



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

CLÍNICA PSIQUIÁTRICA "DR. EVERARDO NEUMANN PEÑA"

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

Alteraciones en la salud mental durante la pandemia de COVID-19 en residentes del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

Dr. Joel Sergio Santiesteban Morales

DIRECTOR CLÍNICO
Dr. José María Hernández Mata

DIRECTOR METODOLÓGICO
Dra. Evelyn Van Brussel

Enero 2023



Alteraciones en la salud mental durante la pandemia de COVID-19 en residentes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” © 2023 by Joel Sergio Santiesteban Morales is licensed under CC BY-NC-ND 4.0. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

RESUMEN

Objetivo: Determinar la existencia de alteraciones en la salud mental de médicos residentes del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” durante la contingencia sanitaria por COVID-19, evaluando y correlacionando las escalas de PHQ-9, GAD-7, Empatía Médica, Inventario de Burnout y una encuesta sobre COVID-19. **Sujetos y métodos:** Se aplicaron los instrumentos durante la segunda ola de contagios entre el 8 de diciembre del 2020 y el 28 de febrero del 2021. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, se correlacionaron los resultados entre los instrumentos y se hizo un análisis bivariado de los resultados por grupos buscando diferencias. Se consideró el valor de $p < 0.05$ como significativo. **Resultados:** Participaron 163 residentes (52.8% masculinos; 28.9 años promedio [DE 1.87]). Se encontró un promedio (DE) para Depresión de 7.84 (6.02), Ansiedad de 6.75 (5.46), Cansancio Emocional de 26.46 (12.79), Despersonalización de 9.44 (7.05), Falta de Realización Personal 39.44 (7.88) y Empatía Médica de 112.58 (18.11). Los residentes presentaron altos porcentajes para síntomas de Depresión (109 [66.9%]), Ansiedad (99 [60.7%]) y Cansancio Emocional alto (78 [47.9%]). Existió una muy buena correlación entre los puntajes para Depresión y ansiedad ($r = .78$ [$p = < .001$]), Cansancio Emocional ($r = .72$ [$p = < .001$]) y Despersonalización ($r = .54$ [$p = < .001$]). Existieron diferencias estadísticamente significativas [$p = < 0.05$] en los puntajes para Depresión y Ansiedad entre los grupos de Hombres vs. Mujeres, aquellos con percepción de tener una Capacitación adecuada vs. los que no, aquellos con percepción de discriminación por ser parte del personal de salud vs. los que no y entre los que tenían tratamiento psiquiátrico con medicamento vs. los que no. **Conclusiones:** Los residentes son una población de riesgo para alteraciones en la salud mental. Una buena capacitación para la atención de una emergencia sanitaria podría ser un factor modificable asociado a los puntajes de Depresión, Ansiedad y Síndrome de Burnout.

Palabras clave: Salud mental, Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout, COVID-19, Residentes.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
LISTA DE CUADROS	6
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE SÍMBOLOS, NOMENCLATURAS Y ABREVIATURAS.....	8
LISTA DE DEFINICIONES	9
1. Antecedentes.....	11
1.1 Alteraciones en la salud mental en personal de salud	11
1.1.1 Síndrome de Burnout.....	11
1.1.2 Depresión	13
1.1.3 Trastornos de ansiedad y relacionados con el estrés	14
1.1.4 Empatía.....	15
1.2 COVID-19.....	16
1.3 Efectos en salud mental durante contingencias epidemiológicas.....	19
2. Justificación.....	21
3. Pregunta de investigación	22
4. Hipótesis.....	22
5. Objetivos.....	22
5.1 Objetivo principal	22
5.2 Objetivos específicos.....	22
6. Sujetos y métodos	23
6.1 Diseño del estudio.....	23
6.2 Lugar de realización	23
6.3 Universo de estudio.....	23
6.4 Criterios de selección	23
6.4.1 Criterios de inclusión.....	23
6.5 Tipo de muestreo.....	23
6.6 Cálculo del tamaño de la muestra	23
6.7 Variables en el estudio.....	23
6.7.1 Instrumentos.....	23
6.7.2 Cuadro de variables.....	24
6.8 Plan de trabajo	29
7. Análisis estadístico.....	30

8. Ética	31
9. Resultados	32
9.1 Características sociodemográficas.....	32
9.2 Encuesta sobre COVID-19.....	34
9.3 Resultados de las escalas para Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía médica	35
9.4 Correlaciones entre los puntajes de las escalas para Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía médica	37
9.5 Diferencias en los puntajes de las escalas entre las características sociodemográficas	37
9.6 Diferencias en los puntajes de las escalas entre las respuestas de la encuesta sobre COVID-19.....	41
10. Discusión.....	44
11. Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación.....	46
12. Conclusión.....	46
13. Bibliografía.....	47
14. ANEXOS.....	53
14.1 Hoja de recolección de datos digital.....	53
14.2 Cuestionarios y/o formatos.....	60
14.2.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS).....	60
14.2.2 Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9).....	62
14.2.3 Escala de Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7).....	63
14.2.4 Escala médica de empatía de Jefferson (EMMJ-S).....	64

LISTA DE CUADROS

Tabla 1. Características sociodemográficas.....	33
Tabla 2. Respuestas a encuesta de COVID-19	34
Tabla 3. Resultados de las escalas	35
Tabla 4. Categorías de severidad para Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía Médica en residentes.....	36
Tabla 5. Diferencias en los puntajes para Depresión y Ansiedad entre las características sociodemográficas	39
Tabla 6. Diferencias en los puntajes para Síndrome de Burnout y Empatía Médica entre las características sociodemográficas.....	40
Tabla 7. Diferencias en los puntajes para Depresión y Ansiedad entre las respuestas de la encuesta sobre COVID-19.....	42
Tabla 8. Diferencias en los puntajes para Síndrome de Burnout y Empatía Médica entre las respuestas de la encuesta sobre COVID-19	43

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Matriz de correlación entre Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía Médica..... 38

LISTA DE SÍMBOLOS, NOMENCLATURAS Y ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

SB: Síndrome de Burnout

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de enfermedades mentales

SARS: Síndrome Respiratorio Agudo Severo

MERS: Síndrome Respiratorio de Medio Oriente

CoV: Coronavirus

COVID-19: Enfermedad ocasionada por coronavirus-2

HC: Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto"

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

MBI: Inventario de Burnout de Maslach

PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente.

