



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para la obtención del diploma en la especialidad de
Medicina Familiar

**INDICE DE DEPRESION Y RIESGO SUICIDA EN MEDICOS
RESIDENTES DE LA UMF No. 45, SAN LUIS POTOSI**

DANIEL MORAN MENDOZA

DIRECTOR CLINICO

DR. MARIO ALBERTO TOSCANO SANCHEZ
MEDICO CON LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

DIRECTOR METODOLOGICO

DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS
MEDICO CON LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

DIRECTOR ESTADIASTICO

DR. FLORIBERTO GOMEZ GADUÑO
MEDICO CON LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

FEBRERO 2026



Índice de depresión y riesgo suicida en médicos residentes de la UMF no. 45, San Luis Potosí © 2026 por Daniel Moran Mendoza 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/>



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para la obtención del diploma en la especialidad de
Medicina Familiar

**INDICE DE DEPRESION Y RIESGO SUICIDA EN MEDICOS
RESIDENTES DE LA UMF No. 45, SAN LUIS POTOSI**

DANIEL MORAN MENDOZA

CVU: 1292291

DIRECTOR CLINICO

DR. MARIO ALBERTO TOSCANO SANCHEZ

MEDICO CON LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRIA

CVU:1346083 ORCID 0009000333674466

DIRECTOR METODOLOGICO

DRA. JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS

MEDICO CON LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

CVU: ORCID: 000000261232708

DIRECTOR ESTADIASTICO

DR. FLORIBERTO GOMEZ GADUÑO

MEDICO CON LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

CVU: 567210 ORCID: 000000026903671

Sinodales:

Dr. Héctor Nahum Bonilla Zuñiga

Presidente del Jurado

Dra. Dora María Becerra

Sinodal

Dr. Julio Cesar Martínez Hernández

Sinodal

Dr. Jesús Jair Cuellar Vázquez

Sinodal sustituto

RESUMEN

INDICE DE DEPRESION Y RIESGO SUICIDA EN MEDICOS RESIDENTES DE LA UMF No. 45, SAN LUIS POTOSI

Autores: Moran Mendoza D 1, Berenice Barbosa JB 2, Toscano Sánchez MA 3, Gómez Garduño F 4.

Introducción: La depresión y el riesgo suicida son un problema que a nivel mundial está causando alteración en la salud de las personas cada vez mas importante. La OMS estima que el 5% de los habitantes a nivel mundial padecen un tipo de trastorno de depresión que a su vez puede condicionar el inicio de ideación suicida o intentos de suicidio. **Objetivo:** Determinar el índice de depresión y el riesgo suicida en médicos residentes de las especialidades de Medicina Familiar y Salud en el Trabajo adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí. **Material y métodos:** Se implemento un estudio prospectivo, transversal y observacional utilizando la escala de ideación suicida de Beck y el cuestionario de depresión de Beck aplicados a los médicos residentes de las especialidades de Medicina Familiar y Medicina del Trabajo y Ambiental que se encontraban adscritos a la UMF No. 45 durante el ciclo académico 2025-2026, siendo un total de 45 alumnos los cuales se obtuvieron por un muestreo no probabilístico por conveniencia. **Resultados:** Se encontró una incidencia de índice de depresión mínimo del 84.4%, leve 2.2%, moderado 8.9% y severo del 4.4%. En relación con el riesgo suicida el 95.6% de los participantes se encontró asintomático mientras que el 4.4% presento un riesgo severo. **Conclusión:** Se encontró una mayor prevalencia en el sexo femenino, así como en la especialidad de Medicina Familiar. El riesgo suicida se identificó en un 95.6% asintomático y en un 4.4% con riesgo severo. La prevalencia del índice de depresión se reportó con índice mínimo del 84.4%, leve 2.2%, moderado 8.9% y severo del 4.4%. Es clave realizar estrategias de prevención y el fomento del cuidado de la salud mental para mejorar la calidad de vida de los médicos residentes

Palabras Clave: Depresión, Riesgo suicida, Médico Residente, Cuestionario de depresión de Beck, Escala de Riesgo Suicida de Beck

ÍNDICE

Contenido

RESUMEN	1	
ÍNDICE	2	
Índice de Cuadros	4	
Índice de Gráficas	5	
Lista de definiciones	6	
Dedicatorias.....	7	
Reconocimiento.....	8	
ANTECEDENTES	9	
JUSTIFICACION	18	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19	
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	21	
OBJETIVOS.....	22	
Hipótesis de trabajo	22	
MATERIAL Y METODOS.....	23	
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24	
VARIABLES DE ESTUDIO.....	25	
CUADRO DE VARIABLES	26	
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTOS.....	28	
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	29	
ASPECTOS ÉTICOS	29	
RESULTADOS.....	31	
Discusión	42	
Limitaciones y propuestas de investigación	44	
Conclusiones	45	
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46	
Anexo 1.....RECURSOS FINANCIEROS.....	51	
Anexo 2	ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD.....	53
Anexo 3.....	Cronograma de actividades	54
Anexo 4.....	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	55
Anexo 5	CARTA DE NO INCONVENIENTE.....	56
Anexo 6.....	Cuestionario de depresión de Beck.....	57

Anexo 7.....	Cuestionario de riesgo suicida de Beck	61
Anexo 8	Hoja de recolección de datos	64
Anexo 9.....	Informe de aprobación de estudio	65
Anexo 10.....	Informe de originalidad	66

Índice de Cuadros

Cuadro 1 Distribución de índice de depresión por sexo	32
Cuadro 2 Distribución de índice de depresión por especialidad médica y sexo.....	32
Cuadro 3 Distribución de índice de depresión por grado académico de los participantes.....	33
Cuadro 4 Distribución de riesgo suicida por sexo.....	34
Cuadro 5 Distribución de riesgo suicida por especialidad medica de los participantes.....	34
Cuadro 6 Distribución de riesgo suicida por grado académico de los participantes.....	35
Cuadro 7 Distribución de edad de los participantes.....	36
Cuadro 8 Distribución de grado académico, sexo y especialidad.....	39
Cuadro 9 Prevalencia de toma de fármacos en los participantes.....	39

Índice de Gráficas

Grafica 1 Frecuencia y prevalencia de índice de depresión en participantes.....	31
Grafica 2 Riesgo Suicida en participantes.....	33
Grafica 3 Frecuencia de edad de los participantes.....	35
Grafica 4 Distribución de los participantes por sexo.....	36
Grafica 5 Distribución por lugar de procedencia de los participantes.....	37
Grafica 6 Distribución por personas con quienes viven los participantes.....	37
Grafica 7 Distribución de estado civil de los participantes.....	38
Grafica 8 Distribución de los números de hijos de los participantes.....	38
Grafica 9 Prevalencia de enfermedades en los participantes.....	38
Grafica 10 Distribución de enfermedades en los participantes.....	40
Grafica 11 Distribución de los tratamientos utilizados por los participantes.....	40
Grafica 12 Prevalencia en el consumo de bebidas alcohólicas.....	41
Grafica 13 Prevalencia en la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas.....	41

Lista de definiciones

Residencia medica: es un sistema de formación de posgrado destinado a médicos que ya han obtenido el título de grado. Su objetivo es especializarlos en un área específica de la medicina a través de un programa de estudio y trabajo remunerado a tiempo completo, realizándose principalmente en instituciones hospitalarias o sanitarias.

Medico Residente: medico titulado que se encuentra realizando una especialización a través del sistema de residencia médica en un hospital o centro de salud acreditado.

Depresión: trastorno del estado de ánimo, y se distingue principalmente por la presencia de un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en actividades casi todos los días, durante al menos dos semanas consecutivas.

Suicidio: muerte causada por una acción perjudicial, autodirigida con la intención de morir

Riesgo suicida: El riesgo suicida se refiere a aquellos determinantes personales, familiares y sociales que aumentan la probabilidad de suicidio para esa persona en ese momento específico

Dedicatorias

A mis padres, hermanas y a mi abuelo Ignacio por creer en mi y ayudarme a crecer cada día y ser la persona que soy hoy en día.

A Jonathan y Luffy que estuvieron desde el día uno de la residencia siempre dándome su apoyo y estando en los días más pesados.

A Daniela que nunca dejó de creer en mi y siempre me impulsa para ser mejor médico y persona cada día

A Cindy, Mary, Paulina y Francisco por volverse mis primeros amigos desde que llegue a San Luis y apoyarnos en todo el camino de la residencia

Y para todos los médicos que se quedaron en el camino a causa de la depresión y el suicidio y para todos los médicos que luchan cada día contra esta enfermedad y siguen dando lo mejor de si recuerden siempre:

“ I am not afraid to keep on living, I am not afraid to walk this world alone”

Gerard Way 2006, *“Famous Last Word”*, The Black Parade

Reconocimiento

A todos mis asesores que me ayudaron y me dieron su orientación para la realización de esta tesis.

Al Dr. Floriberto y al Dr. Jair por estar al pendiente de mis dudas y orientarme siempre que lo necesite.

ANTECEDENTES

Se considera que la depresión representa un problema de salud que cada año ha estado incrementando lo que puede provocar grandes consecuencias en nuestra sociedad lo que debe hacernos prestar más atención a las situaciones que se encuentran alrededor de esto. De acuerdo con la OMS se habla que un 5% de la población en edad adulta en el mundo padece algún grado de depresión lo que equivale a 280 millones de personas donde gran parte de ellos no tiene un tratamiento adecuado o un seguimiento establecido. Las personas pueden iniciar a desarrollar los síntomas de depresión posterior a estar expuestos a situaciones de estrés, ansiedad, violencia física o psicológica. (1)

Los cuadros de depresión no diagnosticados o con un mal tratamiento pueden llegar a desarrollar ideación suicida lo que a su vez puede conducir a intentos de suicidio, se considera que de manera anual se suicidan aproximadamente 700 000 personas y esta a su vez representa la 4 causa de muerte entre la población de 15 a 29 años, esto con las últimas cifras reportadas por la OMS en 2023. En México se registraron 8 837 suicidios, estos representaron 1.1 % del total de muertes registradas. Los suicidios fueron la decimonovena causa de muerte a nivel nacional, con una tasa de 6.8 por cada 100 mil habitantes de acuerdo con lo reportado por el INEGI en 2023, así como demostró que la tasa de suicidio ha ido al alza desde el 2013 pasando de 4.9 a 6.8 suicidios por cada 100 mil habitantes. (2)

Los médicos que desean realizar una especialidad en nuestro país deben de cursar con un periodo formativo conocido como residencia médica, periodo en el cual deben realizar actividades académicas, prácticas y de investigación el cual se realiza en Unidades Médicas Receptoras de Residentes reconocidas como Sede o Subsede, tal como se establecen en los Programas Académico y Operativo. Esto después de realizar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) donde se presentaron 44,859 aspirantes y teniendo únicamente 18,628 plazas disponibles en 2024. (3)

El médico residente se encuentra expuesto a múltiples situaciones de estrés, ansiedad, mal trato por parte de los médicos de mayor rango, así como jornadas de

trabajo extenuantes lo que los hace propensos al desarrollo de síntomas depresivos lo que pudiera llevarlos a presentar ideación suicida.

