrita al HGZ CMF No. 2.

Asesor Metodológico.

ELOY HINOJOSA CARDONA

Jubilado IMSS, S.L.P

Asesor Clínico.

MARTIN MAGAÑA AQUINO

Médico Cirujano, Maestro en Ciencias

Coordinador Auxiliar Medico en Investigación.

Asesor Estadístico.

RESUMEN.

SALUD MENTAL EN MÉDICOS RESIDENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.47 EN SAN LUIS POTOSÍ.

Hinojosa M¹, .Becerra D, ².Hinojosa C, ³ Magaña M⁴.

¹Residente de Medicina Familiar, ²Médico Familiar, Profesora titular de la especialidad en Medicina Familiar con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 47, ³ Médico Psiquiatra, Jubilado IMSS, ⁴Médico Infectólogo Maestro en Ciencias Coordinador Auxiliar Médico en Investigación con sede en CIEF.

Introducción. La salud mental es esencial en nuestro día a día ya que nos permite afrontar desafíos importantes, potenciar nuestras capacidades, desempeñarnos de manera productiva y contribuir a la sociedad, ya que influye en cómo pensamos, sentimos, actuamos, tomamos decisiones y nos relacionamos con los demás. En este contexto, los médicos residentes representan un elemento clave dentro del sistema de salud, pues su labor los vincula constantemente tanto con los usuarios de los servicios de salud como con otros profesionales, todo ello dentro de un entorno de formación exigente, complejo y con múltiples funciones. A nivel mundial los trastornos más comunes son la ansiedad con 31% y la depresión con 28.9%. Los médicos residentes tienen factores de riesgo que ponen en peligro su salud mental.

Antecedentes. En San Luis Potosí se encontró un 13% en depresión y 45% de ansiedad en médicos residentes. **Objetivo.** Determinar la salud mental de los médicos residentes adscritos a la unidad de Medicina Familiar 47 en San Luis Potosí. **Material y métodos.** Se realizó un estudio de tipo transversal, descriptivo, se estudió a médicos residentes de la unidad de medicina familiar No. 47, se les aplicó una encuesta de recolección de datos demográficos y un cuestionario de salud general QHG-28, con firma previa del consentimiento informado. **Resultados.** La media es de 31.9 años, con una desviación estándar de 4.5 años. La mediana es de 31 años, En la salud mental se encontró 29% disfunción social, 27% síntomas psicósomáticos, 23% ansiedad-insomnio y 6.3% depresión grave. De manera global se observa que el 23% presenta probable malestar psiquiátrico. **Conclusiones.** Se determinó la prevalencia de salud mental en los médicos residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 47. Se observa un 23% de probable malestar psiquiátrico. Los residentes de tercer año presentan 47% (p 0.028) de probable malestar psiquiátrico, lo cual es estadísticamente significativo. El sexo femenino se asocia con menor riesgo de malestar psiquiátrico. Los de tercer año presentan mayor riesgo, lo que podría ameritar intervenciones específicas en este año de residencia para disminuir el riesgo.

Palabras clave: salud mental y médicos residentes.

	Página
Resumen	1
Índice.....	2
Lista de cuadros	3
Lista de figuras.....	4
Lista de tablas.....	5
Lista de abreviaturas y símbolos	6
Lista de definiciones.....	7
Dedicatorias	8
Reconocimientos.....	9
Antecedentes.....	10
Justificación.....	20
Planteamiento del problema.....	21
Hipótesis.....	22
Objetivos.....	23
Material y métodos	24
Variables	25
Descripción del estudio	29
Normas éticas y regulatorias.....	29
Recursos, financiamientos y factibilidad.....	33
Análisis estadístico.....	34
Resultados.....	35
Discusión.....	48
Conclusiones.....	52
Limitaciones y o sugerencias.....	53
Referencias bibliográficas.....	54
Anexo 1 Cronogramas de actividades.....	61
Anexo 2 Carta de consentimiento.....	62
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos	65

	Página
Anexo 4. Cuestionario de Goldberg.....	65
Anexo 5 .Carta de no inconveniente.....	66
Anexo 6. Carta de confidencialidad.....	67
Anexo 7. Carta de aprobación de investigación.....	68
Anexo 8 Carta de aprobación de ética.....	69

LISTA DE CUADROS.

Cuadro 1. Criterios de selección.....	24
Cuadro 2. Variables.....	25
Cuadro 3 . Recursos humanos.....	32
Cuadro 4. Recursos primarios físicos.....	32
Cuadro 5. Análisis múltiple.....	45

LISTA DE FIGURAS.

	Página
Figura 1 Descripción del estudio	29
Figura 2 .Histograma de frecuencias de la edad.....	35
Figura 3 .Porcentaje de hombres y mujeres.....	35
Figura 4 .Números de los hijos de los residentes.....	37
Figura 5. Foráneo vs. Local.....	37
Figura 6. Numero de fármacos consumidos.....,	38
Figura 7. Prevalencia de enfermedades concomitantes.....	39
Figura 8. Prevalencia del consumo de sustancias.....	40
Figura 9. Numero de sustancias consumidas.....	41
Figura 10. Prevalencia de los malestares de salud mental.....	42
Figura 11. Año académico y probable malestar psiquiátrico.....	43
Figura 12. Sexo y probable malestar psiquiátrico.....	43
Figura 13. Año y probable malestar psiquiátrico.....	44

LISTA DE TABLAS.

Página

Tabla 1. Análisis estadístico.....	34
Tabla 2. Especialidad.....	36
Tabla 3. Estado civil.....	36
Tabla 4. Año académico.....	38
Tabla 5. Prevalencia de enfermedades concomitantes.....	39
Tabla 6. Numero de sustancias consumidas.....	40
Tabla 7. Prevalencia probable malestar psiquiátrico.....	41
Tabla 8. Año académico y malestar psiquiátrico.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

UMF: Unidad de Medicina Familiar

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

OMS: Organización Mundial de la Salud

QHG-28: Cuestionario de salud general de Goldberg.

LISTA DE DEFINICIONES.

Médico residente: Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.

Residencia médica: Conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativos correspondientes.

Salud mental: Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.

DEDICATORIAS.

“Toda experiencia, por difícil que parezca, encierra en su interior algún tipo de bendición. El objetivo es encontrarla.”

Este trabajo está dedicado a mis padres, por darme la vida, su apoyo incondicional, sus enseñanzas y creer en mí hasta el final pero principalmente por hacerme parte de su hermosa familia.

A los tesoros de mi vida Elian y Ana Victoria por enseñarme lo más hermoso de la vida , a disfrutar las cosas más sencillas y sobre todo por ser mi mayor motivación para cumplir mis objetivos y ser un buen ejemplo para ellos y poder trascender positivamente en sus vidas.

RECONOCIMIENTOS.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que contribuyeron de manera directa e indirecta a la realización de esta tesis y a la culminación de mi especialidad.

A mis asesores por ser mis mayores guías, por su paciencia, su tiempo aportaciones académicas, ayuda, compromiso y que se logrará la elaboración de este proyecto. .

A mis sinodales por darse el tiempo de revisar mi trabajo y aportarme nuevos conocimientos y trascender mi trabajo.

A los jefes de enseñanza, maestros titulares de medicina del trabajo, epidemiología y medicina familiar, directora de la Clínica 47, a mis compañeros por su confianza y apoyo para la realización de este proyecto.

INTRODUCCIÓN.

La salud mental nos ayuda a enfrentar grandes retos, desarrollar nuestros potenciales, trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad ya que afecta la forma en que pensamos, sentimos, actuamos, tomamos decisiones y nos relacionamos con las demás personas. La salud mental según la OMS es más que la ausencia de una enfermedad mental y es esencial tanto para su salud en general como para su calidad de vida. Al existir alguna alteración no solo se afecta su psique si no que se afectan varias esferas como la social, laboral/o académico.¹

Existen diversos determinantes que impactan la salud mental tanto individual, social y estructural a lo largo de la vida, los cuales pueden protegerla o dañarla. Entre los determinantes sociales como la educación, cultura, deporte, medioambiente y recreación, si se usan a favor pueden ser beneficiosos, mientras la pobreza, la inseguridad, la violencia, desigualdad, crianza severa y castigos físicos aumentan el riesgo de desarrollar una psicopatología. Además, existen factores individuales de carácter biológico y psicológico, como la genética y las habilidades emocionales, que también desempeñan un papel fundamental en la salud mental.²

Las políticas en salud mental guardan relación con los determinantes, así como la adecuación a las distintas necesidades locales. En la mayoría de países en vías de desarrollo no se ven reflejadas o no cuentan con políticas de salud mental, además se calcula que las poblaciones subdesarrolladas gastan alrededor de 0,5% de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental, a nivel internacional el 67% de los recursos de salud mental se mantienen focalizados en los hospitales psiquiátricos.³

Otro factor importante es el contexto laboral del individuo, si se labora en un entorno favorable con adecuadas condiciones como horarios laborales flexibles, remuneración adecuada, entre otros puede ser un factor de prevención para estos padecimientos, sin embargo, si se presenta lo contrario puede ser un factor negativo para desarrollar esta patología, representando

Una importante carga para la sociedad, la empresa en la que laboran, así como la economía de un país.⁴

1. ANTECEDENTES.

La primera clínica de salud mental en México para médicos residentes fue creada por el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional La Raza en el 2009, con el objetivo de mejorar la salud mental de los estudiantes por medio de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento del malestar emocional y los trastornos afectivos que pueden desarrollarse debido a la alta demanda asistencial y la carga académica de los cursos de especialización en medicina. Con el objetivo de prevenir consecuencias fatales como los errores médicos y los suicidios. Encontraron una prevalencia de trastorno mental por año entre 3.7% y 8.4%. Los trastornos diagnosticados, en orden de frecuencia, son: trastorno depresivo mayor (4-5%) ansiedad generalizada, trastorno de pánico, distimia, reacción adaptativa, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención del adulto, bulimia y narcolepsia.⁵

J. Ramírez, A. García, A. Aréchiga, 2023, Puebla México. Realizaron un estudio transversal en el cual compararon la cognición en 155 médicos residentes con y sin ansiedad en hospital formador de estudiantes por medio del cuestionario AMAS-A para evaluar la ansiedad y NEUROPSI para evaluar la función cognitiva. Se encontró que el porcentaje de ansiedad fue de un 94.19% en todos los médicos residentes. Se encontró que la memoria mostró diferencia significativa entre residentes con y sin ansiedad. La ansiedad afecta decisivamente la capacidad de memoria en estos médicos. ($p = 0.015$). Las correlaciones de atención y funciones ejecutivas ansiedad fisiológica ($r = -0.21$, $p = 0.009$) y atención y memoria preocupación social ($r = -0.268$, $p = 0.001$) resultaron significativas también. No se encontraron diferencias entre distintos sexos.⁶

A. Raygoza Moran, L. Andrade, E. Larraga, 2022, Aguascalientes. Realizaron un estudio trasversal analítico en el cual se determinó la relación entre ansiedad por medio del cuestionario STAI- y depresión con el cuestionario de Beck en 89

médicos residentes y su rendimiento académico , encontrando un 39% de ansiedad y un 90% padece depresión en un nivel mínimo o leve, mientras el otro 9% en grados mayores , existe un mayor rendimiento académico en quienes obtuvieron niveles bajos e intermedios de ansiedad y depresión comparado con los niveles altos. Así como también se encontró que las personas menores de 30 años y solteras tienen menor rendimiento académico.⁷

L.E. Peña, J.G. Jimeno, G. Aldana y col., 2023, México. Realizaron una revisión descriptiva donde se seleccionaron médicos residentes encontrando que los pacientes más susceptibles a la depresión son las mujeres, quienes cursan el primer año de la especialidad y que proceden de otro estado del país. Se encontró también que un 27% de residentes han tenido un episodio depresivo moderado. Otros factores destacados son la demanda de tiempo y carga académica cansancio excesivo debido a jornadas de trabajo extenuantes y conflictos con superiores.⁸

Y.Y. Hernández, R. Ramírez, col. 2021, Acapulco. Realizaron un estudio transversal descriptivo en 62 residentes de medicina familiar, determinando la prevalencia de ansiedad y depresión mediante el cuestionario de Beck, en el cual reportaron que un 50% de residentes presentan algún grado de depresión y 41.94% ansiedad. Se encontró mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino 27.42% así como de ansiedad en un total de 24.19%.⁹