GAD-7: Escala de Trastorno de ansiedad generalizada.

MBI-CE: Subescala para cansancio emocional del Inventario para Burnout de Maslach.

MBI-D: Subescala para despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach.

MBI-RP: Subescala para falta de realización personal del Inventario para Burnout de Maslach.

EMMJ: Escala de empatía médica de Jefferson.

LISTA DE DEFINICIONES

Síndrome de Burnout: hace referencia a la cronificación del estrés laboral, que se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador. Puede ser catalogada como un subtipo de Depresión ocasionada por factores laborales.

Cansancio emocional: dimensión del Síndrome de Burnout que se refleja en la carga de estrés, sentimientos de desesperanza, soledad, síntomas depresivos, irritabilidad, impaciencia, tensión, disminución de la empatía, falta de energía y preocupación

Despersonalización: dimensión del Síndrome de Burnout que involucra el distanciamiento con el paciente, el ignorar las características personales que le dan su individualidad, alienación e indiferencia por los demás.

Falta de realización personal: dimensión del Síndrome de Burnout que se presenta como la disminución del logro personal o baja satisfacción laboral.

Depresión: Trastorno mental caracterizado por estado de ánimo triste, anhedonia, pérdida de peso, cambios en el patrón del sueño, agitación y/o retraso psicomotriz, fatiga y/o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y/o culpabilidad excesiva, disminución en la capacidad cognitiva, y pensamientos de muerte recurrentes. Dichos síntomas deben de persistir por más de dos semanas, representar un cambio en el funcionamiento de la persona.

Ansiedad: Trastorno mental caracterizado por una ansiedad persistente y excesiva, además de una preocupación sobre varios aspectos, síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. Dichos síntomas deben de presentarse la mayoría de los días por un

periodo mayor a los seis meses, además de representar un cambio en el funcionamiento de la persona.

Empatía: la habilidad de ver el mundo como los otros lo ven, sin juicios, entendiendo los sentimientos de otros y con la capacidad de comunicar este entendimiento a las personas

Estrés: alteración en el funcionamiento emocional normal de un individuo debido a la acción de algún agente externo o interno.

Distrés: alteración en el funcionamiento emocional normal de un individuo debido a la acción de algún agente externo o interno, que es inadaptable a la situación.

Médico residente: médico titulado y seleccionado para realizar un programa académico y operativo de especialidad médica en una sede o subsele reconocida.

Guardia médica: conjunto de actividades académicas y asistenciales de formación complementaria, descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que los médicos residentes deben efectuar durante la jornada de actividades en la unidad médica receptora de residentes al que está adscrito o asignado.

Guardias ABC: Guardias médicas que deben ocurrir tres veces por semana como máximo y que tiene intervalos de por lo menos dos días entre cada una de ellas.

Guardias ABCD: Guardias médicas que deben ocurrir dos veces por semana como máximo y que tiene intervalos de por lo menos tres días entre cada una de ellas.

Personal de primera línea de atención a COVID-19: Personal médico o paramédico encargado de la atención directa y dirigida a pacientes con COVID-19.

1. Antecedentes

1.1 Alteraciones en la salud mental en personal de salud

Según la Organización mundial de la salud (OMS), la salud mental se define como "un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad" (1).

Por tanto, aquellas condiciones biológicas, psicológicas, sociales y/o ambientales que lleguen a modificar dicho estado se consideran alteraciones, las cuales pudieran llegar a representar una condición mórbida para el individuo, limitando así su calidad de vida y su desarrollo personal (1).

1.1.1 Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout (SB) es un trastorno frecuente en el medio hospitalario, afecta a profesionales que requieren un contacto directo con las personas y secundariamente puede llegar a perjudicar también a los usuarios que son atendidos por los profesionales que padecen el síndrome (2). En cuanto a la definición más aceptada es la propuesta por Maslach y Jackson, quienes consideran que es una forma mal adaptativa de afrontar un estrés emocional crónico, cuyas características son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (3). El inadecuado manejo del estrés y/o la carga excesiva del mismo, pueden condicionar la aparición del SB, siendo un factor que influye en la disminución de la calidad de atención a los pacientes y la falta de compromiso en la práctica médica (4, 5).

Según las características del SB, la evidencia señala que las poblaciones en riesgo de padecerlo son principalmente el personal implicado en los cuidados de la salud, siendo afectados: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos (5). En lo que respecta al personal de enfermería existen publicaciones que muestran una prevalencia del 30.5 al 39% (6). Los estudios realizados en el personal médico de

hospitales demuestran que los internos de pregrado y residentes tienen afectación de entre un 76 a un 85%; siendo severo en el 52% de los casos (5).

Dentro de los factores de riesgo para que se desarrolle el SB específicamente en residentes, diferentes artículos han descrito: Sobrecarga laboral, turnos de trabajo largos, múltiples turnos, estar en contacto con sufrimiento y/o muerte de pacientes, sufrir algún evento estresante en los últimos 6 meses, pertenecer a una especialidad quirúrgica, disminución en las horas de sueño, carencia de autonomía, competitividad, turnos irregulares, recursos insuficientes en su trabajo para un adecuado desempeño de la profesión, inicio reciente de la especialidad (7, 8, 9).

El cuadro clínico del SB se caracteriza por el cansancio emocional, que se refleja en la dimensión de la carga de estrés, sentimientos de desesperanza, soledad, síntomas depresivos, irritabilidad, impaciencia, tensión, disminución de la empatía, falta de energía y preocupación. La despersonalización involucra el distanciamiento con el paciente, el ignorar las características personales que le dan su individualidad, alienación e indiferencia por los demás; lo que provoca que el trabajo con otros regularmente sea displacentero e indeseado. En cuanto a la disminución del logro personal o baja satisfacción laboral, se refiere a un sentimiento que muy poco se ha logrado y lo que se logra no tiene valor (10).