El trastorno mental que se presenta de mayor manera en las personas a nivel mundial es la depresión. Representa una afección de salud que padecen 264 millones de personas. El estrés que puede generar los estudios universitarios y en mayor medida los relacionados al área de salud se puede asociar a presentar una mayor prevalencia de sintomatología depresiva o trastornos psicológicos, tal como lo explica Albuixech y colaboradores en 2024, en su artículo donde muestran una tasa de índice de depresión del 27% el cual se encontró al realizar una media en diferentes estudios de investigación. Durante el primer año de formación se puede encontrar un mayor índice de depresión. De forma global se describieron situaciones que pueden condicionar a una mayor posibilidad de presentar depresión en los estudiantes de la carrera de medicina tales como acontecimientos de estrés en su núcleo familiar, toxicomanías, ser foráneo o vivir solos, enfermedades preexistentes tales como crónico degenerativos y consumo de drogas entre otras situaciones. (4)

De acuerdo con Razuri y colaboradores en 2020 la incidencia de depresión en los habitantes de Latinoamérica se encuentra en un al 5% y la probabilidad de que una persona pueda padecer un episodio de depresión durante el transcurso de su vida es de un 15-20% teniendo un promedio de vida de 70 años y de los cuales solamente un 10% llegan a tener una valoración por el psiquiatra o algún profesional de la salud relacionado con la salud mental. Debemos de tener en cuenta todas las responsabilidades y actividades que deben realizar los médicos durante el periodo de su residencia medica ya que al incluir temas complejos como pueden ser temas culturales, ideologías, temas de economía o política del lugar donde realizan su formación académica se pueden exponer a situaciones de estrés y presión constante. Durante el curso de la residencia medica los estudiantes están propensos a iniciar con síntomas de depresión, pero además también síntomas de ansiedad, se estima que solo del 50 a 70% son identificados y diagnosticados en sus sedes educativas correspondientes. En cuestión a presencia de trastornos

depresivos de acuerdo con el grado académico se encontró un 87.5% en el primer año de residencia, un 55.5% en el segundo año y un 50% en el tercer año. (5)

Por otra parte no solo la presión de la carrera de medicina se asocia al desgaste psicológico de los médicos residentes tal como lo relata Rodríguez-Aguirre y colaboradores en 2023 en su artículo el síndrome de burnout (SB) fue descrito como un conjunto de síntomas de cansancio emocional, despersonalización y disminución de la sensación de realización personal, este se presenta en mayor medida en personas que dentro de sus actividades laborales deben tratar con otras personas, los médicos son la población con mayor riesgo de desarrollarlo. El estrés que se genera en los médicos residentes por los distintos factores laborales y psicosociales influyen de manera importante en su salud y esto se puede observar en sintomatología de somatización tal como: dolores de espalda, cefalea o migraña, dificultad para dormir, debilidad, artralgias, estómago y problemas psicológicos como ansiedad y principalmente depresión. En México los estudios de investigación señalan que la incidencia del síndrome de burnout es alarmantemente alto, en algunos reportes se ha encontrado un 100% de prevalencia en los hospitales e instituciones educativas sin hacer distinción por el tipo de especialidad médica. Por lo tanto, por el alto agotamiento emocional de los médicos residentes asociado con factores como el estar cursando los primeros años de formación académica, la falta de esparcimiento social y el no realizar ejercicio merece una particular atención para el cuidado de la salud mental. (6)

En el artículo “Depresión e ideación suicida en médicos residentes” publicado en el año 2023 por Fernández Ortega y colaboradores muestra como el médico residente está expuesto a situaciones que pueden condicionar la aparición o exacerbación de síntomas depresivos, desde factores sociodemográficos, pasando por el proceso de selección para ingresar a la residencia médica. Utilizando los datos obtenidos en un metaanálisis con 195 estudios que contiene el total de 129,123 personas de 47 países los cuales se encontraban cursando la carrera de medicina se demostró que en 43 tuvieron un promedio de depresión o síntomas depresivos de 27.2% teniendo un rango de 4.9% a 35.6%. (7)

De la misma manera en un metaanálisis de 24 estudios se encontró con relación a la ideación suicida una prevalencia de síntomas durante las últimas dos semanas

de los últimos 12 meses fue de un 11.1%, con los datos obtenidos en este metaanálisis podemos determinar que hay una incidencia mayor en los alumnos de las facultades de medicina en comparación a lo reportado en la población general correspondiente al mismo grupo de edad. Los médicos que se encuentran realizando una residencia demostraron contar con una mayor incidencia de síntomas depresivos que la población general entre el 20.09% y el 43.2% y que de estos mismos el 31.1% tenían ideas suicidas, lo que propone que es indispensable crear protocolos de detección e intervención oportuna para la atención psiquiátrica de los médicos residentes. (7)

Peña Brindiz y colaboradores en 2023 menciona que la trascendencia de la salud mental durante el curso de una residencia medica en México a sido tratado con poca profundidad demostrado al efectuar una descripción de fuentes como Elsilver, Medline, Pubmed, Scielo Liacs y Revista del IMSS, en las cuales se obtuvieron artículos de depresión en médicos residentes orientados a la especialidad de Medicina Familiar. Reportaron que la depresión afecta entre el 4-9% de las mujeres y al 3% de los hombres, en México corresponde a el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Se observo que la prevalencia de depresión es mayor entre los médicos residentes que en la población general hasta en un 10%. Reportes realizados es unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS encuentran una incidencia de un 25% a 79.6% de depresión encontrando un mayor predominio en los médicos que cursan su segundo año académico. Las repercusiones de la depresión para los médicos residentes que cursan la especialidad de medicina familiar pueden llegar a ser arrasadoras ya que pueden llegar a afectar tanto el ámbito personal y profesional disminuyendo la calidad de vida de los médicos y a su vez afectando el desempeño de la atención que se les da a los pacientes que tratan de manera diaria. (8).

En nuestra unidad Cano y colaboradores en 2024 menciono que padecer algún trastorno mental al momento de realizar una residencia medica puede conllevar repercusiones escolares, profesionales, personales y hasta institucionales que pueden tener un desenlace catastrófico ya que condiciona una disminución en la atención medica que se brinda a los pacientes consecuente a una disminución de desempeño educativo, lo puede hacer propenso a cometer errores en la práctica

medica tales como diagnósticos errados, mal prescripción de medicamentos y en las últimas etapas abandono de la residencia médica, ideación suicida o inclusive la muerte. Realizo un estudio observacional, descriptivo y prospectivo donde realizo encuestas a los médicos residentes que cursan los tres grados académicos de la UMF 45 y en donde se demostró una incidencia de sintomatología depresiva que se asemeja a lo reportado en la literatura existente. (9)

Así mismo Ramos y colaboradores en su artículo “Prevalencia de depresión en Médicos Residentes en la Unidad de Medicina Familiar Núm. 45 de San Luis Potosí” demostraron una prevalencia de depresión en los residentes de esta unidad durante el año 2024 de un 85.7% con índice mínimo, 11.9% con índice leve y 2.4% en índice moderado, con mayor prevalencia en la especialidad de Medicina de Trabajo y Ambiental, si bien no se encontraron niveles de síntomas depresivos que asemejen a lo reportado en otros estudios a nivel nacional o mundial la presencia de síntomas depresivos hace notar la importancia de promover mejores condiciones de salud mental, no solo la documentación de la presencia si no acciones para tratar de manera oportuna a los médicos residentes que se encuentren en riesgo. (10)

De acuerdo con Castro y colaboradores quienes en 2024 mencionaron que la tasa de mortalidad relaciona con el suicidio a nivel mundial fue de 11.4 por 100 mil habitantes. El suicidio se sitúa como la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 y 29 años demostrando que factores como los psicológicos, ambientales, sociales, culturales y biológicos juegan un papel importante en la presencia de este mismo. Después de realizar un estudio transversal donde se buscaron los factores asociados al riesgo e intentos suicidas en estudiantes de carreras de la salud se reportó que el 22.6% de la muestra constituida por 477 estudiantes presentaron un alto riesgo suicida esto evaluado con la escala de Okasha y 3.4% hizo un intento suicida en el año previo. Con los hallazgos de esta investigación se realizó un perfil de características o condiciones que pueden tener una mayor probabilidad de presentar un riesgo suicida alto entre los cuales encontramos: la orientación sexual, reprobación de materias, abandono de la escuela, antecedentes de violencia física, sexual o psicológica primordialmente durante el año anterior, antecedente de cuadros depresivos mayores así como de síntomas de ansiedad y el contar con una mala red de apoyo ya sea de familia o amigos. (11).

Aun con todos estos antecedentes tanto la depresión como el suicidio en los médicos son temas poco estudiados o de los que se habla poco tal como describe Alvarado y colaboradores en 2019 en su artículo titulado “Suicidio de médicos. Una realidad ignorada” donde mencionan que a nivel mundial se ha registrado un aumento en los casos de suicidio en médicos desde estudiantes hasta el post grado lo cual puede ser atribuible con las situaciones que se pueden presentar en los años de la residencia medica como la disminución de actividad física o actividades de recreación, la carga académica, la falta de sueño, los malos hábitos alimenticios pueden traducir en un aumento en el riesgo de salud, que a su vez puede aumentar la prevalencia de sintomatología psicológica o psiquiátrica como pueden ser cuadros de ansiedad, episodios depresivos o ideación suicida esta misma prevalencia es mayor que la reportada en la población general. (12)

Algo alarmante respecto a estos casos es el punto de inicio de los síntomas depresivos los cuales suelen iniciar en los médicos estudiantes hasta en un 27%, en médicos residentes en un 29% y prevalecer hasta médicos en ejercicio de su profesión en un 60%. De la misma manera reporta que hasta el 17.4% de los estudiantes que presentan síntomas de depresión llegan a presentar ideas suicidas durante su primer año de formación. Menciona además una falta de cultura de prevención e intervención oportuna motivo por el cual este tipo de casos debe ser mejor estudiados. (13)

Según lo mencionado por Frutos Pérez en 2025 el suicidio sigue siendo tabú en muchas sociedades actualmente ya sea por el estigma que supone el que una persona haya decidido poner fin a su vida o por alguna enfermedad psiquiátrica que lo condicione a dicha acción. A menudo se propone como una causa de este silencio a la falta de comprensión y conocimiento de la salud mental, esto conlleva a consecuencias negativas no solo para la persona con pensamientos autolesivos sino también para los familiares que pasan por la pérdida de un ser querido. Es importante la creación de entornos de apoyo donde las personas puedan expresar sus emociones con el fin de superar el estigma asociado con el suicidio, así como crear factores protectores contra el suicidio y la creación de comunidades de apoyo. (14)

Sumado a la poca información con la que se cuenta en relación al suicidio y la mayor prevalencia de depresión en los médicos residentes, no se cuenta con un adecuado plan de acción ante estos casos Paz Pérez y colaboradores en 2023 nos hablan que la OMS elaboro una guía para prevenir el suicidio denominado “Live Life” pese a esto los estudios confirman que un 77% de las personas que llegan a cometer suicidio contaron con acercamiento a alguna instancia profesional de atención medica en el año previo y un 45% demostraron acudir a atención medica en el mes previo al suicidio. Al realizar un estudio sobre el grado de conocimiento del riesgo de la conducta suicida a profesionales de atención medica primaria se demostró que el 85.9% no conocen alguna herramienta de detección. Un 78.9% menciona que no se le proporciono la información indicada acerca de la previsión de la ideación suicida y un 81.7% comentaron que no tiene conocimiento alguno sobre algún algoritmo de atención relacionado con el suicidio (15).