Juárez G, Lea-Chacón W, Gómez S, 2021, Morelia. Realizaron un estudio prospectivo, longitudinal a 38 residentes de las especialidades de medicina interna, pediatría, cirugía, anestesiología y ginecología, en el cual se abordó la relación entre el estado de salud mental con el clima académico encontrando que el 61.8% percibieron un clima apropiado y el 9.2% como inapropiado. Respecto al estado de salud mental se encontró ansiedad moderada-grave en 14.9%, depresión moderada-grave en 13.1% y riesgo de suicidio en 8.8%. La relación del estado de salud mental con el clima académico resultó ser casi nula.¹⁰

Cancino E.M, Párraga J.H, Castillo D., 2024, México. Realizaron una revisión sistemática de 15 artículos mediante el uso de la base de datos de ScienceDirect utilizando las palabras claves salud mental y rendimiento académico, en estudiantes universitarios y países de Latinoamérica, incluyendo estudios transversales, los cuales concluyeron que los mayores padecimientos de salud mental fueron depresión, ansiedad y estrés los cuales disminuyen la eficacia de las responsabilidades de los estudiantes afectando su rendimiento escolar. También se determinó que los factores que usaron algunos de los instrumentos aplicados en los estudios fueron pensamientos obsesivos, problemas de sueño, consumo de sustancias, hiperactividad, ansiedad, incapacidad para relajarse, depresión, problemas de concentración, pensamientos suicidas, consumo de alcohol, estrés, depresión, violencia, auto aceptación, bienestar psicológico, trastornos de ánimo, problemas emocionales.¹¹

Cano C., Ramírez C., Toscano M., Shiguetomi J., 2024, San Luis Potosí México. Realizaron un estudio transversal descriptivo en el cual analizaron la prevalencia de ansiedad en 51 médicos residentes adscritos en la UMF 45, por medio de la escala de Beck, encontrando un 96.1% con ansiedad leve y 3.9% de ansiedad moderada .¹²

Yrizar, C.M, López B, D. Vargas I.H., 2013, San Luis Potosí. Realizaron un estudio transversal en 53 residentes de medicina familiar adscritos a la UMF 47 quienes determinaron la prevalencia de ansiedad y depresión, encontrando un 13% en depresión y 45% de ansiedad , siendo más afectado el sexo femenino , los foráneos , residentes con hijos y casados. ¹³

Shafiee A, TeymouriAthar MM, Seighali N, Amini MJ y col, Irán, 2024. Por medio de un meta análisis evaluaron la prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos del sueño en estudiantes de medicina y médicos residentes. Se incluyeron 36 estudios transversales que utilizaron instrumentos como el Beck Depression Inventory (BDI), la escala DASS-21 y el Pittsburgh Sleep QualityIndex (PSQI). Se encontró un 43% para la depresión, 44% para la ansiedad y 48% para los trastornos del sueño.¹⁴

Bouattour N., Abdelkefi M. y col., Tunes, 2022. Llevaron a cabo un estudio transversal en 40 médicos residentes de psiquiatría, para evaluar síntomas de ansiedad y depresión por medio de la escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Los resultados mostraron que el 52.5% de los residentes presentaban síntomas de ansiedad y el 47.5% síntomas de depresión. La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión fue significativamente mayor en las participantes femeninas ($p = 0.017$ y $p = 0.034$, respectivamente). Además, las condiciones laborales deficientes estuvieron significativamente asociadas con síntomas de depresión ($p = 0.004$).¹⁵

Zhou AY, Pan J, Yu T, Shen B, Li T, Hu J, et al., China y EUA, 2022. En su estudio prospectivo evaluaron la prevalencia y los factores predictivos de la depresión en médicos residentes de primer año, su muestra fue de 1,006 residentes en China y 7,028 en EE.UU. Se utilizó el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para medir los síntomas depresivos. Los resultados mostraron que la prevalencia de depresión aumentó significativamente en ambos países durante el primer año de residencia. En China, el parámetro depresión aumentó del 9.1% al 35.1%. En EE. UU., la prevalencia aumentó del 3.9% al 34.9%. Los factores predictivos comunes de la depresión incluyeron antecedentes de depresión, síntomas depresivos al inicio de la residencia, reducción del sueño y largas horas de trabajo. En EE. UU., el neuroticismo, el género femenino, la falta de pareja y un entorno familiar temprano desfavorable se asociaron con un mayor riesgo de depresión. En China, la edad joven y el temor a la violencia en el lugar de trabajo fueron factores predictivos.¹⁶

Mario L.M, Silva J, Marcelo M .V., Pedro A. S. Rocha-Filho Y col., Brasil, 2022. Realizaron un estudio transversal con el objetivo de evaluar la prevalencia de depresión, ansiedad y agotamiento, así como su asociación con factores individuales y relacionados con el programa de residencia, utilizando los instrumentos Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4), la versión de 2 ítems del Maslach Burnout Inventory y la Epworth Sleepiness Scale. Incluyeron una muestra de 1,419 residentes. Los resultados mostraron que el 46.9% presentaba síntomas de depresión, el 56.6% de ansiedad y el 37.0% de agotamiento. La depresión se asoció independientemente con el sexo

femenino, largas horas de trabajo, ausencia de días libres, mala percepción del aprendizaje, sentimientos negativos hacia el programa de residencia, abuso psicológico, ansiedad, somnolencia diurna y agotamiento. La ansiedad estuvo relacionada con el sexo femenino, mayor edad, largas horas de trabajo, conflictos entre la vida laboral y personal, pocas actividades en el aula, asistencia sin supervisión, depresión y somnolencia diurna. El agotamiento se vinculó con menor edad, menos tiempo de ocio, sexo masculino, largas horas de trabajo, ausencia de días libres, asistencia sin supervisión, elección de especialidad inapropiada, mala experiencia de aprendizaje, abuso psicológico, depresión y somnolencia diurna.¹⁷

ANSIEDAD.

Según la OMS los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes en primer nivel de atención.

La ansiedad se define como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos psiquiátricos.¹⁸

Según el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales) define al trastorno de ansiedad generalizada como:

- A. Preocupación exagerada, que se presenta más días en comparación con los días asintomáticos, durante mínimo 6 meses, con relación a sucesos o actividades (escolar o laboral).
- B. A la persona se le dificulta controlar la preocupación.
La preocupación y la ansiedad se relacionan con mínimo tres de los seis siguientes síntomas.
 - 1. Intranquilidad o sentirse atrapado o con los nervios de punta.
 - 2. Cansancio con facilidad.
 - 3. Falta de concentración o estar con la mente en blanco .
 - 4. Irascible.

5. Tensión muscular.

6. Problema para conciliar el sueño (dormirse o seguir dormido, o sueño intranquilo y no satisfactorio).

Problema para conciliar el sueño (dormirse o seguir dormido, o sueño intranquilo y no satisfactorio).

C. La preocupación, ansiedad o síntomas físicos provocan molestia con síntomas y signos significativos o deterioro laboral, social o demás áreas con importancia para su funcionamiento.

D. La alteración no es adjudicable a un trastorno fisiológico por una sustancia o a un padecimiento médico.

E. La afección no tiene relación con otro trastorno mental. ¹⁹

DEPRESIÓN.

La depresión se ubica dentro de los trastornos mentales más comunes en la población a nivel mundial, el cual es caracterizado por un trastorno de ánimo deprimido o por la pérdida de interés en actividades por largo tiempo. Existen diversos factores de riesgo biológico, psicológico y social, por los cuales una persona está más expuesta a sufrir estos padecimientos. ²⁰

Según el DSM-V un trastorno depresivo mayor es caracterizado por un episodio de al menos dos semanas de duración, durante el cual una persona experimenta un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades y además deben de presentarse 5 de los siguientes síntomas:

- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. ²¹

SÍNTOMAS PSICOSOMATICOS.

Son manifestaciones físicas reales que son agravadas o tienen un origen y componente psicológico. Los síntomas psicosomáticos se producen cuando el sistema nervioso autónomo, se ve afectado por el estrés o la ansiedad. Algunos ejemplos de ello son dolores de cabeza, problemas digestivos, dolores musculares, fatiga, taquicardia, problemas dermatológicos.²²

Estos pueden interferir en todas las dimensiones de la calidad de vida y la percepción relacionada con la salud del individuo, siendo las mujeres mayormente afectadas. En la atención primaria la prevalencia puede alcanzar un 17% en los pacientes.²³

DISFUNCIÓN SOCIAL.

La disfunción social se refiere a un conjunto de dificultades y limitaciones en el ámbito de la interacción social, afectando la capacidad de un individuo para funcionar adecuadamente en diferentes contextos sociales. Aquellos que la experimentan pueden tener dificultades para establecer relaciones saludables y duraderas con los demás, así como para adaptarse a las normas y roles sociales establecidos. Esto puede manifestarse en comportamientos inapropiados, aislamiento social y dificultades para comprender las señales sociales.²⁴

Los problemas de salud mental, como la depresión, la ansiedad y los trastornos psicóticos, pueden afectar la capacidad de una persona para interactuar socialmente, dificultando el mantenimiento de relaciones y la participación en actividades sociales creando un círculo vicioso donde ambos problemas se refuerzan mutuamente.²⁵

TEST PARA EVALUAR LA SALUD MENTAL.

Los test de salud mental son útiles en la detección precoz de síntomas de trastornos como la depresión, ansiedad, en etapas tempranas, lo que facilita una intervención oportuna y mejora el pronóstico, muchos de ellos pueden ser aplicados en la atención de primer nivel.²⁶

Por mencionar algunos ejemplos está el Cuestionario Camberwell, un instrumento hetero aplicado y auto aplicado, con sus versiones clínica y de investigación, el cual evalúa un amplio rango de 22 áreas de necesidades humanas cubiertas y faltantes en pacientes psiquiátricos o no psiquiátricos.²⁷

Otro instrumento para medir la depresión y ansiedad es la Escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADG), se trata de un test heteroadministrado, con preguntas de respuesta dicotómicas, el cual consta de única puntuación entre 1 (expectativa manifiesta de muerte) y 100 (actividad satisfactoria, en una gama amplia de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de su vida, es valorado/a por lo demás a causa de sus abundantes cualidades positivas), se indaga sobre si las últimas 2 semanas ha presentado alguno de los síntomas de la subescala para ansiedad y depresión, siendo sus puntos de corte 4 o más para ansiedad y 2 o más para depresión. Siendo validada en regiones latinoamericanas.²⁸

El Instrumento que aplicaremos en este estudio es el Cuestionario General de Salud (QHG-28), un test creado en 1972 por Goldberg originalmente compuesto por 60 ítems, sin embargo, existe una versión reducida de 28 ítems que mantiene similar validez y poder discriminativo. Se compone de 4 subescalas que son síntomas psicósomáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión severa distribuidos en 7 preguntas de la siguiente manera: somáticos (1–7), Ansiedad/insomnio (8–14), Disfunción social (15–21), Depresión grave (22–28), a las cuales puede responderse con 4 posibilidades: 1) nada, 2) no más de lo habitual, 3) bastante más de lo habitual y 4) mucho más de lo habitual. Existen 2 maneras de puntuación, uno de ellos es el tipo Likert. Cada respuesta recibe un valor de 0 a 3 (de “nada” a “mucho más de lo habitual”, en el cual se suman los puntos de todas las preguntas. Se pueden obtener

puntuaciones por subescala <7 salud, (0–21) o total (0–84), con punto de corte de ≥ 24 : posible caso psiquiátrico. La otra manera es tipo binario (0-0-1-1): En el cual se puntúa 0 a la primera y segunda opción de respuesta (mejor que lo habitual, igual que lo habitual) y una puntuación de 1 a la tercera y cuarta opción de respuesta (peor que lo habitual, mucho peor que lo habitual). Un valor total ≥ 5 (de 28) puede indicar probable malestar psiquiátrico.²⁹

Otra característica de este instrumento es su poco tiempo de aplicación y que puede ser autoadministrado, basándose en 2 clases de fenómenos: la incapacidad de llevar a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos de naturaleza angustiante o psicopatológica en el sujeto. Este se centra en la relación entre las enfermedades psicológicas y la salud pudiendo ser utilizado en la consulta de medicina familiar.³⁰

Ha sido validada en diversas poblaciones entre ellas en mexicanas y españolas encontrando que la versión española identificó correctamente al 85% de los casos estableciendo un punto de corte de 6/7, con una sensibilidad de 76.9% y una especificidad de 90.2%, y el 83% de los casos estableciendo un punto de corte de 5/6, con una sensibilidad de 84.6% y una especificidad de 82%, concluyendo que su capacidad discriminativa y diagnóstica de morbilidad psiquiátrica es muy buena, tiene una alta fiabilidad .³¹

Asimismo, en población mexicana se evaluó las propiedades psicométricas del GHQ-28 en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. La consistencia interna de la escala global mostró un índice satisfactorio ($\alpha = 0,91$). Las alfas de Cronbach de las subescalas tuvieron un valor de $\alpha = 0,86$, a $\alpha = 0,76$ que explicaron el 53,42% de la varianza.