Pueden establecerse dos tipos de repercusiones del SB: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio). Por lo tanto, las consecuencias de este problema son múltiples, encontrándose mayor riesgo de trastornos psiquiátricos, mayor facilidad para la adicción a drogas, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores, alteraciones en la memoria y aprendizaje, trastornos de índole sexual, insomnio y se han reportado estudios en los que se evidencia un aumento en los pensamientos suicidas (2, 11).

1.1.2 Depresión

La Depresión se diagnóstica por medio de una consulta con algún experto en salud mental, sin embargo, existen criterios como los propuestos en el DSM-5 que ayudan a homogeneizar las características clínicas de dicho trastorno y los cuales se basan en la presencia de síntomas como: estado de ánimo triste, anhedonia, pérdida de peso, cambios en el patrón del sueño, agitación y/o retraso psicomotriz, fatiga y/o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad y/o culpabilidad excesiva, disminución en la capacidad cognitiva, y pensamientos de muerte recurrentes (12). La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes, y tiene repercusiones en los ámbitos biológico, psicológico y social; se estima que su prevalencia en la población en general es del 3 al 5%, sin embargo, algunos reportes revelan que el 9.2% de la población general ha padecido un episodio de depresión, además se calcula que una de cada cinco personas podría padecer un episodio depresivo antes de llegar a los 75 años (13).

Aunque en la Depresión está implicada una mezcla compleja de factores genéticos, biológicos y psicológicos, las condiciones del entorno pueden hacer que un individuo sea más susceptible. En personas que se encuentran en situaciones de estrés constante y exceso de trabajo, como es el caso de los médicos adscritos que laboran en un hospital, la prevalencia es del 12.8% y se incrementa en los médicos residentes hasta un 47.5% (14, 15).

El SB se vincula con depresión y afecta la estructura personal y familiar, lo cual se refleja en la calidad y desempeño laboral (16). Un estudio realizado en un hospital de la Ciudad de México y realizado en médicos residentes de múltiples especialidades asoció al trastorno depresivo con el SB, evidenciando que el 100% de los residentes que mostraban en las encuestas datos de depresión grave padecían de SB, sin embargo, de forma inversa el 46% de los médicos con SB contaban con datos de depresión grave (17).

Los trabajadores de la salud son una población de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, teniendo altas tasas de depresión, ansiedad, alteraciones en el patrón de sueño, además de ser la profesión médica la que más suicidios registra cada año (18). Se han identificado múltiples factores asociados con estos resultados como: factores psicosociales, la alta exigencia en el trabajo, ciertos rasgos de personalidad y el estilo cognitivo de racionalización (19).

1.1.3 Trastornos de ansiedad y relacionados con el estrés

Los trastornos de ansiedad son aquellos que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistentes en el tiempo (20).

Las características principales del trastorno de ansiedad generalizada son una ansiedad persistente y excesiva, además de una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. El sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño (20).

El DSM-5 clasifica aparte a los trastornos relacionados con factores de estrés, los cuales son trastornos en los que la exposición a un evento traumático o estresante aparece de manera explícita, como un criterio diagnóstico y los cuales pudieran acompañarse de trastornos de ansiedad (21). El personal de salud debido a las características de su trabajo según lo han evidenciado en diferentes estudios, se encuentran vulnerables para la aparición de trastornos de ansiedad o relacionados con el estrés (22).

En el caso actual una pandemia ha agregado un estrés importante a los trabajadores de la salud, lo cual, según el metaanálisis realizado por Sofia Pappa et al. el 23.2% de los trabajadores de la salud relacionados con la atención a la COVID-19 presentan síntomas de ansiedad, por lo que toma relevancia dicho trastorno en la salud mental de los trabajadores de salud (23).

1.1.4 Empatía.

Existen múltiples definiciones de empatía dependiendo del enfoque que se le brinde, sin embargo, el concepto generalmente es definido como la habilidad de ver el mundo como los otros lo ven, sin juicios, entendiendo los sentimientos de otros y con la capacidad de comunicar este entendimiento a las personas (24). La empatía es vista como un atributo en los médicos, siendo la piedra angular en la relación médico-paciente. La empatía por su parte influye significativamente en el cumplimiento de las recomendaciones médicas, reduce los errores médicos, aumenta el cumplimiento del paciente y la satisfacción, así como aumenta el bienestar del médico (25).

Actualmente existe evidencia de que la empatía no solo es una habilidad, también es una competencia socioemocional compleja y los procesos que la componen están sustentados por sistemas neuronales específicos que abarcan a la corteza cerebral, el tronco encefálico, los núcleos subcorticales, el sistema nervioso autónomo, el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal y los sistemas endocrinos que regulan los estados corporales, emocionales y la reactividad (26).

Aunque la empatía es vista como una cualidad, diferentes estudios como los analizados por Bérangère Thirioux et al. concluyen en que la empatía puede ser causa de SB, o inversamente prevenirlo, además en otros estudios analizados han concluido en que el SB pudiera alterar la empatía en los médicos, por lo tanto, la relación entre el SB y la empatía no es muy clara (27).

Un estudio realizado por Ewa Walocha et al. analizó la asociación entre el nivel de empatía y el nivel de SB, observando una correlación negativa estadísticamente significativa entre la falta de realización personal y el nivel de empatía, además de mostrar que los médicos de especialidades no quirúrgicas presentaban niveles más elevados de SB en dos de las tres dimensiones del síndrome (agotamiento emocional y despersonalización), sin embargo, no queda clara la relación de la empatía con el SB y se ameritan más estudios (25).

Por otra parte, una investigación realizada en estudiantes de medicina por Heidi Von Harscher et al. estudió dos diferentes tipos de empatía (preocupación empática y distrés personal) en comparación con el SB, concluyendo en que la preocupación empática se asocia a menores puntajes de SB, sin embargo, el distrés personal se asoció a mayores puntajes de SB. Por lo tanto, sugieren que los estudiantes con niveles bajos de preocupación empática y altos niveles de distrés personal se encuentran en riesgo para presentar Síndrome de Burnout (28).