Dentro del IMSS se cuenta con “Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes” el cual bajo la justificación de la gran demanda asistencial la cual asociada con las actividades educativas relacionadas con las especialidades médicas tienen una repercusión en la salud mental de los médicos residentes, esto se puede observar en la presencia de síntomas que pueden iniciar con una disminución en el estado de animo, perdida del interés en actividades extracurriculares y que pueden escalar hasta el desarrollo de trastornos emocionales o psiquiátricos especialmente en los médicos con factores de riesgo para el desarrollo de estos mismos. Ante la presencia de suicidio en la población medica algunos países han creado programas de atención y prevención. Se cuenta con la primera clínica de salud mental para médicos residentes de un hospital de alta especialidad en México, cuyo objetivo principal es la prevención del suicidio y el tratamiento oportuno de la depresión, además de otorgar tratamiento a trastornos psiquiátricos y promoción de la salud mental. Contrario con lo reportado en otros países donde muestran una baja incidencia de respuesta, se ha logrado una participación mayor a 95%, donde se otorga el tratamiento necesario y se da un seguimiento oportuno a los médicos residentes con situación de riesgo, y no se han presentado suicidios consumados. Lamentablemente este programa solo se encuentra activo en el Centro Médico

Nacional La Raza (HECMR) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por lo que es de suma importancia realizar protocolos de atención en todas las unidades médicas que tengan el programa de residencias médicas. (16)

Depresión

La depresión se clasifica como un trastorno del estado de ánimo, y se distingue principalmente por la presencia de un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en actividades casi todos los días, durante al menos dos semanas consecutivas. Se debe caracterizar por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas Estado de ánimo deprimido (puede sentirse triste, vacía o desesperanzada, o puede ser observado por otros como lloroso), Pérdida de interés o placer (mostrar una disminución del interés en actividades que antes disfrutaba o una incapacidad para experimentar placer), pueden incluir fatiga, cambios en el sueño o apetito, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa o inutilidad, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. (17)

Suicidio

Se define al suicidio como la muerte causada por una acción perjudicial, autodirigida con la intención de morir. El intento de suicidio se entiende como un comportamiento no mortal, autodirigido y potencialmente perjudicial con la intención de morir. Y la ideación suicida se considera como el hecho de pensar, considerar o planificar el suicidio. (18)

El riesgo suicida se refiere a aquellos determinantes personales, familiares y sociales que aumentan la probabilidad de suicidio para esa persona en ese momento específico. (19)

Inventario de Depresión de Beck (BDI), desarrollado por Beck y sus colaboradores en 1961, ha mostrado ser un instrumento adecuado para evaluar la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica. (20)

La última versión del BDI en su segunda edición (BDI-II) es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems, instrumento diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva; es una escala auto aplicable y consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta (0 a 3 puntos). En el BDI-II, cuatro

ítems (pérdida de peso, cambio de imagen corporal, preocupación somática y dificultad para trabajar) fueron reemplazados por agitación, desvalorización, dificultad de concentración y pérdida de energía, con el objetivo de identificar síntomas típicos de la depresión severa o de depresión que requiere hospitalización, con un coeficiente alfa de Cronbach de .93 (20)

La Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Cuenta con 19 ítems que debe ser cumplimentada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semiestructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a: Actitud hacia la vida/muerte, Pensamientos o deseos suicidas, Proyecto de intento de suicidio, Realización del intento proyectado. (21)

Se muestra que por cada suicidio hay muchas más tentativas de suicidio anuales que no son registradas, por lo que es importante considerar que un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante, pues un tercio de las personas con ideación suicida pasan al intento por cada suicidio consumado hay aproximadamente entre 13 a 20 personas que lo intentan (22)

Posterior a la detección de posibles casos de depresión el diagnóstico debe ser confirmado mediante entrevista clínica y exploración médica, cumpliendo además los criterios diagnósticos del CIE-10 o del DSM-5. (23)

El tratamiento de la depresión tiene dos partes, una siendo la terapia cognitivo conductual y terapia interpersonal. La parte del tratamiento farmacológico comprende el uso de Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina por tener el mejor riesgo/beneficio por un tiempo recomendado mínimo de 6 a 12 meses, ambas partes se complementa para tener un tratamiento integral. (24)

En relación con el riesgo suicida se recomienda en caso de encontrarlo en cualquiera de sus grados los pasos y recomendaciones que se estipulan en el Manual de procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida y en la Guía de prevención del suicidio 2022. (24,25)

JUSTIFICACION

Cada año se vuelve más frecuente encontrar la presencia de síntomas depresivos en las personas esto relacionado a múltiples factores tanto ambientales como laborales y personales, tales síntomas pueden condicionar el desarrollo de un trastorno depresivo que puede afectar la calidad de vida de la persona y el rendimiento escolar y laboral. Como consecuencia de la alta prevalencia de depresión en las personas y más aún si se trata de casos no diagnosticados o mal tratados puede llevar a la aparición de ideación suicida lo que puede culminar en un intento de suicidio. Los médicos residentes tienen mayor prevalencia de este tipo de síntomas y se encuentran expuestos a grandes cantidades de estrés, ansiedad y situaciones que pueden condicionar la exacerbación de estos casos.

Realizar tamizajes de rutina pudiera ayudar a minimizar el impacto negativo de estos síntomas, así como una derivación oportuna lo que se traduciría a una mejor calidad de vida para las personas y un desarrollo profesional óptimo, así como asegurar una atención médica por parte de los médicos residentes de alta calidad.

Este estudio de investigación el cual se aplicará durante el transcurso del año escolar 2025-2026 en la Unidad de Medicina Familiar No 45 en San Luis Potosí podrá ayudar a crear protocolos de atención para los médicos residentes enfocados en la prevención y detección de síntomas de depresión e ideación suicida, así como abrir la puerta a otras futuras investigaciones complementando el abordaje más adecuado a la problemática que año con año va en aumento.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se considera que la depresión es un trastorno psiquiátrico que podemos encontrar de manera común en la población en general sin embargo este mismo puede causar síntomas graves que pueden afectar la calidad de vida de quienes la padecen ya que causa alteración en actividades cotidianas como el comer, estudiar, trabajar así como provocar sensación de desesperanza en la vida. (18) En México, la depresión afecta a 3.6 millones de adultos, según datos de la Secretaría de Salud. La prevalencia de síntomas depresivos en adultos de 20 años o más es de 17.714% en 2018-19 y 16.1% en 2021. La mayor prevalencia se observa en mujeres que en hombres. (26). De acuerdo con la encuesta nacional de bienestar autorreportado en 2023 reporta que las cifras de prevalencia de depresión ascienden a un 15.4% y que el 8.5% de los años perdidos por enfermedad son debido a este trastorno (7) El suicidio ha aumentado en su incidencia en los últimos años, durante el 2023 represento 1.1% de las muertes registradas en el país, además presento un incremento del 2.5% en su aparición. (2)

De acuerdo con lo descrito en la Teoría Interpersonal-Psicológica del Suicidio donde recalca que estos se pueden desarrollar con la exposición repetida a eventos dolorosos que reafirmen la carga percibida y la falta de pertenencia, mismos eventos a los que el médico residente vive durante su formación. Así mismo no solo se expone al desarrollo de síntomas depresivos también se ha reportado la aparición de síntomas de ansiedad, estrés y síndrome de burnout hasta en un 63%. (7)

Se puede definir una residencia médica a las actividades académicas, actividades hospitalarias, realización de guardias médicas, realización de investigación clínica y demás requisitos que se estipulan en los protocolos académicos de cada una de las Unidades Médicas Receptoras de Residentes. (27)

De igual manera durante este periodo formativo se observa una alta demanda de desempeño académico, personal, autoevaluación y de actualización continua, donde además el médico residente se encuentra expuesto a situaciones que causan gran impacto emocional y situaciones estresantes que poco a poco van deteriorando el círculo social de médico aunado al poco tiempo que el médico le puede dedicar a actividades de esparcimiento se puede asociar al desarrollo de depresión (8)

Respecto a los factores sociodemográficos se ha demostrado que los médicos menores de 35 años, en unión libre y sin hijos tienen mayor prevalencia de abuso o dependencia de alcohol y el riesgo de suicidio es diferente de acuerdo con la ocupación siendo mayor en médicos, el consumo de tabaco se relaciona con una mayor presentación de depresión o ansiedad en comparación con aquellos que no las presentaban (31% vs 19% respectivamente) en los médicos residentes. (20).

De acuerdo con las directrices de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, es fundamental implementar y evaluar acciones concretas para reducir la incidencia de depresión, adicciones y suicidio entre los grupos más vulnerables. Para lograrlo, es necesario impulsar intervenciones preventivas, como talleres especializados y programas de capacitación en habilidades para prevenir y tratar estos importantes problemas de salud pública. (28)

Es crítico el iniciar el desarrollo de estrategias en nuestra comunidad médica para promover una adecuada salud mental durante el proceso de la residencia medica con el fin de preservar el bienestar de cada uno de los médicos que día a día se ven expuestos a todas estas situaciones previamente mencionadas y así tener médicos de calidad que puedan otorgar una adecuada atención. Este protocolo de investigación ayudara a encontrar aquellas personas que necesiten atención inmediata, así como los que se encuentran en mayor riesgo de poder desarrollar síntomas depresivos mayores e ideaciones suicidas, así como aportar información y estadística de la situación actual de los médicos residentes en el estado de San Luis Potosí ya que se tienen pocos registros de esta problemática.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el índice de depresión y riesgo suicida en médicos residentes de la Unidad Medico Familiar No. 45 de San Luis Potosí?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el índice de depresión y el riesgo suicida en médicos residentes de las especialidades de Medicina Familiar y Salud en el Trabajo adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social en San Luis Potosí.

Objetivos específicos

- Identificar el índice de depresión en médicos residentes mediante instrumentos validados como la Escala de Depresión de Beck o PHQ-9.
- Estimar el riesgo suicida utilizando herramientas como la Escala de Ideación Suicida de Beck.