La validez concurrente con el Inventario de Depresión de Beck mostró resultados significativos (r de Pearson de 0,72 a 0,427, $p < 0.01$).³²

2. JUSTIFICACIÓN.

Los médicos residentes son un pilar fundamental en el sistema de salud en México, ya que el papel que ejercen la mayoría de las veces se relaciona con usuarios de los servicios de salud y profesionales en un ambiente de aprendizaje complejo y multifuncional. En su etapa de formación tienen que cumplir con un plan de estudio el cual exige jornadas laborales extensas, presión asistencial, evaluaciones constantes y exposición a situaciones emocionales complejas, en el cual deben tomar decisiones clínicas importantes, muchas veces con recursos limitados y bajo supervisión variable.³³

Estas condiciones pueden afectar la salud mental del médico haciéndolo vulnerable a desarrollar ciertos trastornos como ansiedad, depresión o burnout. Esta problemática no solo afecta su bienestar personal, sino también en la seguridad del paciente, la eficiencia de los servicios de salud y la calidad de la atención.³⁴

Estudiar la salud mental durante esta etapa crítica puede impulsar cambios institucionales importantes y duraderos, como la detección de patologías de manera oportuna para la implementación de programas de apoyo emocional y políticas de salud laboral, también tendrá un impacto positivo en la calidad del servicio ofrecido a pacientes al reducir errores médicos y fortalecer el compromiso institucional con la salud integral de su personal, lo cual representa un beneficio para todo el sistema de salud.³⁵

Realizar un estudio que evalúe la salud mental de médicos residentes con el GHQ-28 constituye una herramienta altamente pertinente y viable, tanto desde el punto de vista académico como institucional, ya que este cuestionario es un instrumento completo y multidimensional el cual aborda diversos aspectos de la salud mental, permitiendo una evaluación integral. Además fue validado en población mexicana, de fácil aplicación y bajo costo, lo cual permite su implementación sin interrumpir las actividades asistenciales ya que los médicos residentes representan una población accesible y motivada a participar, dada su alta implicación en los temas de salud mental y mejora de las condiciones formativas.³⁶ Motivo por lo cual se justifica el este estudio.

3 . PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud mental de los médicos residentes es un tema de creciente preocupación en la comunidad médica. El sistema de salud exige un perfil a los estudiantes que quieran estudiar una especialidad, los residentes enfrentan una intensa carga académica, largas jornadas laborales, turnos nocturnos y responsabilidades clínicas que implican la toma de decisiones críticas bajo presión ³⁷. Estas condiciones, se ven agravadas por factores personales como el cambio de domicilio, el distanciamiento familiar, la reducción de la vida social y la modificación de sus relaciones afectivas, lo que genera una combinación de factores de riesgo para su salud mental.³⁸

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019 aproximadamente 1 de cada 8 personas en el mundo presentaba un trastorno de salud mental, y actualmente se estima que cerca de 970 millones de personas lo padecen. Las patologías más comunes son la ansiedad, con una prevalencia del 31%, y la depresión, con un 28.9%. A pesar de la magnitud de este problema, apenas el 2% del presupuesto de salud de los países está destinado a salud mental, y en América Latina la tasa promedio de profesionales capacitados en esta área es de solo 14.9 por cada 100,000 habitantes.³⁹

A pesar de esta realidad, en México, se han registrado entre el 2000 y 2009, según el Hospital de Especialidades “La Raza” del IMSS 10 suicidios de residentes, específicamente en la ciudad de San Luis Potosí, la salud mental de los médicos residentes sigue siendo un tema poco explorado , si bien existen estudios en otros países latinoamericanos que evidencian patrones similares de afectación en la salud mental en esta población, no se cuenta con suficiente evidencia local que permita dimensionar adecuadamente el problema ni establecer ni para sustentar acciones institucionales dirigidas a su prevención y atención.⁴⁰

En este sentido, resulta fundamental evaluar el estado de salud mental de los médicos residentes en San Luis Potosí utilizando instrumentos validados y confiables, como el Cuestionario General de Salud (GHQ-28). Esto permitirá generar evidencia actualizada que visibilice la problemática y establezca un punto de partida para el diseño de estrategias de apoyo y políticas que contribuyan al bienestar psicológico de los médicos en formación, garantizando así un entorno más saludable y seguro para quienes desempeñan un papel clave dentro del sistema de salud.⁴¹

La unidad de medicina familiar No. 47, es sede de tres especialidades terminales, medicina familiar, epidemiología y medicina del trabajo, teniendo los siguientes residentes por especialidad: 19 residentes en medicina familiar, 11 residentes de epidemiología y 18 residentes de medicina del trabajo. Además, se cuenta con un aula en educación en donde se realizarán las encuestas. Por lo que se cuenta con el recurso humano y material para realizar este estudio de investigación.

Pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA SALUD MENTAL DE LOS RESIDENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 47 EN SAN LUIS POTOSÍ?

4. HIPÓTESIS DE TRABAJO (en caso pertinente):

Dado que es un estudio descriptivo, no requiere hipótesis.

5. OBJETIVO:

Objetivo General:

Determinar la salud mental de los médicos residentes adscritos a la unidad de Medicina Familiar 47 en San Luis Potosí.

Objetivos específicos:

1. Identificar la presencia de síntomas de ansiedad, depresión y otros indicadores de malestar psicológico, mediante el Cuestionario General de Salud (GHQ-28).
2. Determinar el estado de salud mental en residentes.

Identificar algún grado de ansiedad en residentes.

Identificar algún grado de depresión en residentes.

Identificar algún síntoma somático en residentes

Identificar disfunción social en residentes.

3. Especificar las características socio demográficas en los médicos residentes participantes.

Describir el estado civil en médicos residentes.

Describir el número de hijos de los médicos residentes.

Describir la edad en los médicos residentes.

Describir el sexo en los residentes.

Describir el grado escolar por el que cursa el médico residente.

Describir si el médico residente presenta alguna comorbilidad.

Describir los fármacos que toma el médico residente.

Describir las sustancias psicoactivas que consumen los médicos residentes.

Describir por especialidad a los médicos residentes (medicina familiar, salud en el trabajo y epidemiología).

6. MATERIAL Y MÉTODOS:

6.1.1 Tipo de estudio: Descriptivo, observacional.

6.2.2 Diseño de estudio: Transversal, Prolectivo.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.

6.2.1. Universo de estudio: UMF 47, S.L.P.

6.2.2 Población de estudio: Médicos residentes adscritos a la UMF 47.

6.2.3 Espacio de estudio: Aula enseñanza UMF 47.

6.2.4 Tiempo de estudio: Enero 2025-Enero 2026.

6.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra.

6.3.1 Tamaño de muestra.

Dado que el número total de médicos residentes de la sede es de 48, se espera incluir a todos los que cumplan los criterios de selección, principalmente que deseen participar mediante la firma del consentimiento informado. Por lo cual no requiere cálculo del tamaño de muestra

6.3.2 Tipo de muestreo.

Conveniencia, todos los sujetos que reúnan los criterios de inclusión.

6.4 Criterios de selección: Cuadro N°1.

Inclusión	Médicos residentes de todas las especialidades con sede en la UMF 47 San Luis Potosí, que acepten previo consentimiento informado participar en este estudio. Médico residente de cualquier edad. Médico residente de cualquier género. Médico residente de cualquier especialidad Médico residente de cualquier grado
Exclusión	Que el residente se encuentre con certificado de incapacidad.
Eliminación	Contestar de manera incompleta e instrumento de evaluación. Decidir suspender la evaluación durante la realización de esta.

7. VARIABLES.

Cuadro N° 2.

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Definición. operacional	Dimensiones	Tipo de variables	Valores	Análisis Estadístico	Fuente
Especialidad médica	Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica para obtener un diploma de especialidad, a tiempo completo.	Programa de especialidad médica a que se encuentra inscrito.	Especialidad con formación específica	Independiente Cualitativa	1. Medicina familiar 2. Epidemiología 3. Salud en el trabajo y ambiental	Frecuencias y Proporciones	Hoja de recolección de datos.
Salud mental	Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.	Puntuación Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28)	Presencia o no de ansiedad, insomnio, depresión, síntomas psicósomáticos o disfunción social	Dependiente Cualitativa	1. Ansiedad e insomnio 2. Depresión 3. Síntomas psicósomáticos 4. Disfunción social	Frecuencias y proporciones	Hoja de cuestionario

Edad	Tiempo de vida transcurrido desde su nacimiento hasta el momento del estudio	Número de años cumplidos por el médico residente al momento del estudio.	Años cumplidos	Control (Demográfica) Numérica Cuantitativa Continua	18 o más.	Medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos.	Hoja de recolección de datos
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres.	Condición biológica que distingue la especie humana en masculino o femenino.	Género del participante	Independiente Cualitativa Nominal	1. Hombre 2. Mujer	Frecuencias y porcentajes	Hoja de recolección de datos
Estado Civil	Situación Jurídica de las personas determinados por derecho desde el punto del registro civil.	Estado civil que refiera el encuestado	Convivencialidad con otra persona o familia de forma constante.	Independiente Cualitativa Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Separado 4. Unión libre 5. Divorciado	Frecuencias y proporciones	Hoja de recolección de datos
Número de hijos	Número de hijos que son legalmente responsables el residente de medicina familiar.	Número de hijos que refiera el encuestado.	Responsabilidad de proporcionar lo necesario para su crecimiento y desarrollo.	Independiente Cuantitativa discreta	Numérica con valores de 0 o más	Medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos	Hoja de recolección de datos

Consumo de fármacos	Es la acción de consumir medicamentos de forma continuada.	Es el consumo de medicamentos para algún tipo de padecimiento o enfermedad.	Número de medicamentos que consume el participante para mantener su salud.	Control Cuantitativa discreta	Numérica con valores de 0 o más	Medias y desviación estándar o medianas y rangos intercuartílicos	Hoja de recolección de datos
Consumo de sustancias psicoactivas legales y/o ilegales	Es el consumo de toda sustancia nociva que provoca alteraciones del sistema nervioso central.	Es el consumo de sustancias nocivas para el cuerpo humano	Adicción a alguna sustancia psicoactiva legal o ilegal	Control Cualitativa politómica	a) Alcohol b) Tabaco c) Cafeína d) Marihuana e) Cocaína f) Cristal g) Otro	Proporciones y frecuencias	Hoja de recolección de datos
Ciudad de residencia	Lugar de residencia donde vivía antes de iniciar la residencia.	Si nació o vivía previo a la especialidad en la ciudad de SLP.	Adaptación a un entorno diferente al familiar y/o social.	Control Cualitativa	1. Originario y residente de la ciudad de San Luis Potosí. 2. Residente previo de otra	Proporciones y frecuencias	Hoja de recolección de datos

					ciudad.		
Padecimientos médicos	Es la acción de sufrir o padecer una enfermedad	Es una alteración patológica del cuerpo humano que da lugar a la enfermedad	Enfermedad o condición médica que requiere atención especial.	Control Cualitativa Nominal politómica	1. Depresión 2. Ansiedad 3. Hipertensión arterial 4. Diabetes mellitus 5. Hipotiroidismo o. 6. Otra	Proporciones y frecuencias	Hoja de recolección de datos
Grado académico	Nivel de educación superior que se obtiene al completar con éxito un programa de estudios en una institución educativa,	Procedimientos y criterios específicos que se utilizarán para determinar si un estudiante ha alcanzado el nivel de conocimiento, para ese grado.	Tiempo de formación en la especialidad.	Control Cuantitativa Ordinal	1. Primer año 2. Segundo año 3. Tercer año	Proporciones y frecuencias	Hoja de recolección de datos

8. Descripción del estudio.

Figura N°1.



9. NORMAS ÉTICAS Y REGULATORIAS:

El presente protocolo de investigación se sometió a evaluación por el Comité de Ética en Salud para su valoración y aceptación. Este protocolo será sometido asegurando que su desarrollo se alinee con los principios fundamentales de respeto, no discriminación, y responsabilidad ética.