1.2 COVID-19.

Los coronavirus son una familia de virus que pueden llegar a causar diferentes síndromes respiratorios que pueden ser desde un cuadro leve como un resfriado común, hasta enfermedades más graves en el tejido pulmonar. Estos virus en ocasiones son producidos por zoonosis y los cuales en ocasiones pueden mutar, tornándose capaces de transmitirse a los humanos y a tener la capacidad de transmisión persona a persona, esto convierte a las nuevas cepas en amenazas para el ser humano, como sucedió con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), el Síndrome Respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), y la cepa de Coronavirus SARS-CoV-2 (29).

El Coronavirus llamado SARS-CoV-2 fue reportado el 30 de diciembre del 2019 en Wuhan, China como un caso de neumonía de origen desconocida, posteriormente este virus fue descrito como causante de la neumonía atípica y posteriormente

inició el contagio masivo en dicha región para volverse de importancia mundial, siendo el primer contagio internacional en Tailandia, motivo por el cual la OMS inició protocolos para contención de la propagación del virus (30, 31).

Se sabe por datos epidemiológicos que el SARS-CoV2 posee menor tasa de mortalidad que otros virus como el de la influenza, reportándose en China una incidencia de 55.06 casos por cada 1,000,000 de habitantes y una mortalidad del 3.58% (32), sin embargo, estas cifras se han modificado dependiendo del país en el cual se tomen y dependen de factores ambientales, medidas de prevención, salud comunitaria, acceso a los servicios de salud, presupuesto asignado a salud, además de la cantidad de casos detectados (32).

La enfermedad por el SARS-CoV2 llamada COVID-19 posee además características especiales que representan una amenaza, principalmente debido a la gran capacidad de contagio que es mayor que otros virus como la influenza (contagio por gotas, aerosoles, contacto), periodo de incubación de hasta 12 días y reacciones inmunes exageradas con complicaciones graves en personas vulnerables; esto llevó a los gobiernos a implementar medidas para intentar disminuir su transmisión persona a persona, las cuales fueron el distanciamiento social, la sana distancia, el lavado de manos, estornudo de etiqueta, la permanencia en casa, el aislamiento a personas que tuvieron contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID-19, entre otras (31).

Las medidas de prevención de contagio se aplicaron en México a la población general para intentar disminuir la tasa de contagio, sin embargo, se sabe que a pesar de las medidas establecidas, el contagio no se logró frenar, lo que representó para el personal de salud un aumento en la carga laboral, el uso obligatorio de equipo de protección y un contacto directo con pacientes sospechosos o confirmados de COVID-19; esto volvió a los trabajadores de la salud en una población vulnerable al contagio, además de exponerlos a presentar síntomas psicológicos y/o psiquiátricos (33, 34).

En México se realizó una guía de lineamientos clínicos divulgados para el tratamiento de los pacientes con COVID-19, en este documento se incluyó un pequeño apartado para la atención al personal de salud que participa en el tratamiento de la emergencia sanitaria, en la cual se reconoció la posibilidad de afectaciones psíquicas, y sugirió ciertas actividades para el manejo del estrés ante la contingencia sanitaria, además de puntualizar ciertas recomendaciones generales para la atención a los integrantes de los equipos de respuesta, las cuales son: mantenerlos en actividad, favorecer la rotación de roles, así como equilibrar las cargas de trabajo (turnos no mayores a 24 horas para los residentes, además de turnos cada tercer día), estimular el autocuidado físico y tomar descansos periódicos, incluir a la familia en procesos de ayuda, valoración de estados emocionales subyacentes y los factores generadores de estrés, disponer de atención psicosocial, durante y después de la emergencia (35).

Al día 28 de febrero del 2021 se reportaron en México 2,142,506 casos confirmados de COVID-19, siendo estimado que para esa fecha aproximadamente el 25% de los enfermos ameritó hospitalización. En el Estado de San Luis Potosí se registró un porcentaje de hospitalización de aproximadamente el 15% de los pacientes (36). Es importante destacar que el plan de actuación frente a la contingencia en el estado de San Luis Potosí, fue designar un hospital público (Hospital General de Soledad) como especializado en pacientes COVID-19, manteniéndose el funcionamiento normal en otros hospitales como el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” (HC), sin embargo, esto no ha exentado a los profesionales de salud de los hospitales No-COVID a tener contacto con pacientes contagiados por COVID-19, reportándose al día 17 de septiembre del 2020 según el departamento de epidemiología del HC, la atención de 371 casos confirmados de COVID-19 en pacientes y 179 casos confirmados de COVID-19 en trabajadores del hospital. En cuanto a las condiciones laborales en el HC, el hecho de utilizar un hospital público exclusivamente para pacientes COVID y la carga de los

pacientes contagiados por SARS-Cov2, representó un aumento en la carga laboral total del HC y, por lo tanto, en la saturación hospitalaria.

Durante la pandemia, el HC tomó las recomendaciones hechas por la secretaria de salud, manteniendo el trabajo en el hospital solo en áreas esenciales, cerrando la consulta externa y otras áreas no esenciales. En cuanto a los residentes se disminuyeron sus horas laborales, trabajando solamente por guardias con turnos en su mayoría tipo ABCD, lo cual se tradujo en turnos de 24 horas con descansos de 72 horas posteriores.

1.3 Efectos en salud mental durante contingencias epidemiológicas.

La pandemia provocada por la COVID-19, supuso un aumento de estrés al que están sometidos los trabajadores de la salud, esto precipitó alteraciones en la salud mental de los mismos y diferentes estudios muestran evidencia que relacionan el vivir una contingencia sanitaria con el aumento de estrés en el personal de salud, por ejemplo, durante la epidemia de SARS que representó una amenaza para la salud pública internacional debido a que de los 8,000 infectados en 29 países, una alta proporción correspondía al personal de salud, con porcentajes que iban desde el 3% en Estados Unidos de America, hasta 51% de los infectados en Toronto, además de poseer una tasa de mortalidad de hasta el 15%. Durante esta epidemia de SARS, Chua et al. realizaron una investigación en Hong Kong para la búsqueda de efectos psicológicos en el personal de salud. En este estudio evaluaron a trabajadores de la salud mostrando un aumento de hasta el 50% en los niveles de estrés, además que el 89% de los trabajadores de la salud experimentó secuelas negativas por el estrés principalmente cansancio (71%), preocupación sobre su salud (59%) y miedo al contacto social (46%) (37).