Objetivos Secundarios

- Determinar la relación entre factores sociodemográficos, académicos y personales
- Determinar en cual especialidad se encuentra el mayor índice de depresión
- Determinar en cual especialidad se encuentra el mayor número de riesgo suicida

Hipótesis de trabajo

Por las características del estudio de investigación no se requiera la formulación de hipótesis.

MATERIAL Y METODOS

Diseño y tipo de la investigación

De acuerdo con el nivel de la intervención se considera este estudio como observacional, por la temporalidad del objeto de estudio se considera prospectivo. Al contar con una sola medición se clasificará como transversal.

Población, lugar y tiempo de estudio

Población: Médicos residentes de los tres grados que cursen las especialidades de Medicina Familiar y Medicina del Trabajo y Ambiental de la Unidad de Medicina Familiar número 45 del año académico 2025-2026.

Lugar. Unidad de Medicina Familiar No. 45, ubicada en Av. Dr. Salvador Nava Martínez 105, Capricornio, 78399 San Luis, S.L.P.

Tiempo de estudio. Utilizando las encuestas “cuestionario de Depresión de Beck II Y Escala de Ideación Suicida de Beck se realizara las mediciones a los médicos residentes.

Cálculo del tamaño de la muestra

Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La población de estudio quedará constituida por 45 residentes de ambas especialidades en Medicina Familiar y Salud del Trabajo y Ambiental con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 45, en San Luis Potosí debido a que será un muestro por conveniencia.

Instrumento de recolección de datos

El proceso iniciará con la entrega por parte del aplicador del formulario de consentimiento informado y la ficha de identificación. Estos documentos se utilizarán para recopilar información como la edad, sexo, especialidad médica, grado académico, estado civil, lugar de origen, antecedente de padecimiento médico, consumo de medicamentos actualmente y consumo de sustancias psicoactivas.

Una vez completada esta fase, se procederá a administrar el Inventario de Depresión de Beck II (BDI) con el fin de evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva dentro del grupo en estudio. La versión utilizada será la

segunda edición del BDI (BDI-II), la cual cuenta con un coeficiente alfa de Cronbach de .93. Este instrumento de autoevaluación consta de 21 ítems, cada uno con cuatro opciones de respuesta (de 0 a 3 puntos). Los resultados se interpretan de la siguiente manera: de 0 a 13 puntos se considera mínimo, de 14 a 19 puntos leve, de 20 a 28 puntos moderado y de 29 a 63 puntos grave. El tiempo estimado para completar este inventario es de hasta 10 minutos.

Así como también la aplicación de la Escala de Ideación Suicida, de Beck en su versión de auto aplicación la cual consta de 19 ítems con una puntuación de 0-2 en cada uno de los ítems teniendo como puntuación final la suma de los primeros 19 ítems la cual será el resultado total de la escala. El rango de la puntuación total es de 0-38. El resultado de una puntuación igual o mayor que 1 se considerara como riesgo de suicidio, entre una mayor puntuación se considerara un mayor riesgo de suicidio. Esta escala cuenta con coeficiente alfa de Cronbach de 0.89 y una fiabilidad inter examinador de 0.83.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del IMSS en San Luis Potosí, los cuales estén adscritos a alguna de las residencias medicas de medicina familiar o de medicina del trabajo y ambiental que además acepten formar parte del estudio.
- Consentimiento informado firmado de aceptación
- Médicos Residentes que ya cuenten con diagnóstico de depresión y se encuentren en tratamiento

Criterios de exclusión

- Médicos residentes quienes durante la aplicación de los instrumentos de evaluación estén incapacitados o en alguna rotación de campo.
- Médicos residentes que se encuentren rotando en la UMF 45 que no pertenezcan a las especialidades de Medicina Familiar y Salud en el Trabajo

Criterios de eliminación

- Residentes que soliciten retirarse del estudio.
- Cuestionarios mal llenados.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variables de Interés: Depresión, Riesgo suicida, Médico Residente

Variable de Categorización: Edad, sexo, estado civil, especialidad médica, lugar de procedencia, estado civil, padecimiento médico, consumo de fármacos, consumo de sustancias psicoactivas

CUADRO DE VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorización	Escala de medición	Fuente de información
Depresión	Dependiente	Enfermedad relacionada con la salud mental donde se presentan de manera principal sensación de tristeza persistente, disminución en el interés para realizar actividades gratificantes. Acompañado de alteraciones del sueño y apetito.	Grado de severidad de los síntomas depresivos según criterios clínicos y escalas de evaluación psicométrica.	1. Mínima 2. Leve 3. Moderada 4. Severa	Cualitativa	Cuestionario de Beck-II
Riesgo suicida	Dependiente	Probabilidad de que una persona cometa un acto en contra de su vida en un determinado lapso.	Presencia de síntomas que pueden condicionar a la aparición de suicidio	La presencia de 1 punto se califica como presencia de riesgo suicida	Cuantitativa	Escala de Ideación Suicida, de Beck
Médico Residente	Independiente	Médico titulado que se encuentra realizando una especialidad medica	Médico general titulado quien se encuentra estudiando para la obtención de una especialidad medica	1. Medicina Familiar 2. Medicina del Trabajo y Ambiental	Cualitativa	Hoja de recolección de datos
Edad	Categórica	Tiempo transcurrido desde el momento de nacimiento de un ser vivo hasta la fecha actual.	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada	Años	Cuantitativa	Hoja de recolección de datos

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Categorización	Escala de medición	Fuente de información
Sexo	Categorica	Características biológicas y fisiológicas que definen a los seres humanos	Condición biológica que distingue la especie humana en macho o hembra	1. Femenino 2. Masculino	Cualitativas	Hoja de recolección de datos
Estado civil	Categorica	Situación jurídica y legal en la que se encuentra la persona en este momento.	Condición que define la situación legal entre dos personas	1. Soltero 2. Casado (a) 3. Viudo (a) 4. Unión libre 5. Divorciado(a) 6. Separado	Cualitativa Nominal	Hoja de recolección de datos
Grado académico	Categórica	Niveles de preparación profesional	Año de la especialidad que cursa actualmente.	1. Primaria 2. Secundaria 3. Bachillerato 4. Licenciatura 5. Otro: _____	Cualitativa	Hoja de recolección de datos
Lugar de procedencia	Categorica	Lugar determinado donde habita una persona la mayoría de su tiempo	Ciudad o lugar de origen del médico residente.	1. Local 2. Foráneo	Cualitativa	Hoja de recolección de datos
No. De Hijos	Categorica	Número de hijos biológicos	Numero de hijos vivos que tenga el participante al momento del estudio	1. Cantidad de hijos 2. No	Cualitativa	Hoja de recolección de datos
Toxicomanias	Categorica	Hábito patológico de intoxicarse con sustancias que procuran sensaciones agradables o que suprimen el dolor.	Es el consumo de tabaco, alcohol o alguna droga	1. Si 2. No	Cualitativa	Hoja de recolección de datos

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTOS

1. Se diseñó el protocolo de investigación por parte del Médico Residente contando con el apoyo de asesores clínicos, estadísticos y metodológicos.
2. Una vez concluido con el diseño del protocolo y la recolección de referencias bibliográficas para su sustento se pidió la autorización por el Comité Local de Investigación en Salud y por el Comité de Ética una vez contando con la autorización y aprobación se inició con la elaboración del estudio.
3. Antes de la aplicación de las herramientas de recolección de datos se solicitó autorización de los participantes por medio del consentimiento informado el cual una vez leído y firmado de aceptado se otorgó una encuesta y el cuestionario de depresión de Beck II y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los participantes fueron evaluados en una sola ocasión.
4. De manera complementaria a la puntuación de riesgo suicida e índice de depresión se recabaron datos demográficos como la edad, el sexo, el estado civil, lugar de procedencia, padecimiento médico, uso de medicamentos y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco o algún tipo de droga.
5. Al término de la recolección de todos los datos se realizó un análisis estadístico utilizando herramientas adecuadas para cada tipo de variable. Se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones de depresión, el nivel de riesgo suicida, así como de las variables demográficas.

Se garantizará la confidencialidad de la información recolectada y se obtendrá el consentimiento informado de todos los participantes. El estudio se llevará a cabo respetando los principios éticos y normativas legales aplicables a la investigación con seres humanos. Los resultados obtenidos se utilizarán con el fin de analizar el impacto de la salud mental en los médicos residentes de la unidad de Medicina Familiar número 45 en San Luis Potosí.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- Análisis descriptivo:

Se calculo la prevalencia del índice de depresión, así como la presencia de índice de depresión en los médicos residentes utilizando media mediana y moda, así como frecuencias absolutas y frecuencias relativas

ASPECTOS ÉTICOS

Principios Internacionales

Este estudio de investigación descriptivo utilizará instrumentos de recolección de datos con el fin de analizará la información relacionada al índice de depresión y la presencia de riesgo suicida en los residentes de los tres grados de las especialidades de Medicina Familiar y Medicina del Trabajo y Ambiental de la Unidad de Medicina Familiar número 45 del año académico 2025-2026 por lo tanto no se realizará ninguna intervención o manipulación. Todo esto adecuado a los principios de la declaración de Helsinki. Además, se contará con el uso del consentimiento informado donde se informaran de los temas involucrados en el estudio de investigación con lo cual cada persona tendrá a disposición toda la información correspondiente al estudio y de esa manera podrán dar su consentimiento para la participación en el mismo. (30)

Principios Nacionales

De acuerdo con lo establecido en el reglamento de la ley general de salud en materia de la investigación en salud, según lo estipulado en el artículo 17 se trata de un estudio con riesgo mínimo debido a que únicamente se aplicarán cuestionarios sin embargo algunas de las preguntas contenidas en ambos cuestionarios pudieran generar incomodidad o tocar temas sensibles para los participantes por eso la consideración de este grado de riesgo, se realizara una base de datos con los resultados obtenidos los cuales solo serán utilizados en el presente estudio, por lo que no se realizarán modificaciones a la morfología del paciente ni a sus constantes fisiológicas, ni a sus genes, no habrá recolección de muestras sanguíneas, ni necesidad de procesar ADN o material genético. La estructura del consentimiento informado seguirá lo estipulado en el artículo 20, 21 y 22 así como se verificará su aplicación correcta. (31)

La presente investigación se apega los principios bioéticos que es la autonomía donde se considera que todos los participantes tendrán la libertad de decidir participar en dicho estudio respetando siempre sus creencias personales. La justicia al mostrar a todos los seres humanos como iguales, sin distinción o discriminación los cuales cuentan con derechos que hacen en cada intervención sanitaria, demostrando de esta manera que nunca se harán distinciones ante ninguna situación en la que nos podamos encontrar. (31)