En la presente investigación se garantizará la protección de los derechos, la integridad y la confidencialidad de los participantes. Considerando el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en su artículo 17, se considera una investigación con riesgo mínimo ya que se realizará con seres humanos y se obtendrá la información a partir de un interrogatorio directo y de un cuestionario. Así como de los artículos 20,21y 22, La participación será completamente voluntaria y se solicitará el consentimiento informado de cada uno de los participantes.⁴²

En este estudio se aplicará el conocimiento científicamente actualizado, con los principios éticos y morales que rige el ejercicio médico y cumpliendo la normatividad vigente, con la denominada LexArtis. En este estudio se cumplen los pilares básicos de la Bioética: No maleficencia: *primum non nocere*. Se busca la beneficencia con intención de producir conocimiento sobre la salud mental en médicos residentes generando consciencia y prevención a la población y a los trabajadores del IMSS. La autonomía también es otro pilar en este ya que se realiza en médicos residentes con su consentimiento informado. La justicia hace actuación en este estudio ya que todos los residentes adscritos que deseen participar en este estudio serán estudiados; no existe discriminación.⁴³

El formulario es una recolección de datos el cual contiene información confidencial. Se hará uso correcto de los datos y se mantendrá la confidencialidad de los datos personales mediante el uso de códigos o pseudónimos, y los resultados se presentarán de manera agregada para evitar la identificación individual. Toda la información recopilada será utilizada exclusivamente con fines académicos y será almacenada de manera segura.

Esto de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales, a la NOM004-SSA3-2012, Del expediente clínico (apartados 5.4, 5.5 y 5.7)., así como la denominación del capítulo II del título segundo de la ley federal de transparencia y acceso a la información pública gubernamental.⁴⁴

Declaración de Ginebra.

Aprobada en la segunda Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM) en Ginebra, Suiza, en septiembre de 1948, y actualizada en la 68ª Asamblea General de la AMM en Chicago, Estados Unidos, en octubre de 2017. Establece que el médico debe priorizar: “La salud y el bienestar de mi paciente serán mi principal preocupación”, y el Código Internacional de Ética Médica de la 40 AMM afirma: “El médico debe comprometerse a priorizar la salud y el bienestar del paciente, brindando atención en su mejor interés”. En concordancia con dichos principios, se adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar la protección de los médicos participantes.⁴⁵

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Que establece los Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humano, adaptada por la 8° Asamblea Médica Mundial, Helsinki Finlandia en junio de 1964. Así como a la última enmienda hecha por la última en la Asamblea General en octubre 2013, y a la Declaración de Taipéi sobre las consideraciones éticas sobre las bases de datos de salud y los biobancos que complementa oficialmente a la Declaración de Helsinki desde el 2016; de acuerdo a lo reportado por la Asamblea Médica Mundial, esta declaración establece principios éticos para la investigación en seres humanos ,esto incluye el uso de datos identificables de personas y es esencial para garantizar el respeto y la protección de los participantes. Se velará especialmente por la protección de los estudiantes involucrados en el estudio, quienes serán informados de forma clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios potenciales del proyecto. La participación será totalmente voluntaria, y se solicitará el consentimiento informado de cada médico. El diseño del estudio buscará minimizar cualquier riesgo físico, psicológico, emocional o académico, y no se aplicará ningún tipo de presión o coerción. ⁴⁶

Código de Nuremberg.

Que en su primera disposición señala “es absolutamente esencial el consentimiento informado o voluntario del sujeto humano”. En este protocolo para salvaguardar la integridad y bienestar de los médicos residentes participantes en esta investigación, se tomarán las siguientes medidas:

No se expondrá a riesgos ni daños innecesarios al participante y se requerirá firma de carta de consentimiento informado para incluir al paciente en el estudio.⁴⁷

Se llevará a cabo una explicación detallada al obtener el consentimiento informado de los sujetos de estudio en el cual se les explicara el objetivo del estudio, justificación, beneficios y quienes aceptan participar de forma libre, sin presiones y de igual forma pueden retirarse cuando de este modo lo decidan, sin que esto afecte su relación académica o rendimiento.

De acuerdo a la Declaración Universal de Derechos Humanos, Normas Éticas Internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos, OMS-CIOMS/1992, Conferencia Internacional de Armonización Lineamientos para la Buena Práctica Médica (GPC), Declaración de Helsinki 52° Asamblea General Edimburgo, Escocia Octubre 2000, Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, dado que los participantes de esta investigación serán médicos en formación , se les considerará como una población potencialmente vulnerable debido a su posible relación de dependencia con la institución educativa. Por lo tanto, se tomarán todas las medidas necesarias para garantizar su autonomía, dignidad y bienestar durante el desarrollo del estudio. Los investigadores se comprometen a mantener la confidencialidad de la información, por lo que los datos colectados para este proyecto, no se harán públicos de manera individual o particular, sino de manera estadística y representaciones gráficas de los datos.

La información obtenida de este trabajo de investigación se resguardará en la Coordinación de Educación e Investigación en Salud en la Unidad de Medicina Familiar No 47, del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí y los resultados obtenidos podrán ser divulgados en congresos, reuniones y publicaciones científicas salvaguardando siempre la confidencialidad de los datos personales⁴⁸.

A los médicos residentes que tengan posterior a aplicar el instrumento alguna alteración se enviarán con su médico familiar para seguimiento y en caso aceptar se dará seguimiento por parte del asesor clínico médico psiquiatra, Dr. Eloy Hinojosa Cardona. Los resultados serán confidenciales, y se resguardarán en la Coordinación de Educación de la UMF No. 47.

10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

RECURSOS HUMANOS

El presente trabajo de investigación se desarrolló con recursos humanos proporcionados por el investigador que propuso el presente protocolo de investigación, el cual está formado por 3 asesores que son 1 médico familiar, 1 médico psiquiatra y maestro en ciencias.

Cuadro N°3.

Recursos humanos	Cantidad
Médicos residentes de medicina familiar	19
Médicos residentes de epidemiología	11
Médicos residentes de medicina del trabajo	18

RECURSOS PRIMARIOS FISICOS

Cuadro N° 4.

Equipo y consumible	Cantidad	Costo (pesos m/n)
Impresiones	30	60
Hojas blancas bond carta	500	70
Lápices	50	50
Fólderes	50	50
Memoria USB	1	100
Gasolina	20lts	500

11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO.

Todos los datos se integraron en una base de datos de Excel . El análisis estadístico se realizó por medio de la paquetería Stata 17.0 . La información se realizó con distribución de frecuencias y porcentajes con las variables cualitativas. Las variables numéricas se expresarán en medidas de tendencia central (media, mediana o moda) y medidas de dispersión (desviación estándar o rangos intercuartílicos) según su distribución de normalidad. Se efectuó análisis bivariantes con la variable dependiente y cada una de las variables independientes o de control, las variables categóricas con Chi-cuadrada o prueba exacta de Fisher y las variables continuas con prueba de t de student o U de ManWhitney. Todos los resultados se expresaron con un nivel de confianza al 95%.

Se presentan los resultados por medio de tablas, gráficas o histogramas.

12. RESULTADOS.

Resultados de Análisis Estadístico

Una vez terminada la recolección de datos se analizó la información de 48 médicos residentes. Las variables se agruparon conceptualmente en tres bloques: socio demográfico, clínico y de salud mental.

A continuación, se muestran los resultados para estas variables.

Tabla N°1.

Socio demográfico	Clínico	Salud mental
Edad	Fármacos	Ansiedad e insomnio
Sexo	Enfermedades concomitantes	Depresión
Especialidad	Consumo de sustancias	Psicosomáticos
Estado civil		Disfunción social
Número de hijos		Puntaje total
Foráneo		

Año académico

Edad.

La distribución de edades muestra un amplio rango entre los médicos residentes, desde 25 hasta 44 años. Esto puede implicar diferentes niveles de experiencia previa y necesidades de apoyo diferenciadas según el grupo etario. La media es de 31.9 años, con una desviación estándar de 4.5 años. La mediana es de 31 años, muy cercana al promedio; el percentil 25 es de 28 años y el percentil 75, de 34.5 años. El 90% de los residentes tiene entre 25 y 38 años. En la Figura 1 se aprecia la distribución de esta variable en su histograma de frecuencias.

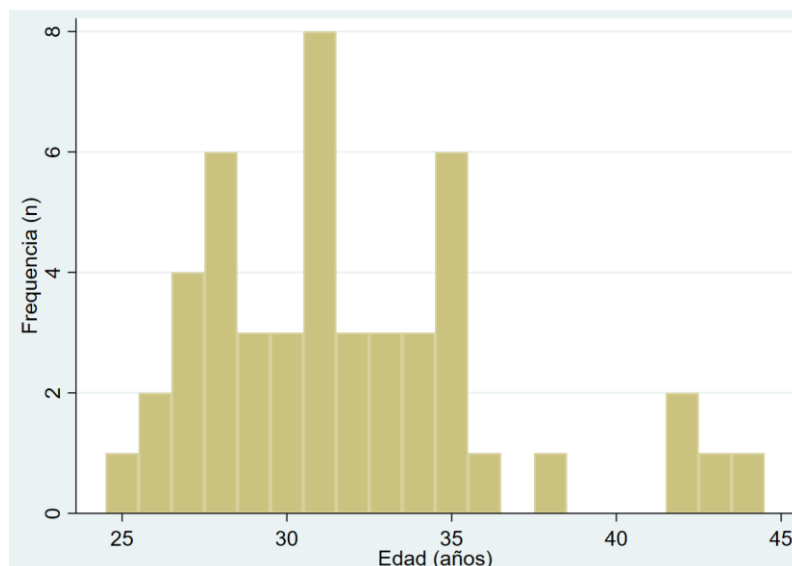


Figura N° 2. Histograma de frecuencias de la edad.
Fuente: Hoja de recolección de datos

Sexo.

La distribución de las dos categorías de sexo difiere. 29 residentes son hombres, lo que equivale al 60% del total, y las 19 restantes son mujeres, lo que equivale al 40% del total.

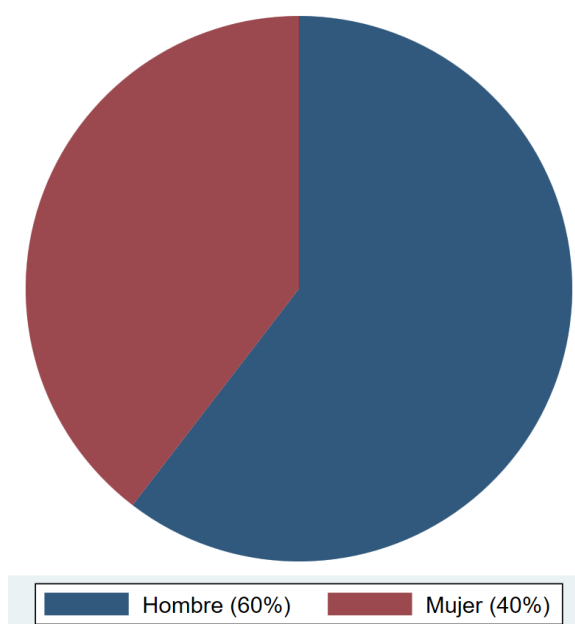


Figura N°3. Sexo. Porcentaje de hombres y mujeres residentes de la UMF-47.
Fuente: Hoja de recolección de datos.

Especialidad.

La mayoría de los residentes pertenecen a Medicina Familiar (39.6%) y Salud en el Trabajo (37.5%), con una menor proporción en Epidemiología (22.9%).

Tabla N° 2. Especialidad.

Especialidad	Frecuencia	Porcentaje
Medicina familiar	19	39.58
Salud en el trabajo y ambiental	18	37.5
Epidemiología	11	22.92
Total	48	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Estado civil.

Predomina el estado civil de soltero (75%), lo cual puede tener implicaciones en la red de apoyo emocional de los residentes.

Tabla N°3. Estado Civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	36	75
Casado	7	14.58
Unión libre	3	6.25
Separado	1	2.08
Divorciado	1	2.08
Total	48	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Número de hijos.

La mayoría de los residentes no tiene hijos (84%), lo cual puede influir en sus niveles de estrés o en su carga personal. Esto equivale a 40 residentes. El 8% (n=4) tiene un hijo, el 6% (n=3) tiene dos hijos y un residente tiene tres hijos.