En México existe el antecedente de un estudio realizado en el año 2009, durante la epidemia del Virus de Influenza A H1N1, cuando se tomaron medidas gubernamentales de contingencia sanitaria similares a las que se llevan actualmente. Durante el periodo de emergencia sanitaria se llevó a cabo un

estudio en médicos residentes de diferentes especialidades. Los resultados del estudio indicaron que 36.4% médicos residentes cumplieron con los criterios para SB de medio a alto, sin embargo, las cifras que encontraron de SB fueron más bajas que en otros reportes nacionales e internacionales, se cree que dichas cifras pudieran deberse al cambio en el número de horas de trabajo de los médicos residentes durante la contingencia sanitaria (38).

Durante la contingencia sanitaria de COVID-19, se publicaron estudios en otros países que evidenciaron resultados en torno a la salud mental en el personal de salud. En Rumania, Dimitriu et al. realizaron una investigación en residentes médicos, en busca de SB durante la pandemia, sus resultados reportan un aumento en la prevalencia de residentes con puntajes compatibles con SB (76%) a comparación con mediciones pasada en tiempos de No-COVID; atribuyendo estos cambios al aumento en los niveles de estrés ejercido por la pandemia, sin embargo, se encontró que el grupo de residentes que no atendían directamente a pacientes con la COVID-19 (No-COVID) presentó mayor prevalencia para SB comparado con el grupo de residentes de primera línea de atención a COVID (86% No-COVID vs. 66% COVID); aunque el estudio no pudo concluir cuales son los factores que influyen en dicha diferencia, se cree que el estar en un área COVID con los recursos y entrenamiento necesario pudiera influir en la disminución del estrés por el contagio (39).

Otro estudio durante la pandemia de la COVID-19 se realizó en China, durante el tiempo de contingencia Jianbo Lai et al. midieron síntomas psicológicos en los trabajadores de salud de múltiples centros hospitalarios en China, que contaban con atención a pacientes con la enfermedad COVID-19 y en cuál participaron 1,257 trabajadores de la salud. Entre los resultados más importantes del estudio, se reportó una considerable proporción de participantes con síntomas de depresión (50.4%), ansiedad (44.6%), insomnio (34%) y angustia (71.5%). Encontraron además como factores de riesgo asociados con mayores puntajes para los síntomas estudiados, el sexo femenino, profesión de enfermería,

trabajadores de primera línea en la atención a enfermos y empleados en hospitales de la ciudad de Wuhan (34).

En Italia por su parte Rodolfo Rossi et al, realizaron una investigación en el personal de salud durante la pandemia provocada por el SARS-CoV-2, en el cual de manera digital y por medio de redes sociales se aplicaron múltiples escalas de salud mental en búsqueda de alteraciones. Los autores reportaron una participación de 1,379 trabajadores de la salud, evidenciando en sus resultados principales que el 49.38% de los participantes mostraron resultados positivos para Trastorno por estrés postraumático (TEPT), 24.73% para síntomas de depresión, 19.8% para síntomas de ansiedad, 8.27% para insomnio y 21.9% para alta percepción de estrés. Las variables con mayor asociación de riesgo fueron la menor edad, sexo femenino, ser trabajador de primera línea, tener algún colega fallecido o aislado por COVID-19 y/o haber padecido la infección por COVID-19 (40).

2. Justificación.

Los trabajadores de la salud son considerados una población de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, con altas tasas de depresión, ansiedad y Síndrome de Burnout, además la profesión médica, es aquella de todas las profesiones que más suicidios registra cada año.

La pandemia debido a la enfermedad provocada por el virus SARS-CoV-2, representó un aumento en la carga laboral, en la incertidumbre por la atención al nuevo virus, aunado al uso obligatorio de equipo de protección y el aislamiento del personal de salud en contacto con el virus. Dichas situaciones abrieron la posibilidad de estudiar los efectos psicológicos que una condición ambiental y social ocasionó en el personal de salud, específicamente en los residentes de especialidades médicas.

Debido a los cambios implementados en los hospitales para enfrentar la pandemia, los horarios de trabajo en los residentes disminuyeron en su mayoría, este cambio alteró las condiciones laborales de dicha población y se prestó para poder analizar su influencia en la salud mental de los mismos.

Los resultados de esta investigación aportan evidencia para la elaboración de futuras políticas de trabajo para enfrentar nuevas contingencias sanitarias en el futuro, enfocadas en la salud mental de los residentes.

3. Pregunta de investigación

¿Existen alteraciones en la salud mental en los Residentes del Hospital Central durante la pandemia por COVID-19?

4. Hipótesis

Existen alteraciones en la salud mental de los residentes del Hospital central durante la pandemia por COVID-19

5. Objetivos

5.1 Objetivo principal

Evaluar alteraciones en la salud mental durante la pandemia por COVID-19 en los residentes del Hospital Central.

5.2 Objetivos específicos

1. Aplicar cuestionario de datos sociodemográficos.
2. Aplicar encuesta de COVID-19.
3. Aplicar subescala de Maslach para cansancio emocional.
4. Aplicar subescala de Maslach para despersonalización.
5. Aplicar subescala de Maslach para realización personal.
6. Aplicar escala PHQ-9 para síntomas depresivos.
7. Aplicar escala GAD-7 para ansiedad.

8. Aplicar escala médica de empatía de Jefferson.
9. Relacionar los resultados de las diferentes pruebas.

6. Sujetos y métodos

6.1 Diseño del estudio.

Estudio transversal descriptivo prolectivo y comparativo.

6.2 Lugar de realización

Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” en San Luis Potosí, San Luis Potosí.