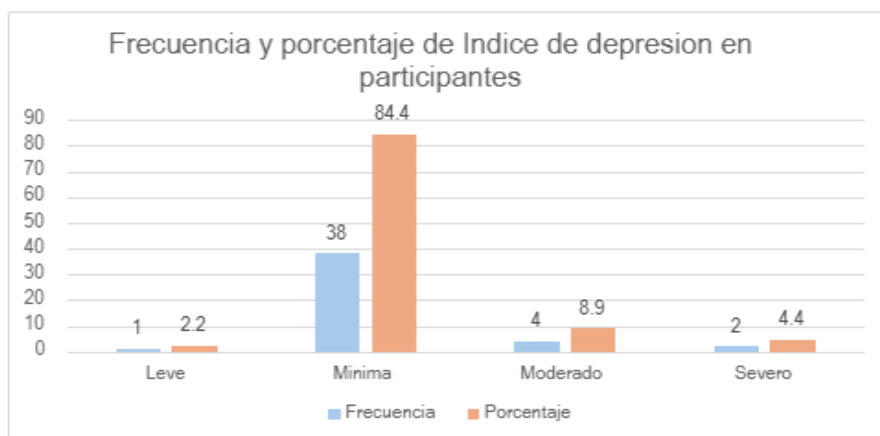
La no maleficencia se trata del principio básico de todo sistema moral donde queda constatado que el presente estudio no busca perjudicar ni dañar a ninguno de los participantes, respetando siempre sus decisiones ante el abordaje de temas sensibles. Y la beneficencia es el pilar en el que debemos basar nuestra actividad medica diaria, ya que debemos buscar siempre buscar la promoción al bienestar de los pacientes evitando siempre su posible daño. Teniendo siempre en cuenta la relación entre los beneficios y los posibles riesgos que se pueden presentar en cada intervención realizada. (31)

RESULTADOS

Durante la realización del presente estudio se estudió a 45 médicos residentes en los distintos grados académicos de las especialidades de Medicina familiar y Medicina del Trabajo y Ambiental los cuales pertenecían a la Unidad de Medicina Familiar No. 45, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación con los resultados obtenidos acerca del índice de depresión en la población estudiada se encontró que de los 45 participantes 38 (84.4%) se encontró con síntomas mínimos de depresión, 1 (2.2%) con síntomas leves, 4 (8.9%) con síntomas moderados y 2 (4.4%) con síntomas graves. (Grafica 1). En la distribución de estos resultados por genero las mujeres 27 (60%) se encontraron con 21 (46%) con síntomas mínimos, 1 (2.2%) con síntomas leves, 3 (6.6%) con síntomas moderados y 2 (4.4%) correspondían a síntomas severos, dentro de estos resultados 16 participantes (35.5%) pertenecían a la especialidad de Medicina Familiar y 11 (24.4%) a Medicina del Trabajo y Ambiental. Se encontró que en los hombres 18 (40%), 17 (37.7%) presentaban síntomas mínimos y 1 (2.2%) síntomas moderados, no se encontraron participantes con síntomas leves o severos, de estos mismos 10 (22.2%) pertenecían a Medicina Familiar y 8 (17.7%) a Medicina del Trabajo y Ambiental (Cuadro 1 y 2).

Grafica 1 (Frecuencia y porcentaje de índice de depresión en participantes)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N= 45

Cuadro 1 (Distribución de índice de depresión por sexo)

Distribución por Sexo		
Síntomas	Hombres	Mujeres
Mínimo	17	21
Leve	0	1
Moderado	1	3
Severo	0	2

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Cuadro 2 (Distribución de índice de depresión por especialidad médica y Sexo)

Distribución de índice de depresión por especialidad medica				
	Medicina Familiar		Medicina del Trabajo y Ambiental	
Síntomas	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Mínimo	9	11	8	10
Leve	0	1	0	0
Moderado	1	2	0	1
Severo	0	2	0	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

De acuerdo con los datos de presencia índice de depresión distribuidos por grado académico de los participantes se encontró que los R1 se encontraron 8 (17.7%) con síntomas mínimos, 2 (4.4%) con síntomas moderados y no se encontraron síntomas leves o severos. Los R2 presentaron 15 (33.3%) síntomas mínimos, 1 (2.2%) síntomas leves, 1 (2.2%) síntomas moderados y 2 (4.4%) síntomas severos. En cuanto a los R3 15 (33.3%) presentaron síntomas mínimos, 1 (2.2%) síntomas moderados sin encontrar síntomas leves o moderados en este grado académico (Cuadro 3).

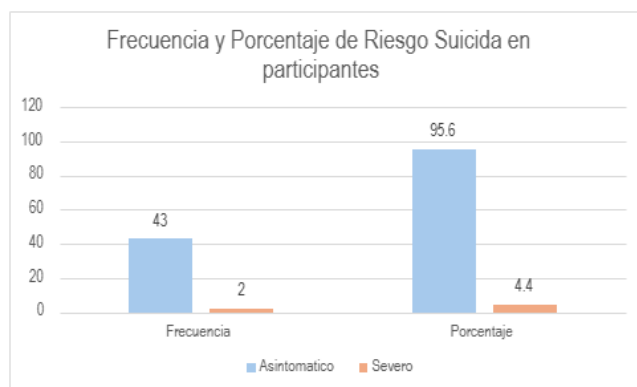
Cuadro 3 (Distribución de índice de depresión por grado académico en los participantes).

Distribución de índice de depresión por grado académico en los participantes.			
Síntomas	R1	R2	R3
Mínimo	8	15	15
Leve	0	1	0
Moderado	2	1	1
Severo	0	2	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Referente al riesgo suicida se encontró que 43 (95.6%) participantes obtuvieron un riesgo nulo o asintomático mientras que 2 (4.4%) presento un riesgo severo. (Grafica 2). En las participantes mujeres se encontró que 25 (55.5%) se encontraban asintomáticas y 2 (4.4%) presentaban riesgo severo, mientras que en los hombres los 18 (40%) participantes se encontraban asintomáticos. (Cuadro 4).

Grafica 2 (Riesgo suicida en participantes)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Cuadro 4 (Distribución de riesgo suicida por sexo)

Distribución de riesgo suicida por sexo		
Riesgo	Hombre	Mujer
Asintomático	18	25
Leve	0	0
Moderado	0	0
Severo	0	2

Fuente: Base de datos. N=45

Relacionando estos resultados con la distribución por especialidad médica se encuentra que Medicina Familiar presenta 24 (53.3%) asintomáticos y 2 (4.4%) con riesgo severo, mientras que Medicina del Trabajo y Ambiental contaban con 19 (42.2%) participantes asintomáticos. En la distribución por grado académico de los participantes en los R1 se encontraron 10 (22.2%) asintomáticos, sin reporte de riesgo leve, moderado o severo, en los R2 17 (37.7%) se reportaron asintomáticos, 2 (4.4%) con riesgo severo, sin presencia de riesgo leve o moderado y en los R3 se presentaron 18 (40%) asintomáticos, sin presencia de riesgo leve, moderado o severo (Cuadro 5 y 6).

Cuadro 5 (Distribución de riesgo suicida por especialidad médica de los participantes)

Distribución de riesgo suicida por especialidad médica de los participantes		
Riesgo	Medicina Familiar	Medicina del Trabajo y Ambiental
Asintomático	24	19
Leve	0	0
Moderado	0	0
Severo	2	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

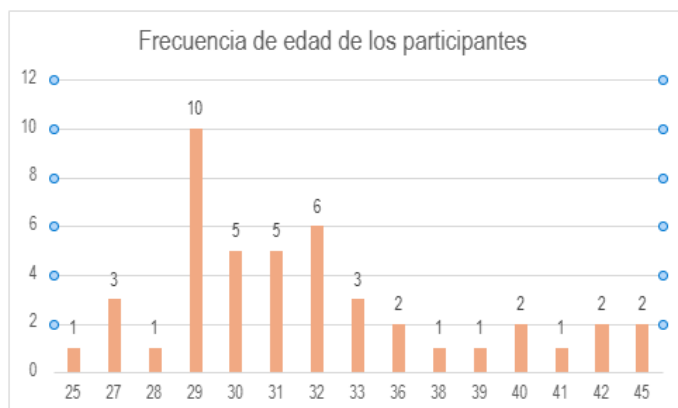
Cuadro 6 (Distribución de riesgo suicida por grado académico de los participantes)

Distribución de riesgo suicida por grado académico de los participantes			
Síntomas	R1	R2	R3
Asintomático	10	17	16
Leve	0	0	0
Moderado	0	0	0
Severo	0	2	0

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Siguiendo con las características demográficas de la población en estudio se encontró que el rango de edad mínimo fue de 25 años y el promedio máximo de 45 años con un promedio de edad fue de 32.5 años, la mediana de edad se reportó de 31 años, la moda en 29 años con una desviación estándar de 4.9. (Grafica 3 y cuadro 7).

Grafica 3 (Frecuencia de edad de los participantes)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

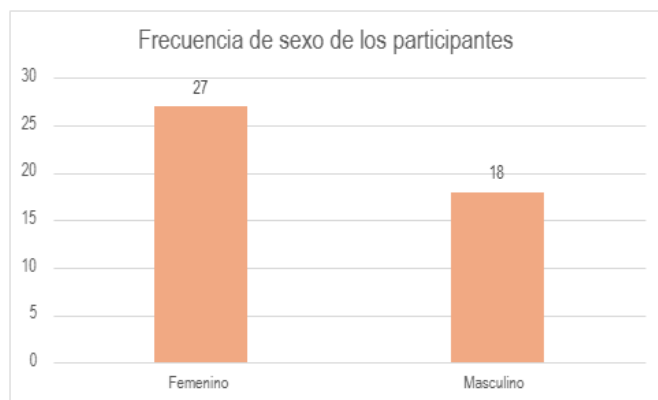
Cuadro 7 (Distribución de edad en participantes)

Distribución de edad en participantes	
Rango	
Promedio	32.5
Mediana	31
Moda	29
Desviación Estándar	4.9
Rango de edad mayor	45
Rango de edad Menor	25

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

La distribución por sexo correspondió a 27 (60%) mujeres y 18 (40%) a hombres. (Grafica 4).

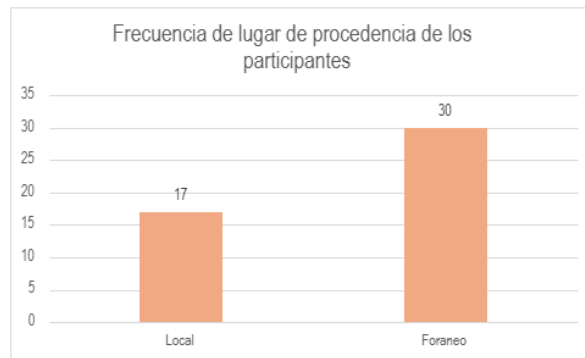
Grafica 4 (Distribución de los participantes por sexo)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

De acuerdo con su lugar de procedencia se encontró que 30 (66.6%) eran foráneos y 17 (37.7%) son locales. (Grafica 5).