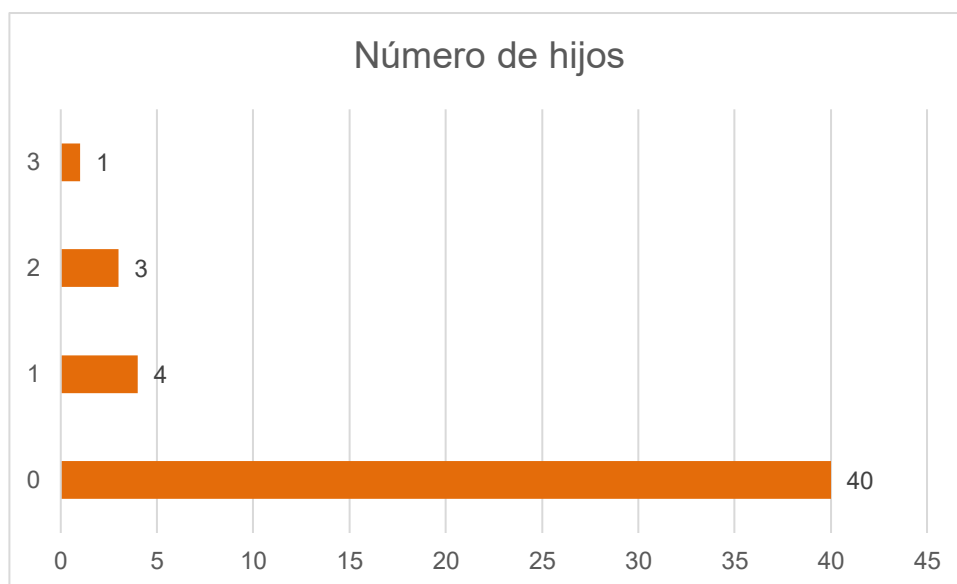


Figura N° 4. Número de hijos de los residentes.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Foráneo.

La mayoría de los residentes son foráneos, exactamente 35 residentes lo que equivale al 73% de los residentes. El restante 23% procede de San Luis Potosí, lo que equivale a 13 residentes.

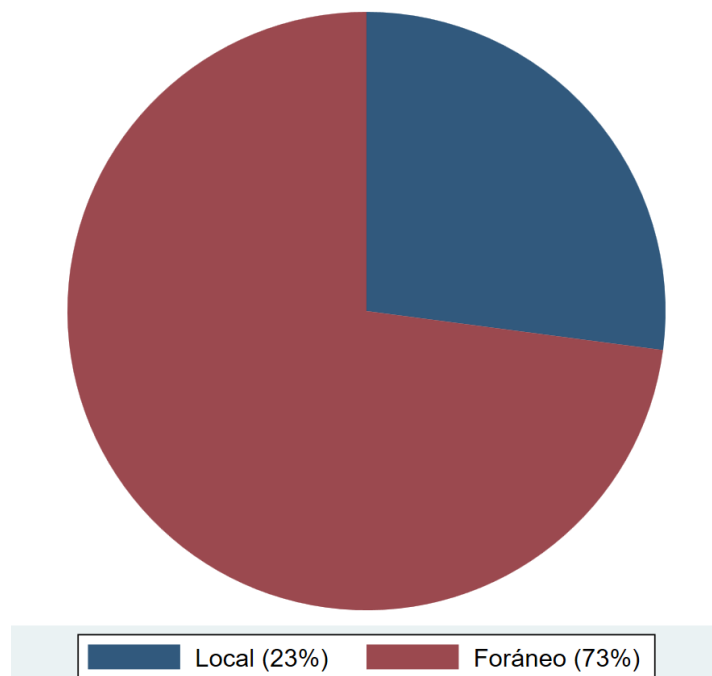


Figura N° 5. Foráneo vs local.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Año académico.

La mayor proporción y cantidad de residentes se encuentra en primer año (43.8%). Son 21 residentes. En segundo lugar, se encuentra el tercer año (31.2%) con 15 residentes y en tercer lugar se encuentra la matrícula del segundo año con 12 residentes (25%).

Tabla N°4. Año académico.

Año académico	Frecuencia	Porcentaje
Primer año	21	43.75
Segundo año	12	25
Tercer año	15	31.25
Total	48	100

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Fármacos.

El 75% (36 residentes) no toman ningún fármaco. Cinco residentes consumen un fármaco (11%), cuatro consumen dos fármacos (8%) y tres consumen tres fármacos (6%). Es decir, la mayoría de los residentes no toman ningún fármaco y el 86% toma entre cero y un fármaco.

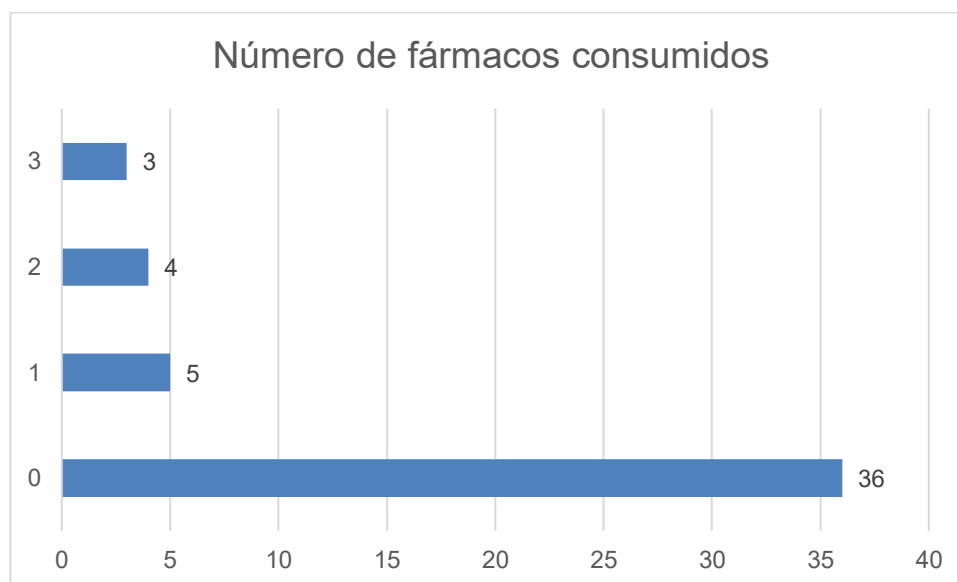


Figura N 6. Número de fármacos consumidos.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Enfermedades concomitantes.

El 73% de los residentes no reporta enfermedades concomitantes. Las condiciones más comunes entre quienes sí las presentan son: ansiedad (6%), hipertensión (4%) y otras (15%).

Tabla N° 5. Prevalencia de enfermedades concomitantes.

Comorbilidad	Frecuencia	Prevalencia
Depresión	1	2%
Ansiedad	3	6%
Hipertensión	2	4%
Diabetes	1	2%
Hipotiroidismo	2	2%
Otra	7	15%
Ninguna	35	73%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

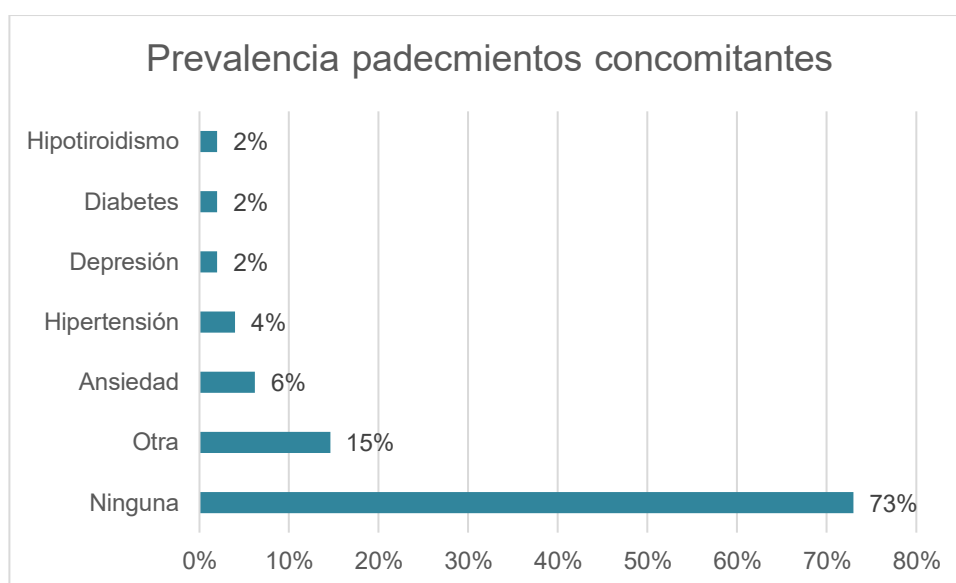


Figura N° 7. Prevalencia de enfermedades concomitantes entre los residentes de la UMF 47.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

Consumo de sustancias.

El consumo de cafeína (50%) y alcohol (37.5%) son los más prevalentes entre los médicos residentes. El 33% de los residentes no consume ninguna sustancia.

Tabla N°6. Prevalencia del consumo de sustancias entre los residentes de la UMF 47.

Sustancia	Consumidores	Prevalencia de consumo
Alcohol	18	37.50%
Tabaco	8	16.70%
Cafeína	24	50%
Marihuana	1	2%
Cocaína	0	0%
Cristal	0	0%
Otra	0	0%
Ninguna	16	33.30%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

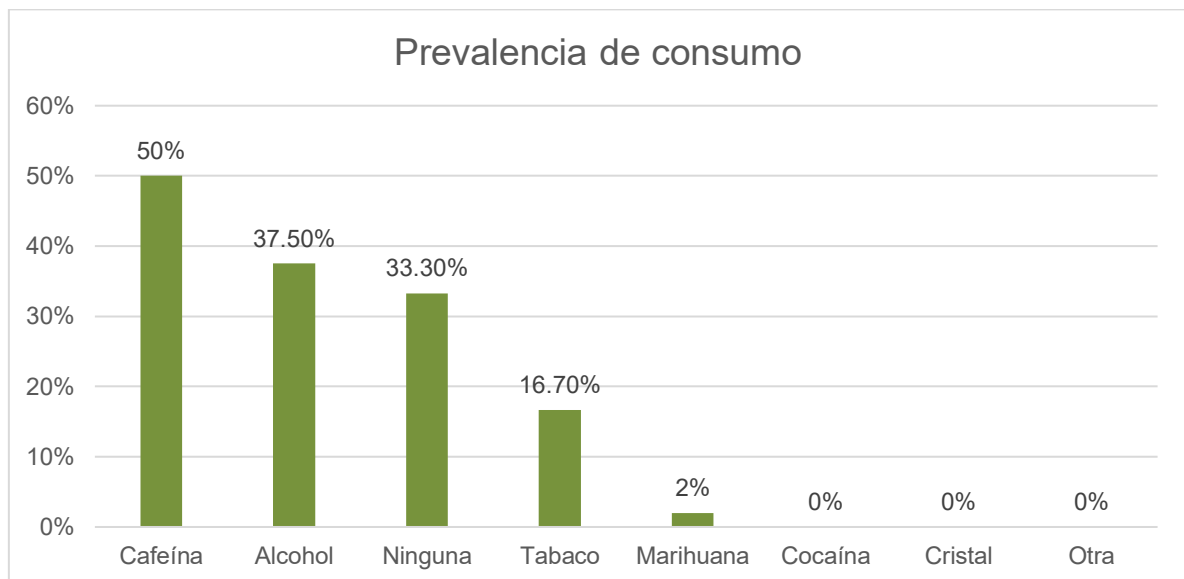


Figura 8. Prevalencia del consumo de sustancias entre los residentes de la UMF 47.
Fuente: Hoja de recolección de datos.

En cuanto al número de sustancias consumidas, 19 residentes (40%) consumen una sustancia, ocho residentes (17%) consumen dos sustancias, cuatro residentes (8%) consumen tres sustancias y un residente (2%) consume hasta cuatro sustancias.

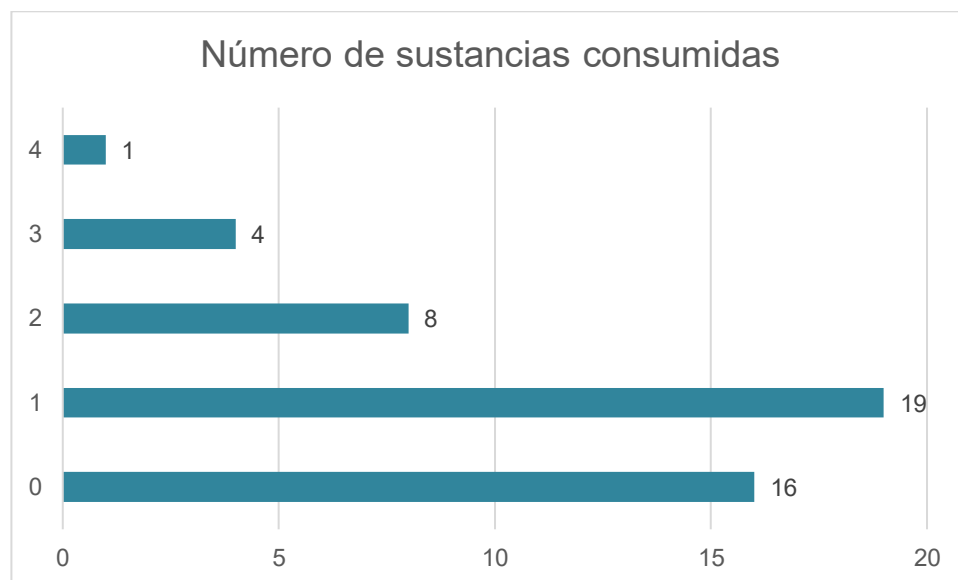


Figura N° 9 Número de sustancias consumidas.
Fuente: Hoja de recolección de datos.