6.3 Universo de estudio

Residentes de especialidades médicas, quienes laboran en el Hospital Central durante la pandemia de COVID-19, siendo un total de 210.

6.4 Criterios de selección

6.4.1 Criterios de inclusión

- Residentes del Hospital Central.
- Laborar en el hospital durante el periodo de la pandemia por la COVID-19.
- Aceptar participar en el estudio.
- Acepten consentimiento informado electrónico.

6.5 Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia

6.6 Cálculo del tamaño de la muestra

Residentes que deseen participar en el estudio.

6.7 Variables en el estudio

6.7.1 Instrumentos

Inventario de Burnout de Maslach HSS (Ver en anexos)

El Maslach Burnout Inventory Human Services ó MBI-HSS en su versión validada al castellano, es un cuestionario diseñado para trabajadores de la salud y áreas a fines, está constituido por 22 reactivos en una escala de tipo Likert que evalúa los componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal. (41)

PHQ-9 (Ver en anexos)

La escala PHQ-9 es un cuestionario tipo Likert de 9 preguntas que mide el grado de frecuencia que se han presentado síntomas depresivos basados en los criterios del DSM-IV para depresión mayor. (42)

GAD-7 (Ver en anexos)

La escala GAD-7 es un cuestionario tipo Likert de 7 preguntas que mide el grado de frecuencia que se han presentado síntomas ansiosos basados en los criterios del DSM-IV para ansiedad generalizada (43).

Escala médica de empatía de Jefferson - Estudiantes (EEMJ-S) (Ver en anexos)

La escala de empatía médica de Jefferson es un cuestionario tipo Likert que consta de 20 preguntas, el cual se encuentra validado en México, mide el grado de acuerdo con las oraciones orientadas a la empatía del médico con el paciente en una situación clínica (44).

6.7.2 Cuadro de variables

Variables independientes				
Código	Nombre	Descripción	Escala de medición	Valores y unidades
MBIce	Subescala de cansancio	Vivencia de estar exhausto	Continua	0 - 54 puntos

	emocional (MBI Maslach)	emocionalmente		
MBId	Subescala de despersonalización (MBI Maslach)	Grado en que se reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento	Continua	0 - 30 puntos
MBIrp	Subescala de realización personal (MBI Maslach)	Sentimientos de autoeficacia y realización personal	Continua	0 - 48 puntos
EEMJ	Escala médica de empatía de Jefferson	Actitudes hacia la empatía médica en situaciones de atención al paciente	Continua	20 – 140 puntos
Variables dependientes				
PHQ9	Escala PHQ-9	Síntomas de depresión según criterios del DSM-IV	Continua	0 - 27 puntos
GAD7	Escala GAD-7	Síntomas de ansiedad generalizada según criterios del DSM-IV	Continua	0 - 21 puntos
Variables de control				
E	Edad	Edad del residente en años	Continua	23 - 65 años
SEX	Sexo	Sexo biológico del	Dicotómica	0 = Mujer

		encuestado		1 = Hombre
PAR	Pareja	Tener pareja sentimental estable	Dicotómica	0 = No 1 = Si
ESP	Especialidad	Especialidad en la cual se encuentra matriculado el encuestado	Nominal	0 = Medicina interna 1 = Cirugía general 2 = Pediatría 3 = Ginecología 4 = Anestesiología 5 = Imagenología 6 = Anatomía patológica 7 = Cirugía maxilofacial 8 = Geriatria 9 = Neonatología 10 = Neurología 11 = Neurología Pediátrica 12 = Traumatología y ortopedia 13 = Cardiología 14 = Dermatología 15 = Nefrología 16 = Oftalmología 17 = Reumatología
AR	Año de la especialidad	Año de la residencia que se encuentra	Ordinal	0 = R1 1 = R2 2 = R3 3 = R4 4 = Mayor a R4

		cursando.		
TG	Tipo de guardia	Tipo de guardia en la que se encuentra laborando en el hospital	Ordinal	0 = Mas frecuente que ABCD 1 = ABCD 2 = Menos frecuente que ABCD 3 = Telefónica
VAC	Vacaciones	Encontrarse en periodo vacacional o tener menos de 2 semanas de regresar a trabajar posterior a las vacaciones	Dicotómica	0 = No 1 = Si
FOR	Foráneo	Ser foráneo, mudarse de ciudad para estudiar la especialidad	Dicotómica	0 = No 1 = Si
FAM	Vivir con familia	Compartir el mismo domicilio con alguien más de su familia	Dicotómica	0 = No 1 = Si
ATN	Atención reciente a pacientes con COVID-19	Haber atendido algún paciente confirmado de COVID-19 en las últimas dos semanas	Dicotómica	0 = No 1 = Si
ENF	Enfermar de la COVID-19	Haber enfermado de COVID-19	Dicotómica	0 = No 1 = Si
CER	Cercanos con COVID-19	Tener amigos o familiares que	Dicotómica	0 = No 1 = Si

		enfermaran de COVID-19		
FAL	Fallecimientos de cercanos por COVID-19	Tener amigos o familiares que fallecieron a causa de COVID-19	Dicotómica	0 = No 1 = Si
CAP	Capacitación	Percibir una capacitación adecuada por parte del hospital para la atención de pacientes COVID-19	Dicotómica	0 = No 1 = Si
EPP	Elementos de protección personal	Percibir contar con los elementos de protección personal adecuados para la atención de pacientes COVID-19 brindados por el hospital.	Dicotómica	0 = No 1 = Si
COM	Comorbilidades	Padecer alguna comorbilidad para complicación en caso de enfermar por COVID-19 (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, tabaquismo, inmunosupresión, obesidad)	Dicotómica	0 = No 1 = Si

DIS	Discriminación	Percibir discriminación o agresión en la comunidad, por ser parte del personal de salud	Dicotómica	0 = No 1 = Si
MED	Medicamentos	Estar en tratamiento psiquiátrico con medicamento	Dicotómica	0= No 1 = Si

6.8 Plan de trabajo

1.- Se sometió el protocolo a la autorización del Comité académico de la especialidad de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la UASLP siendo aceptado, posteriormente se sometió a autorización por parte del Comité de investigación del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto” y del Comité de bioética del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”.