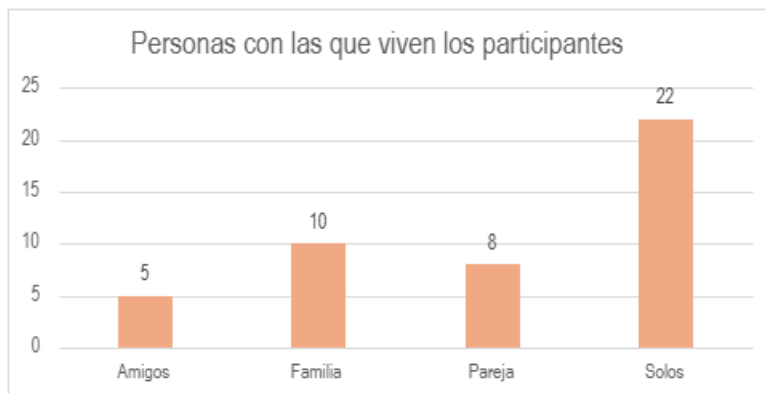
Grafica 5 (Distribución por lugar de procedencia de los participantes)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Además, se encontró que 10 (22.2%) viven con su familia (padres, abuelos, etc...), 22 (48.9%) viven solos, 8 (17.8%) con sus parejas (esposo, esposa o unión libre) y 5 (11.1%) viven con amigos. (Grafica 6).

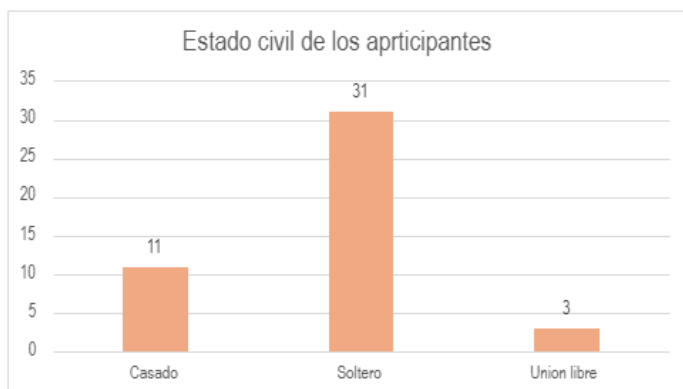
Grafica 6 (Distribución de las personas con quienes viven los participantes)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

En relación con el estado civil de los participantes 11 (24.4%) son casados, 31 (68.9%) solteros y 3 (6.7%) se encuentran en unión libre. (Grafica 7).

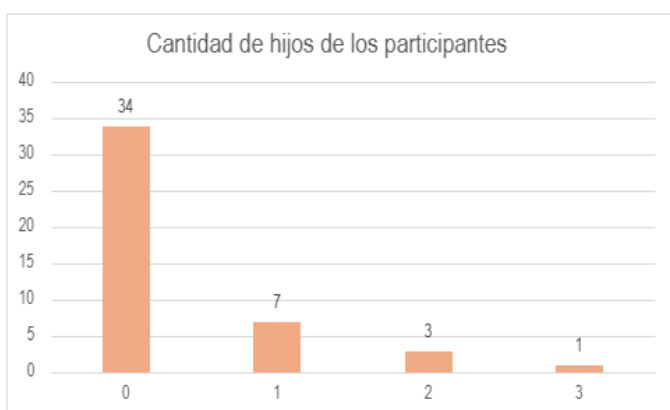
Grafica 7 (Distribución de estado civil de los participantes).



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

De los participantes en este estudio de investigación 34 (75.6%) no tienen hijos, mientras que 7 (15.6%) cuentan con 1 hijo, 3 (6.7%) 2 hijos y 1 (2.2%) cuenta con 3 hijos. (Grafica 8).

Grafica 8 (Distribución de número de hijos en los participantes).



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

De acuerdo con la distribución por especialidad médica encontramos a 19 (42.2%) de los participantes que corresponden a la especialidad de Medicina del Trabajo y Ambiental y 24 (57.8%) a los residentes de Medicina Familiar. (Grafica 9). En cuanto al grado académico de cada especialidad en Medicina Familiar se cuenta con 8 (17.7%) R1 de los cuales 5 (11.11%) son hombres y 3 (6.6%) son mujeres, 9 (20%) son los

correspondientes a los R2 donde 1 (2.2%) es hombre y 8 (17.7%) son mujeres, de los R3 encontramos 10 (22.2%) que corresponden a 4 (8.8%) hombres y 6 (13.3%) a mujeres, en Medicina del Trabajo y Ambiental se cuenta con 2 (4.4%) R1, 1 (2.2%) hombre y 1 (2.2%) mujer, los R2 cuentan con 10 (22.2%) donde 3 (6.6%) representan a los hombres y 7 (15.5%) a las mujeres y los R3 7 (15.5%) se distribuyen en 4 (8.8%) hombres y 3 (6.6%) mujeres. (Cuadro 8).

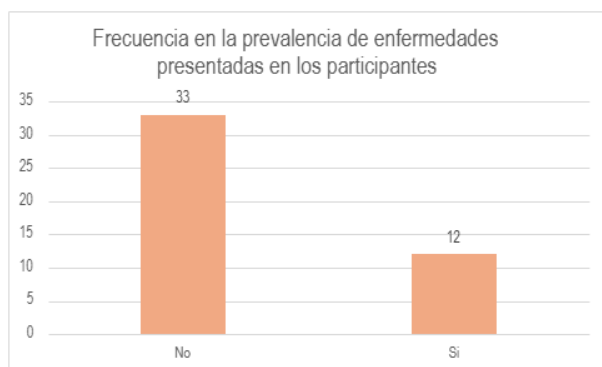
Cuadro 8 (Distribución por grado académico, sexo y especialidad)

Distribución por grado académico, sexo y especialidad				
Grado	Medicina Familiar		Medicina del Trabajo y Ambiental	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
R1	5	3	1	1
R2	1	8	3	7
R3	4	6	4	3

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

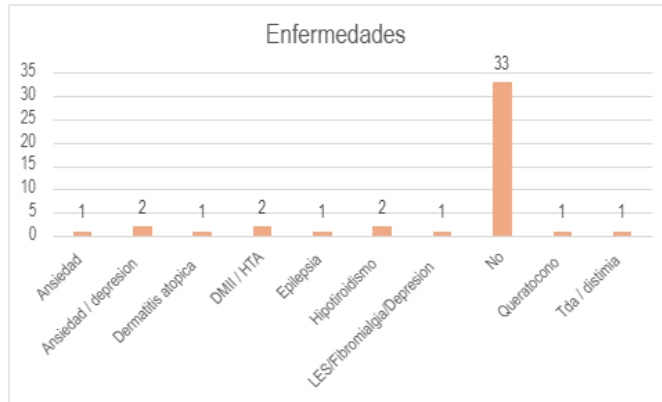
Del total de participantes, 12 (26.6%) presentaban enfermedades ya diagnosticadas de los cuales 5 (11.11%) hacían referencia a enfermedades relacionadas con la salud mental. Otras enfermedades reportadas fueron diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial 2 (4.4%), dermatitis atópica 1 (2.2%), Epilepsia 1 (2.2%), Hipotiroidismo (4.4%), Lupus Eritematoso/Fibromialgia 1 (2.2%), Queratocono 1 (2.2%). (Grafica 9 y 10). Correspondiente al consumo de fármacos se encontró que 10 (22.2%) contaban con un tratamiento establecido y de estos 5 (11.11%) tenían tratamiento con antidepresivos, mientras que 35 (77.77%) no reportaron consumo de fármacos. (Cuadro 9 y grafica 11).

Grafica 9 (Prevalencia de enfermedades en los participantes)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Grafica 10 (Distribución de enfermedades presentadas por los participantes)



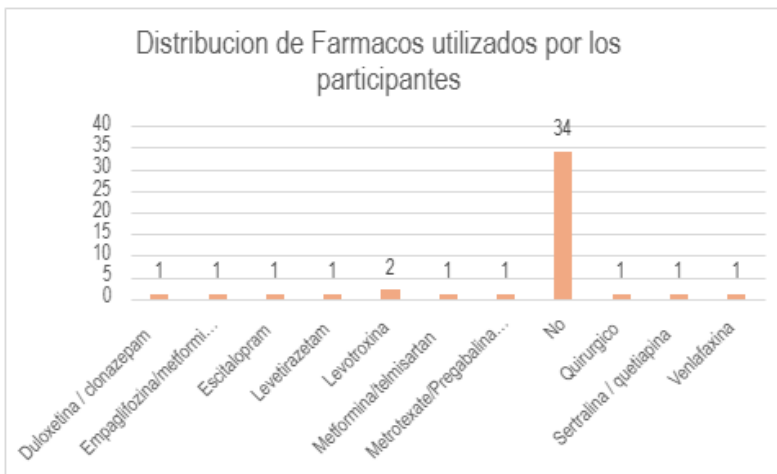
Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Cuadro 9 (Prevalencia de toma de fármacos en los participantes)

Prevalencia de toma de fármacos en los participantes		
	Si	No
Toma de Fármacos	10	35

Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Grafica 11 (Distribución de tratamiento utilizado por los participantes)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

En cuanto al consumo de sustancias nocivas 26 (57.8%) de los participantes refirieron consumo de bebidas alcohólicas con una frecuencia de consumo de 1 vez por mes en 9 (20%), 2 veces por mes 11 (24.4%), 3 veces por mes 1 (2.2%), 4 veces por mes 4 (8.9%) y 8 veces por mes 1 (2.2%), mientras que 19 (42.2%) niega cualquier consumo de bebidas alcohólicas o alguna sustancia nociva. (Grafica 12 y 13).

Grafica 12 (Prevalencia en el consumo de bebidas alcohólicas)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Grafica 13 (Prevalencia en la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas)



Fuente: Instrumento de recolección de datos. N=45

Discusión

Como objetivo principal del presente estudio se tenía el determinar el índice de depresión y el riesgo suicida de los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45. Los resultados obtenidos del estudio de 45 médicos residentes nos pueden ayudar a orientar medidas de cuidado y promoción hacia la salud mental.

En relación con los resultados obtenidos de la prevalencia del índice de depresión se encontró que se presenta una prevalencia del 84.4% de nivel mínimo, 2.2% de nivel leve, 8.9% en nivel moderado y 4.4% en nivel severo, estos resultados nos muestran que el 15.6% presentan un grado de sintomatología depresiva elevada que pudiera requerir seguimiento por especialidad médica o inicio de tratamiento en caso de no contar con uno ya establecido. Se reporta que las mujeres son las que mayor índice presentaron al tener un 6.6% de índice moderado y 4.4% de índice severo. Además, la especialidad de Medicina Familiar fue en la que se encontró la mayor prevalencia de índice depresivo significativo que va desde leve hasta severo con un 13.3%.