Salud Mental.

La disfunción social (29%) y los síntomas psicósomáticos (27%) son las alteraciones más reportadas. La ansiedad-insomnio tiene una prevalencia del 23%. Al analizar las cuatro subescalas de manera global, se observa que el 23% presenta probable malestar psiquiátrico.

Tabla N° 7. Prevalencia de los malestares de salud mental por subescala y en total.

Subescala / Total	Frecuencia	Prevalencia
Ansiedad / Insomnio	11	23%
Depresión grave	3	6.3%
Síntomas psicósomáticos	13	27%
Disfunción social	14	29%
Probable malestar psiquiátrico (Total)	11	23%

Fuente: Hoja de recolección de datos.

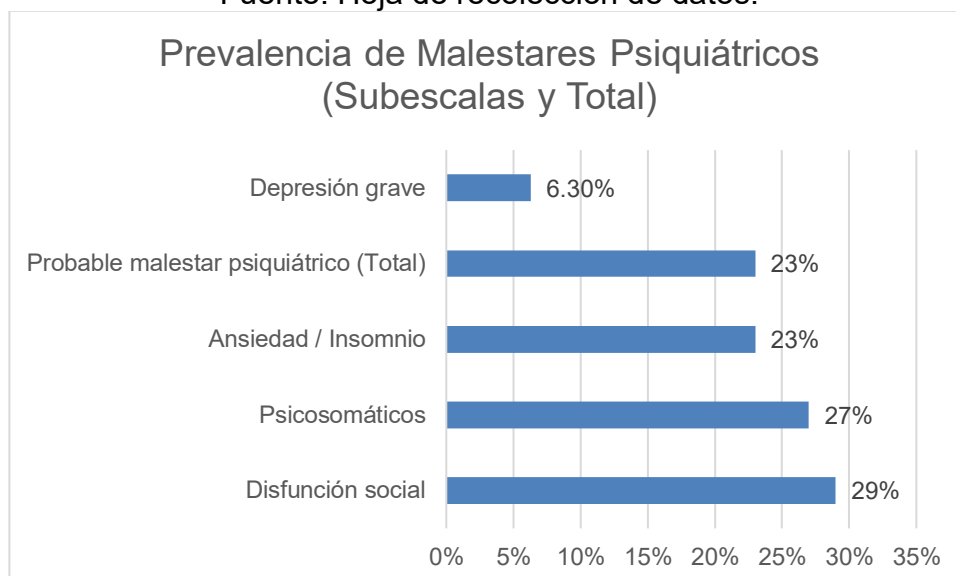


Figura N°10. Prevalencia de los malestares de salud mental por subescala y en total.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

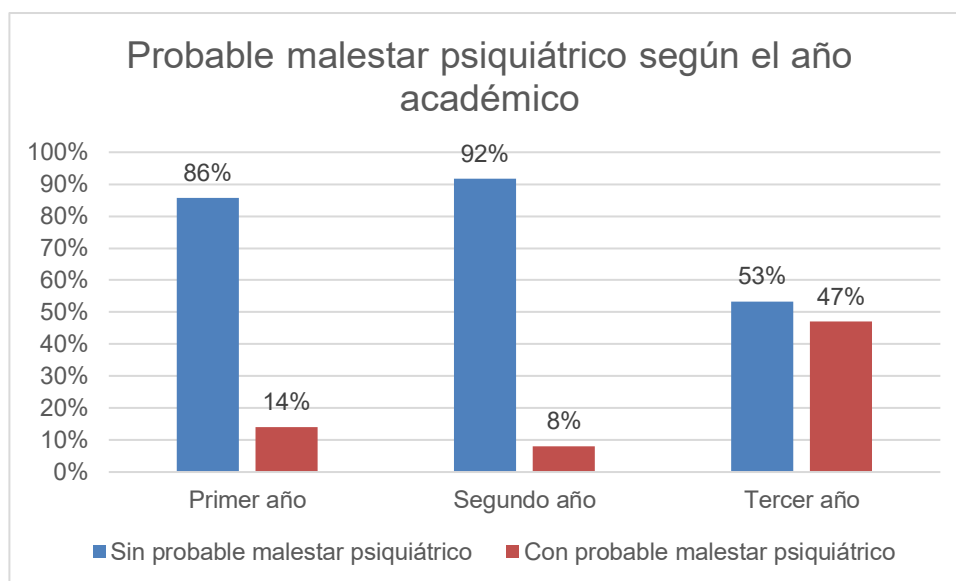
Los residentes de tercer año concentran el mayor porcentaje de probable malestar psiquiátrico (47%). El valor de chi-cuadrada ($p = 0.028$) sugiere que esta asociación es estadísticamente significativa. Es decir, se visualiza la relación entre año académico y malestar psiquiátrico. Los de tercer año presentan mayor riesgo, lo que podría ameritar intervenciones específicas en este año de residencia para disminuir el riesgo.

Tabla N°8. Año académico y probable malestar psiquiátrico.

Año académico	Sin probable malestar psiquiátrico		Con probable malestar psiquiátrico		Total
Primer año	18	86%	3	14%	21
Segundo año	11	92%	1	8%	12
Tercer año	8	53%	7	47%	15
Total	37	77%	11	23%	48

Pearson $\chi^2(2) = 7.1200$ Pr = 0.028

Fuente: Hoja de recolección de datos.



FiguraN° 11. Año académico y probable malestar psiquiátrico.
Fuente: Hoja de recolección de datos.

En la figura 11 se observa que la prevalencia de probable malestar psiquiátrico es mayor en hombres (31%) que en las mujeres (11%). Esto es relevante desde el enfoque descriptivo, sin embargo, el resultado de la prueba basada en la distribución Chi cuadrada arroja un valor $-p = 0.098$ lo que no es estadísticamente significativo, pero sugiere una posible asociación para evaluarse en el análisis múltiple (“multivariado”).

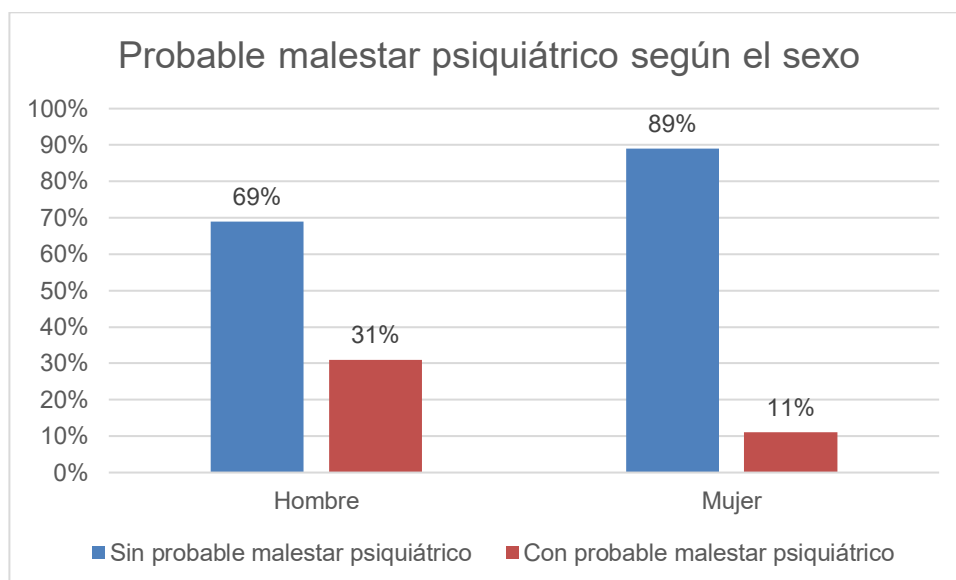


Figura N°12. Sexo y probable malestar psiquiátrico.

Fuente: Hoja de recolección de datos.

En la figura 12 se observa que la prevalencia de probable malestar psiquiátrico es mayor (36%) en los residentes de epidemiología, comparado con los residentes de salud en el trabajo y ambiental (prevalencia de 22%) y con los residentes de medicina familiar (prevalencia de 16%). Esta diferencia no es estadísticamente significativa al efectuar una prueba basada en la distribución Chi cuadrada (valor-p = 0.43) por lo que no se detecta alguna asociación entre la especialidad y la prevalencia de posible malestar psiquiátrico.

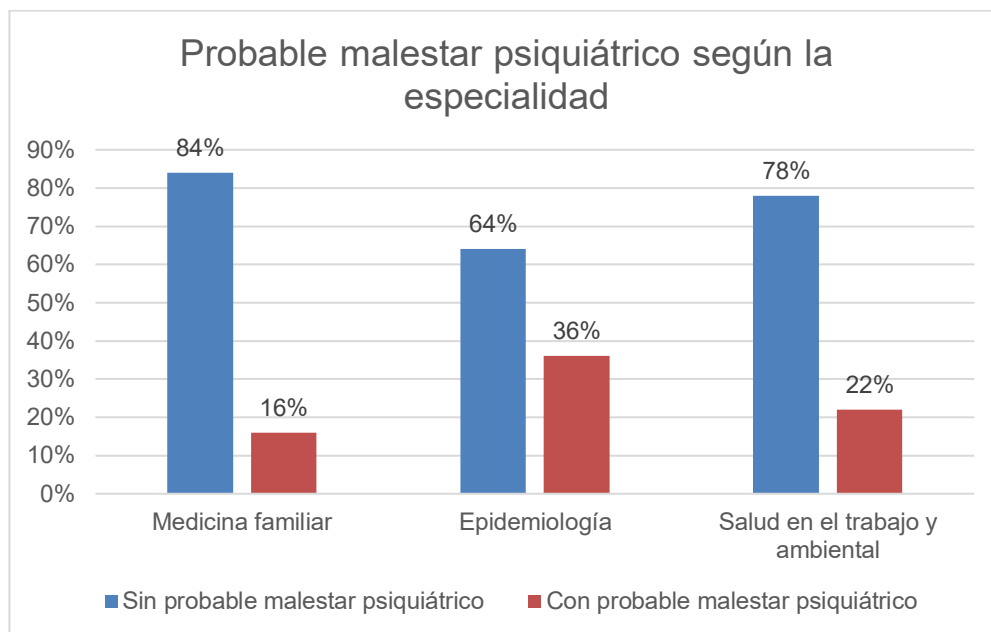


Figura N°13. Especialidad y probable malestar psiquiátrico.
Fuente: Hoja de recolección de datos.

Análisis Múltiple.

Se especificó un modelo de regresión logística múltiple donde la variable de respuesta (variable dependiente) fue la presencia-ausencia de posible malestar psiquiátrico, y las variables independientes fueron: la especialidad, el año académico y el sexo. La forma conceptual del modelo de regresión es como sigue:

$$\text{Probable malestar psiquiátrico} = \text{especialidad} + \text{año académico} + \text{sexo}$$

Para cuantificar la magnitud de la asociación entre las variables arriba mencionadas, se estimaron las respectivas razones de momios (OR), sus intervalos de confianza y los valores-p. Los resultados se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 5. Análisis múltiple.

Variables independientes	OR	Error estándar	Valor-p	Límite inferior IC95%	Límite superior IC95%
Especialidad					
Epidemiología	2.090	2.482	0.534	0.204	21.413
Salud en el trabajo y ambiental	4.205	4.572	0.186	0.499	35.416
Año académico					
Segundo año	0.425	0.547	0.506	0.034	5.290
Tercer año	26.411	33.423	0.010	2.211	315.488
Sexo					
Mujer	0.036	0.051	0.020	0.002	0.592
Intercepto	0.129	0.121	0.029	0.020	0.812

Estadísticos globales del modelo.

El modelo de regresión logística se especificó con la información de 48 residentes. El valor del estadístico Chi-cuadrada del modelo es de 17.37. Esto indica que el modelo con variables independientes es significativamente mejor que el modelo nulo sin variables independientes. Es decir, el modelo especificado tiene capacidad explicativa.

El valor-p globales de 0.0039. Esto significa que el modelo en su conjunto es estadísticamente significativo ($p < 0.$), es decir, al menos una de las variables independientes tiene una asociación significativa con la variable dependiente.

La pseudo R^2 es de 0.336, lo cual indica que aproximadamente el 33.6% de la variabilidad en la presencia de malestar psiquiátrico se explica por las variables incluidas en el modelo. Este porcentaje es adecuado para el contexto del problema de investigación.

Interpretación de las variables independientes.