En comparativa con lo reportado en esta misma unidad por Ramos y colaboradores, la prevalencia de índice mínimo es casi similar (85.7%) mientras que se encuentran diferencias significativas en los niveles leve (11.9%) y moderado (2.4%) así mismo en su estudio de investigación no se encontró índice severo por lo que comparando ambos estudios se observa una elevación significativa en la prevalencia del índice de depresión. La prevalencia de sintomatología de depresión puede diferir en lo reportado por Albuixech y colaboradores en su estudio de revisión sistemática donde la prevalencia de sintomatología depresiva se reportó en un 27%. Esto mismo podemos observarlo en el estudio de Fernández – Ortega y colaboradores donde en su metaanálisis de 195 estudios de investigación donde se obtuvieron resultados de 129,123 personas de 47 países en los cuales se realizó una búsqueda de índice de depresión en médicos residentes de especialidades médicas donde la prevalencia fue del 27.2%. Al comparar estos resultados podemos determinar que el índice de depresión en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 está por debajo de lo reportado en los médicos residentes en literaturas existentes, sin embargo, es importante mencionar que el índice está por encima de lo reportado en la población general a nivel mundial lo que hace notar el riesgo en el que se encuentran.

En lo que respecta al riesgo suicida este estudio muestra que el 95.6% de la población estudiada se encontraban asintomáticos o con un riesgo nulo y 4.4% presentaron riesgo severo. Es importante mencionar que el 100% de los casos con riesgo severo eran mujeres y la especialidad que mostro mayor riesgo fue Medicina Familiar.

Si comparamos estos resultados con los que obtuvo Castro y colaboradores en 2024 donde al realizar un estudio transversal encontraron que de 477 muertes de estudiantes del área de la salud el 22.6% presentaron un alto riesgo suicida utilizando la escala de Okasha, los resultados obtenidos de los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 son bajos sin embargo no deben de ser ignorados ya que representan un gran riesgo para la salud de los residentes.

Limitaciones y propuestas de investigación

En cuanto a las limitaciones presentadas en este presente estudio se encuentra con una población limitada ya que el número de médicos residentes que participaron en el presente estudio fueron únicamente los adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 45. Por las características de este estudio solo se realizó una sola intervención por lo que los datos están limitados a esa única toma, así como no se pueden realizar relaciones con los niveles de depresión o riesgo suicida con los factores sociodemográficos encontrados.

Como propuesta se tiene el poder implementar estudios de esta índole a las demás sedes de residencias médicas de la zona con el fin de poder identificar tanto el índice de depresión y el riesgo suicida en los médicos residentes.

Se propone implementar filtros con escalas de depresión al inicio, a la mitad y al final de cada ciclo académico para determinar los puntos de mayor índice y prevalencia de sintomatología depresiva y riesgo suicida.

Además se obtendrían mejores resultados si se implementaran programas de protección y promoción de la salud mental en los médicos residentes de las distintas sedes de la ciudad.

Conclusiones

Se identificó una prevalencia de índice de depresión en la población estudiada del 84.4% en nivel mínimo, 2.2% en nivel leve, 8.9% en nivel moderado y 4.4% en nivel severo.

Además, se demostró que existe una mayor prevalencia en la población femenina de la especialidad de Medicina Familiar.

Con relación al riesgo suicida se encontró una prevalencia del 95.6% de participantes asintomáticos y un 4.4% con riesgo severo.

Los niveles de riesgo severo se identificaron en la población femenina de la especialidad de Medicina Familiar

La promoción de la salud mental debe ser un punto clave en la formación médica, se deben implementar medidas preventivas con tamizaje precoz, derivación oportuna e identificación de factores de riesgo con el fin de mejorar la calidad de salud de los médicos residentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Depresión [Internet]. Washington D.C.: OPS; [citado 29 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
2. INEGI. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio [Internet]. Comunicado de prensa núm. 547/24. Aguascalientes: INEGI; 2024 sep 7 [citado 29 mayo 2025]. 5 p. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_Suicidio_25.pdf.
3. Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Médicos con categoría mexicana sustentantes, seleccionados [Internet]. Informe académico ENARM 2024. Ciudad de México: CIFRHS; 2024 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en: https://cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/2024/docs/2024-ENARx_Reporte-Academico.pdf
4. Albuxech Albert C, Fauste Soto P, Lacalle Pérez M, Monreal Pascual M, Rudiez Gómez A. Prevalencia de la depresión en estudiantes de Medicina: revisión sistemática. Med Gen Fam. 2024;13(4). Disponible en: doi: 10.24038/mgyf.2024.048
5. Rázuri Uribe AA. Factores de riesgo relacionados a ansiedad y depresión en médicos residentes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren 2018-2019 [tesis de especialidad]. [Lima]: Universidad de San Martín de Porres; 2020 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/6415/razuri_uaa.pdf
6. Rodríguez-Aguirre CA, García-Flores R, Sotelo-Castillo MA, Meza-Peña C. Factores psicosociales y sociodemográficos asociados con el desgaste profesional en médicos residentes de Sonora (México). Rev Cienc Salud.

- 2023;21(3):p. 1-17. Disponible en: doi:
10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11451
7. Fernández-Ortega MÁ, Chávez-Ciriaco A, Sánchez-Méndez I. Depresión e ideación suicida en médicos residentes. Arch Med Fam. 2023;25(3):p. 135-9. disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf233f.pdf>
 8. Peña Brindiz LE, Jimeno Figueroa JG, Aldana Díaz G, Peña Brindiz FJ. Depresión en médicos residentes en la especialidad de medicina familiar. Innov Desarro Technol Rev Digit. 2023 jul;15(3):p. 1244-52. 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. Cano González CO. Prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes de la UMF No. 45 de San Luis Potosí [tesis de especialidad]. [San Luis Potosí]: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2024. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/8618>
 10. Ramos Rodríguez KE, [y otros colaboradores]. Prevalencia de depresión en médicos residentes en la Unidad de Medicina Familiar núm. 45 de San Luis Potosí [tesis de especialidad]. [San Luis Potosí]: Universidad Autónoma de San Luis Potosí; 2024. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/9488>
 11. Castro S, Pastene C, Vásquez N, Galleguillos P, Salas M, Alvarado R. Factors associated with suicide risk and attempts in healthcare students: A cross-sectional study. Medwave. 2024;24(5):e2756. Disponible en: doi:
10.5867/medwave.2024.05.2756
 12. Alvarado-Socarras J, Manrique-Hernández E. Suicidio de médicos. Una realidad ignorada. Rev Univ Ind Santander Salud. 2019;51(3):p. [194 -196].Disponible: doi:
10.18273/revsal.v51n3-2019001
 13. Ramos Pineda CC. Frecuencia de la ideación suicida en los médicos residentes de primer ingreso del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza "Dr.

Gaudencio González Garza", Unidad Médica de Alta Especialidad [tesis de especialidad]. [Ciudad de México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2021 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en:

https://repositorio.unam.mx/contenidos/ficha/frecuencia-de-la-ideacion-suicida-en-los-medicos-residentes-de-primer-ingreso-del-hospital-general-centro-medico-naci-3665054?c=L7zbrJ&d=false&q=*&i=7&v=1&t=search_0&as=0

14. Frutos Pérez JM, Frutos Pérez AI, Llinares Serra A. El suicidio: un tabú para la sociedad y para el médico. *Gac Int Cienc Forenses*. 2025;54(3):p. 4-6. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9896822>
15. de Paz Pérez P, Salmonte Rodríguez A, Siverio Díaz A, García Rodríguez R, Bellahmar Lkadi S, Vázquez Rodríguez A, et al. Grado de conocimientos sobre el riesgo de conducta suicida de los profesionales de Atención Primaria en un área de salud. *Ene*. 2024;18(1). Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/3532>
16. Jiménez López JL, Arenas Osuna J. Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Rev Colomb Cienc Soc*. 2017;8(1):p. 227-242. Disponible en: doi: 10.21501/22161201.1819
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Depresión* [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
19. Koppmann A. Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general. *Rev Med Clin Condes*. 2020;31(2):p. 163-8. Disponible en: doi: 10.1016/j.rmclc.2020.01.007
20. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Psicología. *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* [Internet]. Ciudad de México: UNAM;

[citado 29 mayo 2025]. Disponible en:

<https://planeacion.psicol.unam.mx/escalas/inventarios/buscar>

21. Tabares ASG, Núñez C, Osorio MPA, Caballo VE. Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Ter Psicol.* 2020;38(3):p. 403-26. Disponible en: doi: 10.4067/s0718-48082020000300403
22. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Detección, diagnóstico y tratamiento de la depresión en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención: guía de práctica clínica: evidencias y recomendaciones [Internet]. México: CENETEC; 2022 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-832-22/ER.pdf>
23. Tejadilla Orozco DI, Molina Pizarro C, Espinosa Méndez P, Jurado Galicia R, Vázquez García A, Téllez Buendía AD, et al. Manual de procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida: Código 100 [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2022 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/756888/MANUAL_DE_PROCEDIMIENTOS_Codigo_100.pdf
24. Secretaría de Salud. Guía de prevención del suicidio 2022 [Internet]. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2022 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en: http://formacion.virtual.dif.gob.mx/docu/guia_suicidio.pdf
25. Secretaría de Salud. En México, 3.6 millones de personas adultas padecen depresión [Internet]. Comunicado de prensa 008. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2023 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/008-en-mexico-3-6-millones-de-personas-adultas-padecen-depresion>
26. Secretaría de Salud. PROYECTO de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-001-SSA-2023, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica. Diario Oficial

de la Federación. 2023 abr 10 [citado 29 mayo 2025]. Disponible en:

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5685154&fecha=10/04/2023

27. Lugo-Machado JA, Medina-Serrano JM, Yocupicio-Hernández D. Salud mental y suicidio del médico en México: un tema incómodo y poco explorado. Rev Educ Investig Emerg. 2021;3(2):p. [1-5]. Disponible en: doi: 10.5281/ZENODO.4762990
28. Llamas Hernández EK. Procedimiento para las actividades que se realizarán en los servicios de prevención y promoción para la salud en los trabajadores del IMSS: 2C22-003-001 [Internet]. Ciudad de México: IMSS; 2022 [citado 12 jun 2025]. Disponible en:
<https://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2C22-003-001.pdf>
29. Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: AMM; 2022 [citado 9 may 2024]. Disponible en: <https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/helsinki.pdf>
30. Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Reglamentos de la Ley General de Salud [Internet]. Ciudad de México: INSABI; 2023 [citado 9 may 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/prensa/reglamentos-de-la-ley-general-de-salud-275018?idiom=es>
31. Pérez MÁG. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. Rev Adm Sanit. 2006;4(2):p. 341-56.

Anexo 1.....RECURSOS FINANCIEROS.