Las categorías de referencia son como sigue: para especialidad es “Medicina Familiar”, para grado académico es el “Primer año” y para sexo es “Hombre”.

Las interpretaciones de los OR se describen a continuación:

Para especialidad:

- Epidemiología tiene un OR de 2.09, con un valor-p asociado de 0.534, lo que indica que los residentes de Epidemiología tienen 2 veces más probabilidades de presentar malestar psiquiátrico que los de Medicina Familiar, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa.
- Salud en el Trabajo tiene un OR de 4.21, con un valor-p asociado de 0.186, lo que indica que los residentes en esta especialidad tienen 4.2 veces más probabilidades de presentar malestar psiquiátrico que los de Medicina Familiar, pero tampoco es significativa (valor-p > 0.05).

Para la variable “especialidad”, aunque las razones de momios son elevadas, la gran incertidumbre (intervalos amplios) y el valor-p alto sugieren que no se puede concluir asociación significativa con esta variable independiente, es decir, la especialidad no explica la presencia-ausencia de probable malestar psiquiátrico.

Para año académico:

- Segundo año tiene un OR de 0.42, con un valor-p asociado de 0.506, lo que indica menor probabilidad de probable malestar psiquiátrico que los de primer año, pero no es significativo.
- Tercer año tiene un OR de 26.41, con un valor-p asociado de 0.010, lo que indica que los residentes de tercer año tienen 26 veces más probabilidad de presentar malestar psiquiátrico comparado con los de primer año. Esta asociación es estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y sugiere un riesgo marcadamente elevado.

La variable “año académico” es una de las más relevantes del modelo.

Para sexo:

- Mujer tiene un OR de 0.036, con un valor-p asociado de 0.020, lo que indica que las mujeres tienen una probabilidad significativamente menor de presentar malestar psiquiátrico en comparación con los hombres (aproximadamente un 96.4% menos). Esta asociación es estadísticamente significativa y sugiere un posible factor protector en las mujeres de esta muestra.

El intercepto representa el OR de base para un hombre, de primer año, en Medicina Familiar. El valor de 0.129 indica que la probabilidad base de presentar malestar psiquiátrico es baja en este grupo de residentes.

13. DISCUSIÓN.

En el presente estudio se abordó a 48 médicos residentes adscritos a la UMF 47 de las especialidades de medicina familiar, epidemiología y medicina del trabajo, de los cuales se encontró que el 23% presenta probable malestar psiquiátrico, es decir alguna alteración mental como ansiedad-insomnio, depresión, disfunción social o síntomas psicósomáticos. Los trastornos con mayor prevalencia fueron la disfunción social con un 29% y los síntomas psicósomáticos con 27%.

Respecto a la dimensión ansiedad-insomnio en el presente estudio se identificó una prevalencia de un 23% entre los participantes, este valor es inferior a lo reportado en la literatura regional. En San Luis Potosí *Yrizar C.M, López B y col. En 2013*, detectaron una prevalencia de 45% de ansiedad, mientras que *Cano C, Ramírez C y col. 2024* encontraron un 96.1% de ansiedad leve y 3.9%

De igual manera, investigaciones realizadas en otros estados del país, como en Aguascalientes *Raygoza Moran y cols. en 2022* reportaron un 43% de estado de ansiedad con la escala STAI-E en 54 médicos residentes, por otra parte *Ramirez-Mendoza, García-Galicia y cols.(2023)* encontraron 56.8% de ansiedad extrema utilizando la escala AMAS-A en 155 residentes de

especialidades con mayor predominio de medicina interna e imagenología. Asimismo, *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* en 2021 con 594 médicos residentes, en sus hallazgos describen que un 41.94% padece ansiedad según la escala de Beck. Y en el ámbito internacional, los resultados siguen una tendencia similar. En Brasil, *Mendonça VS, De Oliveira MS y col.* En 1419 médicos residentes reportaron una prevalencia de ansiedad del 56.6%, mientras que en Rusia, en una población de residentes de psiquiatría, se encontró una frecuencia del 52.5%.

En relación con la depresión se encontró un 6.3 % de nuestra muestra, estos resultados son muy parecidos a los publicados por *Raygoza Moran y cols.* En 2022 quienes encontraron que el 9% padece depresión. De igual manera *Jiménez- López y cols.* En 2016 encontraron un 5% de depresión en 594 residentes.

Por otro lado *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* En 2021 difieren con nuestros hallazgos ya que reportaron que un 50% de los 62 médicos residentes presentan algún grado de depresión con la escala de Beck. Asimismo *Mendonça VS, De Oliveira MS y col.* explican que 46.9 % padecen algún grado de depresión en residentes de Brasil con la escala Phq-4 y Epworth Somnolence Scale (ESS). Por otra parte *Zhou AY, Pan J y col* en 2022 encontraron que 35.59% sufren depresión de una muestra de 15 243 médicos de urgencias en China.

De acuerdo a la edad en nuestro estudio la media es de 31.9 años, con una desviación estándar de 4.5 años. El 90% de los residentes tiene entre 25 y 38 años, estos resultados son similares a *Raygoza Moran y cols.* en 2022 quienes describen un 55.6% entre 25 y 29 años de edad y un 35.2% con 30 a 34 años. Por otra parte *Ramírez-Mendoza, García-Galiciay cols.* En 2023 encontraron la edad media de 32.4 años (± 2), mínima 28, máxima 37 años de 14 especialidades. Mientras *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* en 2021 reportan una media de 31 años rango mínimo de edad 29 y máximo 49 años. Y para finalizar *Cano C, Ramírez C y col.* 2024 la media de edad de 30.96 años,

la mediana de 30 y la moda de 29, desviación estándar de 3.715, un valor mínimo de 25 y un máximo de 43.

En cuanto al sexo nuestro estudio se conformó por 60% hombres y 40% mujeres . Similar a *Raygoza Moran y cols. en 2022* reportando un 51.9% de mujeres y 48.1% de hombres. Mientras *Ramírez-Mendoza, García-Galicia y cols. 2023* con 55.5% hombres y 44.5% mujeres. Asimismo *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* Reportan 58.06% mujeres y 41.94% hombres. Y finalmente *Cano C, Ramírez C y cols. 2024* con su muestra de hombres 47% y mujeres 53% .

Según el estado civil en nuestra muestra predomina el de soltero con un 75% , casados 14.58% y 6.2% en unión libre . Similar a lo reportado en San Luis Potosí por *Cano C., Ramírez C., y cols.* En 2024 el 82.3% de la población se identificó como soltera, el 11.7% como casada y el 6% en unión libre.

Mientras que *Raygoza Moran y cols. en 2022* reportan un 59.3% solteros , 27.8% casados y un 11.1% en unión libre. Por su parte, *Hernández C., Ramírez y col.* informaron una distribución del 48.9% de personas solteras, 30.65% casadas y 11.29% en unión libre.

Respecto al origen de los médicos residentes en nuestro estudio encontramos que son foráneos, exactamente 35 residentes lo que equivale al 73%. El restante 23% procede de San Luis Potosí, lo que equivale a 13 residentes. Estos resultados difieren con los encontrados por *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* Quienes reportan que de origen local hay un 72.58% y foráneos un 17%.

La distribución por año académico en nuestra muestra fue de 43.8% de primer año, 25% de segundo año y 31.2% de tercer año . Similares a lo reportado por *Ramírez-Mendoza, García-Galiciay cols. 2022* quienes encontraron que los R3 son el 29.1%, seguidos de los R2 con el 23.1% y los R1 con 47.8 % . En contraste a esto *Cano C, Ramírez C y col. 2024* reportaron el 19.6 % fueron de primer año (R1) 21.5% de segundo año (R2) y 21.5% de tercer año (R3).

En base al consumo de fármacos en nuestros resultados un 75% (36 residentes) no toman ningún fármaco. Cinco residentes consumen un fármaco (11%), cuatro consumen dos fármacos (8%) y tres consumen tres fármacos (6%). Es decir, la mayoría de los residentes no toman ningún fármaco y el 86% toma entre cero y un fármaco. Similar a lo encontrado por *Cano C, Ramírez C y col. 2024*. Quienes refieren que 14 de ellos consumen algún fármaco mientras que 37 negaron el consumo de fármacos.

Respecto a las enfermedades concomitantes el 73% de los residentes no reporta enfermedades concomitantes. Las condiciones más comunes entre quienes sí las presentan son: ansiedad (6%), hipertensión (4%), depresión (2%), hipotiroidismo (2%) , DM2 (2%) y otras (15%). Parecido a lo reportado por *Cano C, Ramírez C y col. 2024* quienes mencionan que 3.7% de ellos presentan Depresión, 4% refirieron presentar Hipotiroidismo, 4% presentan Hipertensión Arterial y 78.3% refirieron no presentar enfermedades.

El consumo de sustancias en nuestro estudio reporta que el 33% de los residentes no consume ninguna sustancia , mientras que por otra parte hay un consumo de cafeína en un 50%, alcohol 37.5% y tabaco 8% los cuales son los más prevalentes entre los médicos residentes. En contra parte *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* Encontraron un consumo de 53.23% alcohol y 1.61% de tabaco . Asimismo *Moussa M., Ben S. y cols.* Reportaron la prevalencia del consumo de alcohol y cannabis de 22.5 % y 5% respectivamente en residentes de psiquiatría.

Respecto al sexo y malestar psiquiátrico en nuestro estudio la prevalencia de probable malestar psiquiátrico es mayor en hombres (31%) que en las mujeres (11%). Contrariamente a lo reportado por *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* Que un 24.19% de mujeres refieren algún grado de ansiedad y un 17.74% de hombres presentaron ansiedad. Por otro lado en Brasil por *Mendonça VS, De Oliveira MS y col.* Quienes explican mas depresión en mujeres respecto a los hombres. Asimismo *Bouattour N., Bouattour W., y cols.* Encontraron significativamente mayor depresión y ansiedad en mujeres $p = 0.017$, $p=0.034$.

En base a el año cursado y malestar psiquiátrico, nuestro estudio los residentes de tercer año concentran el mayor porcentaje de probable malestar psiquiátrico (47%). Similar a lo reportado por *Hernández Cruz Y, R. Ramírez y cols.* Quienes reportan un grado de ansiedad de un 19.35% y un 22.58% de depresión en estudiantes de tercer año.

Las diferencias observadas entre los resultados de este estudio y los reportados en la literatura podrían explicarse por variaciones en las características socio demográficas de la muestra, el tamaño, el instrumento de medición empleado, así como el contexto laboral y cultural en el que se desarrollaron las investigaciones.

14. CONCLUSIONES.

Se determinó la prevalencia de salud mental en los médicos residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 47.

Se encontró que la disfunción social y los síntomas psicósomáticos son las alteraciones más reportadas.

Los residentes de tercer año concentran un 47%($p = 0.028$), de probable malestar psiquiátrico, lo cual es estadísticamente significativo.

El sexo femenino se asocia con menor riesgo de malestar psiquiátrico.

No se detectó alguna asociación entre la especialidad y la prevalencia de posible malestar psiquiátrico.

Los de tercer año presentan mayor riesgo, lo que podría ameritar intervenciones específicas en este año de residencia para disminuir el riesgo.

15. LIMITACIONES Y/O SUGERENCIAS.

LIMITACIONES.

La muestra fue pequeña ya que solo se realizó en médicos residentes adscritos a la UMF 47.

La escala QHG-28 evalúa el estado de salud mental actual del paciente por lo que es útil para trastornos agudos pero no crónicos.

La escala QHG-28 está diseñada como herramienta de cribado psiquiátrica no como diagnóstico definitivo.

El tiempo fue una limitante ya que solo se realizó una sola vez, la cual puede sesgar los resultados.

PROPUESTAS.

Realizar un estudio que incluya una muestra más grande en un hospital que incluya otras especialidades como las quirúrgicas o en otras unidades de medicina familiar.

Realizar un estudio con otras escalas de salud mental como CROBI, que mide la salud mental en personas con padecimientos crónicos.

Realizar un estudio que su muestra no incluya a médicos residentes , si no a más personal de salud.

Realizar un estudio que analice si la salud mental influye en el rendimiento académico.