Título del Protocolo		
"Índice de depresión y Riesgo suicida en Médicos residentes de la UMF 45, San Luis Potosi"		
Nombre del Investigador Responsable		
Barbosa	Rojas	Julieta Berenice
Apellido paterno	Materno	Nombre (s)
Presupuesto por Tipo de Gasto.		
Gasto inversión.		ESPECIFICACIÓN
1.	Equipo de cómputo: <ul style="list-style-type: none"> • Laptop Intel Acer. • Impresora HP láser multifuncional. • Memoria USB Kingston 150 GB 	1 laptop 1 impresora 1 USB
2.-	Artículos, materiales y útiles diversos	
	Hojas blancas	1 paquete de 500 hojas.
	Servicio de fotocopiado	500 hojas
	Bolígrafos	1 paquete
	Tinta para impresora de color / negro	2 cartuchos
	Subtotal Gasto Corriente	

En este protocolo de investigación no se utilizan recursos de la iniciativa privada, ni gubernamentales, siendo todo financiado a cargo del investigador en curso.

Los recursos humanos son:

a) Directora Metodológica.

Dra. Julieta Berenice Barbosa Rojas. Médico con especialidad en Medicina Familiar.
Maestría en Educación con Orientación en Innovación y Tecnología Educativa
Sede: Hospital General de Zona c/MF No 1

b) Investigador Asociado

Dr. Daniel Moran Mendoza, Médico Residente de Medicina Familiar, Sede: Unidad de Medicina Familiar No. 45

c) Director Estadístico.



Dr. Floriberto Gómez Garduño. Medico con especialidad en Medicina Familiar Sede:
Unidad de Medicina Familiar No. 45


d) Director clínico

Dr. Mario Alberto Toscano Sánchez. Medico con especialidad en Psiquiatría. Sede:
Hospital General de Zona c/MF No 1.

Por lo tanto, debido a lo anterior, es factible la realización de este protocolo de investigación.

Anexo 2ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

 **Gobierno de México** |  **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
SEGURO Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta para protocolos de investigación sin implicaciones de Bioseguridad

San Luis Potosí, S.L.P., a 09 de junio de 2025

Mtro. Pedro Reyes Laris
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Presente


Declaro al Comité de Ética en Investigación, que el protocolo de investigación con título: **“Índice de depresión y Riesgo suicida en Médicos residentes de la UMF 45, San Luis Potosí”** del cual soy responsable, **NO TIENE IMPLICACIONES DE BIOSEGURIDAD**, ya que no se utilizará material biológico infecto-contagioso; cepas patógenas de bacterias o parásitos; virus de cualquier tipo; material radiactivo de cualquier tipo; animales y/o células y/o vegetales genéticamente modificados; sustancias tóxicas, peligrosas o explosivas; cualquier otro material que ponga en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente.

Asimismo, declaro que, en este protocolo de investigación, no se llevarán a cabo procedimientos de trasplante de células, tejidos u órganos, o de terapia celular, ni se utilizarán animales de laboratorio, de granja o de vida silvestre.

ATENTAMENTE


Dra. Julieta Berénice Barbosa Rojas
Investigador Principal
Especialidad en Medicina Familiar
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
HGZ c/MF No.1


Dr. Daniel Moran Mendoza
Co-Investigador
Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Sede MF No. 45

 **2025**
Año de
La Mujer
Indígena

Av. Salvador Nova Martínez, No. 105, Cal. Capriornia, CP. 78309, San Luis Potosí, S.L.P. Tel: (444) 8231187 www.imssa.gob.mx

Anexo 3..... Cronograma de actividades

TÍTULO DEL PROYECTO: “Índice de depresión y Riesgo suicida en Médicos residentes de la UMF 45, San Luis Potosí.”

ACTIVIDADES	ENE 2025	FEB 2025	MAR 2025	ABR 2025	MAY 2025	JUN 2025	JUL 2025	AGO 2025	SEP 2025	OCT 2025	NOV 2025	DIC 2025	ENE 2026	FEB 2026
1. DISEÑO DE PROTOCOLO														
2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA														
3. REDACCIÓN DEL PROTOCOLO														
4. PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO AL C.L.I.														
5. APROBACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL C.L.I.														
6. MODIFICACIONES AL PROTOCOLO EN CASO NECESARIO														
7. RECOLECCION DE DATOS														
8. PROCESAMIENTO DE DATOS														
9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS														
10. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES														
11. REDACCIÓN DEL ESCRITO O ARTICULO CIENTÍFICO														
12. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN														

Elaborado por: Daniel Moran Mendoza

Fecha Elaboración: Enero 202

Anexo 4.....CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	“Índice de depresión y Riesgo suicida en Médicos residentes de la UMF 45, San Luis Potosí”
Patrocinador externo (si aplica):	No se cuenta con ningún patrocinador externo.
Lugar y fecha:	San Luis Potosí, S.L.P. Julio a octubre del 2025
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es una enfermedad que cada año se presenta en un mayor número de personas a nivel mundial, los médicos tienen mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. La depresión en índices altos puede ocasionar presencia de ideación y riesgo suicida lo que representa un grave problema de salud, lo que resalta la importancia de la realización de este estudio
Procedimientos:	Se explicarán los objetivos del estudio y la intención de la búsqueda de síntomas depresivos y riesgo suicida una vez que se explique completamente el procedimiento se entregará el consentimiento informado, al aceptar y firmar se entregarán los dos instrumentos de evaluación el cual tendrán 30 minutos para contestarlos. Una vez que se tengan los cuestionarios se recolectarán los datos obtenidos, se ingresarán al sistema estadístico para la evaluación de los resultados obtenidos
Posibles riesgos y molestias:	Al tocar temas sensibles que pueden causar reacciones emocionales a los participantes se cuenta con un riesgo mínimo. En caso de tener alguna duda o incomodidad al momento de realizar los cuestionarios se orientará adecuadamente a los participantes
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Derivación oportuna a los servicios de atención médica en caso de encontrar algún riesgo alto con el fin de tener un tratamiento temprano y seguimiento adecuado.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado que los resultados se me proporcionarán de forma personal.
Participación o retiro:	Se me ha informado que, si decido formar parte de esta investigación, solamente será posterior a haberle informado de la investigación y haber contestado las preguntas, y que mi participación es voluntaria y tengo derecho de retirarse en el momento que lo decida, sin ninguna repercusión en su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán codificados y protegidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI).

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Julieta Berenice Barbosa Rojas. Cel. **444209851**
Dr. Daniel Moran Mendoza. Mat. 97253277. Cel- 4448052729
Residente del Curso de Especialización en medicina familiar.

Colaboradores:

Dr. Mario Alberto Toscano Sánchez. Cel. **4444906837**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Dr. Daniel Moran Mendoza. Mat. 97253277.



Testigo 2


Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 5CARTA DE NO INCONVENIENTE.

 **Gobierno de México** |  **INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



Carta de no inconveniente del director de la Unidad donde se efectuará el protocolo de investigación

San Luis Potosí, S.L.P., a 9 de junio de 2025.

Dr. Arnulfo Reyes García

Director(a) de la Unidad de Medicina Familiar N°45.
Instituto Mexicano del Seguro Social
P r e s e n t e:

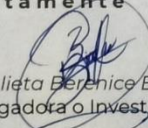
En mi carácter de Director (a) de la **Unidad de Medicina Familiar N°45 San Luis Potosí** declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación salud con el título **“Índice de depresión y Riesgo suicida en Médicos residentes de la UMF 45, San Luis Potosí”**.

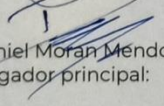
El protocolo será realizado bajo la dirección del **Dr. (a) Julieta Berenice Barbosa Rojas**, como Investigador (a) Responsable, en caso de que sea aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado

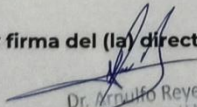
Sin otro particular, reciba un cordial saludo.


Atentamente


Dra. **Julieta Berenice Barbosa Rojas**
Investigadora o Investigador Responsable


Dr. **Daniel Moran Mendoza**
Investigador principal:

Nombre y firma del (la) director (a):


Dr. **Arnulfo Reyes Díaz**
Director UMF 45
Matricula 99316647
cedula 12763645

 **2025**
Año de
La Mujer
Indígena

Av. Salvador Naya Martínez, No. 105 Col. Capricornio, CP. 78399, San Luis Potosí, S.L.P., Tel. (444) 8221187 www.imss.gob.mx

Anexo 6.....Cuestionario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Anexo 7..... Cuestionario de riesgo suicida de Beck

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

1

I. Circunstancias objetivas
1. <i>Aislamiento</i> 0. Alguien presente 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono) 2. Nadie cerca o en contacto
2. <i>Medición del tiempo</i> 0. La intervención es muy probable 1. La intervención es poco probable 2. La intervención es altamente improbable
3. <i>Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas</i> 0. Ninguna 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.) 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. <i>Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento</i> 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. <i>Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)</i> 0. Ninguno 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. <i>Preparación activa del intento</i> 0. Ninguna 1. Mínima o moderada 2. Importante
7. <i>Nota suicida</i> 0. Ninguna 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla 2. Presencia de nota
8. <i>Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)</i> 0. No comunicación verbal 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto») 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*

- 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas

10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*

- 0. Pensó que era improbable
- 1. Posible pero no probable
- 2. Probable o cierta

11. *Concepción de la letalidad del método*

- 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
- 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
- 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal

12. *Seriedad del intento*

- 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
- 1. Inseguro
- 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

6.3. Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

2

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

- 0. Ninguno, impulsivo
- 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previas*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

Anexo 8Hoja de recolección de datos



Sexo: _____

Edad: _____

Estado Civil: _____ Hijos: _____

Especialidad: _____ Grado: _____

Lugar de procedencia: _____ Actualmente con quien vive: _____

Padece alguna enfermedad (si/no): _____ Cual: _____

Lleva tratamiento (si/no): _____ Cual: _____

Consumo de Tabaco (si/no): _____ Frecuencia: _____

Consumo de Bebidas Alcoholicas (si/no): _____ Frecuencia: _____

Anexo 9..... Informe de aprobación de estudio



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2402**.
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 24 028 082**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 24 CEI 003 2018072**

FECHA **Miércoles, 02 de julio de 2025**

Doctor (a) JULIETA BERENICE BARBOSA ROJAS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle que el protocolo de investigación con título **Índice de Depresión y Riesgo suicida en Médicos Residentes de la Unidad de Medicina Familiar no. 45, San Luis Potosí.**, que sometió a evaluación por este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los aspectos éticos, por lo que se emite el dictamen de:

APROBADO

Número de Registro Institucional

R-2025-2402-071

De acuerdo con la normativa vigente, deberá presentar anualmente un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo hasta su conclusión. El presente dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de no haber concluido la investigación, deberá solicitar la re aprobación al Comité de Ética en Investigación antes del **02-07-2026**.

ATENTAMENTE

Doctor (a) Francisco Israel Pineda Pineda
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2402

Anexo 10..... Informe de originalidad

Daniel Moran Mendoza

**INDICE DE DEPRESION Y RIESGO SUICIDA EN MEDICOS
RESIDENTES DE LA UMF No. 45, SAN LUIS POTOSI**

 Universidad Autónoma de San Luis Potosí




15% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
 - Coincidencias menores (menos de 15 palabras)
-

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
 - 2%  Publicaciones
 - 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)
-