Dar seguimiento a los médicos que presenten algún grado de malestar psiquiátrico.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en:
2. Leiva-Peña V, Rubí-González P, Vicente-Parada B. Determinantes sociales de la salud mental: políticas públicas desde el modelo biopsicosocial en países latinoamericanos. *RevPanam Salud Publica*. 2021;45: e158.
3. WorldHealthOrganization. Mental health: strengthening our response [Internet]. Ginebra: WorldHealthOrganization; 2022 Jun 17 [citado 2025 May 22]. Disponible en:
4. Organización Internacional del Trabajo. Lista de Enfermedades profesionales de la OIT (revisada en 2010). [Internet]. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2010 [consultado el 09/10/2021]. Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_125164.pdf.
5. Jiménez-López JL, Arenas Osuna J. Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *RevColombCienc Soc*. 2017;8(1):227-41. doi:10.21501/22161201.1819.
6. Ramírez-Mendoza J, García-Galicia A, Aréchiga-Santamaría A, Montiel-Jarquín AJ, Jiménez-Luna I, Maldonado-Castañeda S et al. Cognición en médicos residentes con y sin ansiedad en un hospital formador de especialistas *RevMedInstMex Seguro Soc*. 2023;61(2):147-54.
7. Raygoza Morán A, Andrade L, Larraga E. Relación entre rendimiento académico, ansiedad y depresión en médicos residentes del hospital general de zona No.1 Delegación de Aguascalientes. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguascalientes; 2022.
8. Peña Brindiz LE, Jimeno Figueroa JG, Aldana Díaz G, Peña Brindiz FJ. Depresión en médicos residentes en la especialidad de medicina familiar. *Innovación y Desarrollo Tecnológico Revista Digital*. 2023 Jul-

Sep;15(3):[páginas]. Disponible en:https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2023/07/3_22_depresion-en-medicos-residentes-en-la-especialidad-de-medicina-familiar.pdf

9. **Hernández Cruz Y, R. Ramírez .** Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Medicina Familiar de la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero, México. [Tesis de especialidad en Medicina Familiar]. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2021. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000822916/3/0822916.pdf>
10. Juárez Hernández G, Chacón Pizano WL, Gómez García S. Médicos residentes: relación del clima académico con ansiedad, depresión y riesgo suicidio. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2021 Jun;24(2):645–651. Disponible en:
11. González J, García M, Pérez A. Revisión sistemática sobre salud mental y rendimiento académico. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2023;7(6):3341–3357. Disponible en:<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/10623/15637>
12. Cano C, Ramírez C, Toscano M, Shiguetomi J. Prevalencia de ansiedad en médicos residentes adscritos a la UMF 45, San Luis Potosí, México. [Tesis de especialidad en Medicina Familiar]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí o IMSS; 2024.
13. Yrizar CM, López BD, Vargas IH. Prevalencia de ansiedad y depresión en residentes de Medicina Familiar de la UMF 47, San Luis Potosí. [Tesis de especialidad en Medicina Familiar]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí o IMSS; 2013.
14. Shafiee A, TeymouriAthar MM, Seighali N, Amini MJ, Hajishah H, ArabazadehBahri R, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances among medical students and resident physicians in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2024 Aug 23;19(8):e0307117. doi: 10.1371/journal.pone.0307117. PMID: 39178292; PMCID: PMC11343466.

15. Bouattour, N., Bouattour, W., Abdelkefi, M., Messedi, N., Charfeddine, F., Aribi, L., & Aloulou, J. (2022). Depression and anxiety among psychiatry residents. **European Psychiatry**, **65**(Suppl. 1). <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1447>
16. Zhou AY, Pan J, Yu T, Shen B, Li T, Hu J, et al. Prevalence and predictors of depression among first-year medical residents in China and the United States. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5):e2213776. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.13776.
17. Mendonça VS, de Oliveira MS, Ferreira AC, Ribeiro MC, Martins RC, Oliveira Neto NR, et al. Individual and residency program factors related to depression, anxiety, and burnout in medical residents: a Brazilian survey. *BMC Psychiatry*. 2022;22:528. doi:10.1186/s12888-022-03916-0.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS): Trastornos de ansiedad Organización Mundial de la Salud. Trastornos de ansiedad [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 2025 Jun 12]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
19. DSM-5: Trastorno de ansiedad generalizada American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. 5ª ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing; 2022.
20. World Health Organization. Depressed disorder (depression). Knowledge Action Portal on NCDs [Internet]. 2023 Dec 7 [citado 2025 Jun 12]. Disponible en: <https://www.knowledge-action-portal.com/es/node/8637>
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.
22. MSD Manual Profesional. Trastornos psicosomáticos [Internet]. Kenilworth (NJ): Merck Sharp & Dohme LLC; ©2024 [citado 2025 Jun 12]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-somatormorfos/trastornos-psicosomáticos>

23. Moreno-Cid, M. A., Pérez-Cuevas, R., & García-González, J. A. (2017). Síntomas psicósomáticos como expresión del deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. *Atención Primaria*, 49(5), 309-315. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.10.007>.
24. Colegio de Psicólogos de San Juan. Disfunción social en psicología: causas, consecuencias y abordaje terapéutico [Internet]. San Juan (AR): Colegio de Psicólogos de San Juan; 2023 [citado 2025 Jun 12]. Disponible en: <https://colegiodepsicologossj.com.ar/disfuncion-social-psicologia/>
25. Doyle, M., & McGilloway, S. (2023). Effects of mental health stigma on loneliness, social isolation, and relationships in young people with depression symptoms. *BMC Psychiatry*, 23(1), 527. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04991-7>
26. Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Rosselló L, Gimeno Ruiz de Porras D, Allué Torra B, Palou Vall I. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria. *Semergen*. 1999;25(3):209-225.
27. Liang Y, Zhang Y, Liu Y, et al. Met and unmet care needs of home-living people with dementia in China: An observational study using the Camberwell Assessment of Need for the Elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2021;21(1):102-107. doi:10.1111/ggi.14133.
28. Lobos-Rivera ME, Gutiérrez-Quintanilla JR. Adaptación psicométrica de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg en una muestra salvadoreña. *Entorno*. 2020;70:87–98. Disponible en: <https://revistas.utec.edu.sv/index.php/entorno/article/view/624>.
29. Goldberg DP, Williams P. A user's guide to the General Health Questionnaire. Slough: NFER-Nelson; 1988.
30. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):139–145. doi:10.1017/S0033291700021644.
31. Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J.F., López-Torrecillas, F. y Sánchez-Barrera, M.B. Propiedades psicométricas de la versión española del cuestionario de salud general de goldberg-28. *Revista de Psicología de*

- la Salud. 2024;13(1):20–29. Disponible en: <https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/755/1100>.
32. Galindo O, Meneses A, Herrera Á, Cabrera P, Suchil L, Rivera L, Aguilar JL. Propiedades psicométricas del cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2017;14(1):71–81. Disponible en: [https://www.academia.edu/91276628/Propiedades psicom%C3%A9tricas del cuestionario general del salud de Golberd QHQ 28 en cuidadores primarios informales de pacientes con c%C3%A1ncer](https://www.academia.edu/91276628/Propiedades_psicom%C3%A9tricas_del_cuestionario_general_del_salud_de_Golberd_QHQ_28_en_cuidadores_primarios_informales_de_pacientes_con_c%C3%A1ncer)
33. Peña Brindiz LE, Jimeno Figueroa JG, Aldana Díaz G, Peña Brindiz FJ. Depresión en médicos residentes en la especialidad de medicina familiar. *Innovación y Desarrollo Tecnológico Revista Digital*. 2023 Jul-Sep;15(3):[páginas]. Disponible en: [https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2023/07/3_22_depresion-en-medicos-residentes-en-la-especialidad-de-medicina-familiar .pdf](https://iydt.wordpress.com/wp-content/uploads/2023/07/3_22_depresion-en-medicos-residentes-en-la-especialidad-de-medicina-familiar.pdf).
34. Rodríguez A, Casas Patiño D, Martínez Montes AL, Amezcua Estrada H. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en Educación Médica*. 2023;16(3):e309817729. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-investigacion-educacion-medica-343-articulo-vivencias-experiencias-medicos-residentes-mexicanos-S200750571630076X>.
35. Soto Moreno A, Martínez López A, Ureña Paniego CA, Martínez García E, Buendía Eisman A, Arias Santiago SA. Síndrome de burnout, ansiedad y depresión en residentes de dermatología: un estudio transversal. *Actas Dermosifiliogr*. 2024;115(2):935–42. doi:10.1016/j.ad.2024.02.016.
36. Moreno-Zazueta JN. Depresión y ansiedad en médicos residentes. *RevMed UAS*. 2023;13(1):1–3. doi:10.28960/revmeduas.2007-8013.v13.n1.001.
37. Revilla Ahumada L, de los Ríos Álvarez AM, Luna del Castillo JD. Utilización del Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ-28) en

- la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. Aten Primaria. 2004 May 15;33(8):417–22. doi:10.1016/s0212-6567(04)79426-3. PMID: 15151787.
38. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. MedClin (Barc). 2021 May 6;157(3):130–140. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.003.
 39. Montiel-Jarquín Á, Torres-Castillo ME, Herrera-Velasco MG, Loria J. Estado actual de la depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una institución médica de tercer nivel. RevMedInstMex Seguro Soc. 2015;53(4):422-428.
 40. WorldHealthOrganization. Mental disorders. Key facts. [Internet]. Geneva: WorldHealthOrganization; 2022 Jun 8 [cited 2025 Jun 18]. Availablefrom: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
 41. Valenzuela Borroel A. Asociación de calidad de sueño con calidad de vida de médicos residentes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” de San Luis Potosí [tesis]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2023. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/8106>
 42. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. última reforma publicada DOF 02-04- 2014.
 43. López Vélez L. E, Zuleta Salas G. L El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las practicas biomédicas. Franciscanum. 2020; 62.
 44. NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
 45. World Medical Association. WMA Declaration of Geneva (Physician’sPledge). Adoptedbythe 2nd General Assembly, Geneva, Switzerland, September 1948; revisedbythe 68th General Assembly, Chicago, USA, October 2017. Pledgeexcerpt: “Thehealth and well-being of mypatientwill be myfirstconsideration”
 46. World Medical Association. World medical associationdeclaration of Helsinki: Ethicalprinciplesfor medical researchinvolving human participants: Ethicalprinciplesfor medical researchinvolving human

- participants. JAMA. 2024; Available from:
<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2024.21972>.
47. United States Government Printing Office. Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10. Vol. 2: The Medical Case. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 1949. p. 181–182.
48. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, Cuarta Edición. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.

17.4 CuestionariodeSaludGeneralDeGoldberg-GHQ28-

El paciente tiene que contestar todas y cada una de las preguntas subrayando o rodeando con un círculo la respuesta que mejor se adapte a su estado psíquico. Es autoadministrado, los pacientes con cultura media lo rellenan por sí mismos; en caso de dificultad para comprenderlo, extrema en analfabetos, se les puede ayudar a completarlo (heteroadministrado), procurando no influir en sus respuestas. La interpretación es sencilla y automática. En cada una de las subescalas se cuenta el número de respuestas en cualquiera de las dos columnas de la derecha subrayadas o rodeadas con un círculo, desechando las dos columnas de la izquierda; se anotan y se suman para dar una puntuación total.

Como instrumento sugerido para detectar problemas de nueva aparición. La puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso).

Como instrumento sugerido para identificar problemas crónicos. La puntuación (CGHQ) se realiza asignando los valores 0, 1, 1, 1 a las respuestas de los ítems. El punto de corte para CGHQ se sitúa en 12/13 (no caso/caso).

CuestionariodeSaludGeneralDeGoldberg-GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado. Marca X una respuesta por cada ítem: Es importante intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias.

EN LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS:

A	B
A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?	B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?
☐ Mejor que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Peor que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho peor que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual.
A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?	B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual.
A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?	B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.
A.4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual.
A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánicos sin motivo?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.
A.6. ¿Ha tenido la sensación de opresión en la Cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?	B.6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.
A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?	B.7. ¿Se ha notado nervioso y "apunto de explotar" constantemente?
☐ No, en absoluto	☐ No, en absoluto
☐ No más que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante más que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más que lo habitual.	☐ Mucho más que lo habitual.

C	D
C.1. ¿Se la ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?
☐ Más activo que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Bastante menos que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?
☐ Menos tiempo que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Más tiempo que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho más tiempo que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?
☐ Mejor que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Peor que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho peor que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?
☐ Más satisfecho que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Menos satisfecho que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos satisfecho que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?	D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?
☐ Más útil de lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual de útil que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Menos útil de lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos útil de lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?
☐ Más que lo habitual	☐ No, en absoluto
☐ Igual que lo habitual	☐ No más que lo habitual
☐ Menos que lo habitual	☐ Bastante más que lo habitual
☐ Mucho menos que lo habitual	☐ Mucho más que lo habitual
C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?	D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?
☐ Más que lo habitual	☐ Claramente, no
☐ Igual que lo habitual	☐ Me parece que no
☐ Menos que lo habitual	☐ Se me ha cruzado por la mente
☐ Mucho menos que lo habitual	☐ Claramente, lo he pensado

A _____ B _____ C _____ D _____ TOTAL _____