2.- Se gestionó con el departamento de enseñanza en el HC una lista de correos de los residentes que pertenecen al Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, la cual, se manejó con confidencialidad siguiendo los lineamientos propuestos en la sección de ética, esto con la finalidad de poder enviar el enlace de los cuestionarios a sus correos electrónicos.

3.- Se realizó una reunión virtual con los jefes de residentes de cada especialidad para informar sobre el trabajo de investigación y a través de su gestión dar seguimiento a que los residentes contestaran los cuestionarios electrónicos.

4.- Se realizó el muestreo entre el 8 de diciembre del 2020 hasta el 28 de febrero del 2021. Para esto se envió un enlace a los correos electrónicos y Whatsapp de

los residentes, este abría una encuesta electrónica hecha en Google forms ® (Anexo 6), que contó al inicio de la encuesta con un enlace que abría el consentimiento informado electrónico, el cual, debía de aceptarse para proseguir con las preguntas. El cuestionario completo constó de 76 preguntas divididas en 5 secciones: la primera se tomaron datos epidemiológicos, la segunda se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach HSS, la tercera se aplicó la escala PHQ-9, la cuarta se aplicó la escala GAD-7 y la quinta se aplicó la Escala de Empatía Médica de Jefferson. Se estimó una duración de aplicación de todas las preguntas de entre 10 a 30 minutos aproximadamente. Los resultados se recibieron de forma electrónica inmediata a la aplicación de Google forms ® del tesista.

5.- Al completar el muestreo se procedió al análisis estadístico de los resultados obtenidos en el programa IBM SPSS Statistics 28.0.1.

6.- De acuerdo con los resultados en los casos que se detectaron alteraciones graves en la salud mental de alguno de los participantes y/o altos porcentajes de alteraciones en la salud mental en alguna especialidad, se procedió a comunicar los resultados con los jefes de residentes de la especialidad a la que correspondían, con la finalidad de ofrecer los servicios del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la UASLP.

7. Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y se evaluó la normalidad con Q-Q plot y prueba de Kolmogorov-Smirnov; las continuas se expresarán como media (\pm desviación estándar) o mediana [IQR] de acuerdo con su distribución. Las categóricas como conteos y porcentajes.

Para la estadística inferencial de las variables continuas se empleó regresión lineal con pruebas de correlación de Spearman o Pearson según la distribución de normalidad de las variables, tomando como valores de correlación: Perfecta: 1, excelente: de 0.8 a 1, muy buena: de 0.6 a 0.8, buena: de 0.4 a 0.6.

Se hizo un análisis bivariado con t de student o U de Mann Whitney cuando se compararon dos muestras independientes; y pruebas de ANOVA o Kruskal-Wallis, además de prueba de Tukey pos-hoc, cuando se compararon entre más de dos muestras independientes.

Se consideró el valor de $p < 0.05$ como significativo.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa IBM SPSS Statistics 28.0.1.

8. Ética

La investigación se sometió a consideración por parte del Comité de ética del Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”. Los procedimientos que se realizaron a los participantes se consideraron sin riesgo y cumplieron con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, descritos en la Declaración de Helsinki (45) y lo dictado por la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (46). A todos los participantes se les proporcionó el acceso a un link antes de contestar las encuestas que mostraba el consentimiento informado de forma electrónica, en dónde se aclararon los beneficios del estudio, se les informó sobre el anonimato y la confidencialidad de sus datos personales y correos electrónicos. Cuando se detectaron alteraciones graves en la salud mental de alguno de los participantes y/o altos porcentajes de alteraciones en la salud mental en alguna especialidad, se procedió a comunicarle los resultados al jefe de residentes de la especialidad a la que correspondía y al Departamento de Psiquiatría de la UASLP, con la finalidad de ofrecer la atención a quien lo solicite (Anexo 5). El tesista y las personas involucradas en el estudio declaramos no tener conflicto de intereses en relación con la realización de este estudio.

9. Resultados

En este estudio se logró tener una participación total de 163 médicos residentes, quienes aceptaron un consentimiento informado digital y con lo que posteriormente accedieron a contestar las preguntas, mediante la utilización de una plataforma digital. Los médicos residentes pertenecían a una de las 18 especialidades con las que cuenta el Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”. Las evaluaciones fueron llevadas a cabo desde el 12 de diciembre del 2020 al 28 de febrero del 2021, coincidiendo con la ola más alta de casos por día de COVID-19 en México.

9.1 Características sociodemográficas

La población estuvo compuesta por 86 hombres (52.8%) y 77 mujeres (47.2%), con una edad mediana de 29 años (de 25 a 35 [IQR 2]) y la mayoría se encontraban teniendo una relación de pareja estable (68.1%). En cuanto a las especialidades que tuvieron participación, la de Medicina Interna fue la mayoritaria con 34 residentes (20.9%), seguidos de Cirugía General con 23 (14.1%), Pediatría con 19 (11.7%) y Anestesiología con 19 (11.7%); además se tuvo respuesta de residentes de las especialidades de Traumatología y Ortopedia (8.6%), Geriátrica (5.5%), Neurología (5.5%), Imagenología (3.1%), Cardiología (2.4%), Dermatología (2.4%), Oftalmología (1.8%), Neonatología (0.6%) y Nefrología (0.6%). En cuanto al año de la especialidad, los residentes de tercer año (28.8%), primer año (28.2%) y segundo año (27.6%), tuvieron una participación similar, sin embargo, se registró una baja respuesta de los residentes de cuarto año (14.1%) y mayores de cuarto año (1.23%). Por su parte, más de la mitad de los participantes tenían guardias más frecuentes que ABCD (58.9%), seguidos por aquellos con guardias ABCD (20.2%), guardias menos frecuentes que ABCD (14.7%) y guardias telefónicas (6.1%). La mayoría los participantes refirió no haber tenido vacaciones en las últimas dos semanas (79.7%), sin embargo, hubo poca diferencia entre los residentes foráneos (47.2%) y los que no lo son (52.8%) además de aquellos que viven con su familia (49.1%) y los que no (50.9%) (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas

Características	No. (%)
Total de residentes	163
Edad (media)	28.98
Sexo	
Mujeres	77 (47.24%)
Hombres	86 (52.76%)
Pareja	
No	52 (31.90%)
Sí	111 (68.10%)
Especialidad	
Medicina interna	34 (20.86%)
Cirugía general	23 (14.11%)
Pediatria	19 (11.66%)
Ginecología y obstetricia	18 (11.04%)
Anestesiología	19 (11.66%)
Imagenología	5 (3.07%)
Geriatría	9 (5.52%)
Neonatología	1 (0.61%)
Neurología	9 (5.52%)
Traumatología y ortopedia	14 (8.59%)
Cardiología	4 (2.45%)
Dermatología	4 (2.45%)
Nefrología	1 (0.61%)
Oftalmología	3 (1.84%)
Año de especialidad	
R1	46 (28.22%)
R2	45 (27.61%)
R3	47 (28.83%)
R4	23 (14.11%)
Mayor a R4	2 (1.23%)
Tipo de Guardia	
Más frecuente que ABCD	96 (58.90%)
ABCD	33 (20.25%)
Menos frecuente que ABCD	24 (14.72%)
Telefónica	10 (6.13%)
Haber tenido vacaciones en las últimas dos semanas	
No	130 (79.75%)
Sí	33 (20.25%)
Ser foráneo	
No	86 (52.76%)
Sí	77 (47.24%)
Vivir con familia	
No	83 (50.92%)
Sí	80 (49.08%)

9.2 Encuesta sobre COVID-19

La mayoría de los participantes refirieron que: no habían enfermado de COVID-19 (74.2%), sí tuvieron cercanos que enfermaron por COVID-19 (94.5%), no tuvieron cercanos fallecidos por COVID-19 (61.3%), sí atendieron recientemente a algún paciente con COVID-19 (73.6%), no tenían alguna comorbilidad para complicación por COVID-19 (79.1%), no percibieron discriminación por pertenecer al personal de salud (63.2%) y no tenían tratamiento psiquiátrico con medicamento (79.7%). Sin embargo, los resultados fueron muy equitativos para la percepción de haber tenido una capacitación adecuada para la atención de COVID-19 (50.9%) y aquellos que no lo percibieron (49.1%); además de la percepción de haber recibido el equipo de protección personal adecuado para la atención de pacientes de COVID-19 (48.5%) y los que no (51.5%) (Tabla 2).

Tabla 2. Respuestas a encuesta de COVID-19

Respuestas (n= 163)	No. (%)
Haber enfermado de COVID-19	
No	121 (74.2%)
Sí	42 (25.8%)
Tener cercanos que hayan enfermado de COVID-19	
No	9 (5.5%)
Sí	154 (94.5%)
Tener cercanos fallecido por COVID-19	
No	100 (61.4%)
Sí	63 (38.6%)
Atención reciente a algún paciente con COVID-19	
No	43 (26.4%)
Sí	120 (73.6%)
Percibir tener capacitación adecuada para atención de COVID 19	
No	80 (49.1%)
Sí	83 (50.9%)
Percibir recibir el EPP adecuado para la atención de COVID-19	
No	84 (51.5%)
Sí	79 (48.5%)
Tener alguna comorbilidad para complicación por COVID-19	
No	129 (79.1%)
Sí	34 (20.9%)
Percibir discriminación por pertenecer al personal de salud	
No	103 (63.2%)
Sí	60 (36.8%)

Tener tratamiento psiquiátrico con medicamento	
No	130 (79.7%)
Sí	33 (20.3%)

9.3 Resultados de las escalas para Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía médica

Los 163 participantes del estudio contestaron las escalas PHQ-9, GAD-7, MBI y EEMJ. El análisis descriptivo de cada una de las escalas se resume en la Tabla 3.

Tabla 3. Resultados de las escalas

Escalas	n	Media	SD	Min	Max	Mediana	IQR
PHQ-9	163	7.84*	6.02	0	27	7	7
GAD-7	163	6.75 ‡	5.46	0	21	6	7
MBI-CE	163	26.46 §	12.79	1	53	25	20
MBI-D	163	9.44 ¶	7.05	0	30	8	12
MBI-RP	163	39.44 ¯	7.88	2	48	41	9
EMMJ	163	112.58 *x	18.11	28	140	118	26

Tabla 3. PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente. GAD-7: Escala de Trastorno de ansiedad generalizada. MBI-CE: Subescala para cansancio emocional del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-D: Subescala para despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-RP: Subescala para falta de realización personal del Inventario para Burnout de Maslach. EMMJ: Escala de empatía médica de Jefferson. * Corresponde a Depresión leve. ‡ Corresponde a síntomas de Ansiedad leves. § Corresponde a Cansancio Emocional alto. ¶ Corresponde a Despersonalización media. ¯ Corresponde a Falta de Realización Personal baja (La escala se califica de forma inversa, a mayor puntaje más baja la Falta de Realización Personal). *x Corresponde a Empatía Médica sobresaliente.

En cuanto al análisis por severidad de las escalas, una proporción importante de participantes tuvieron síntomas de Depresión de leve a grave (109 [66.9%]), síntomas de Ansiedad de leves a severos (99 [60.7%]) y cansancio emocional alto (78 [47.9%]). Por otra parte, un porcentaje elevado de participantes tuvieron resultados para empatía medica alta (94 [57.7%]) o sobresaliente (50 [30.7%]) (Tabla 4).

Tabla 4. Categorías de severidad para Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía Médica en residentes

Escalas (n= 163)	No. (%)
PHQ-9	
Sin depresión	54 (33.1%)
Depresión leve	64 (39.3%)
Depresión moderada	20 (12.3%)
Depresión moderadamente grave	15 (9.2%)
Depresión grave	10 (6.1%)
GAD-7	
Sin ansiedad	64 (39.3%)
Síntomas leves	66 (40.5%)
Síntomas moderados	18 (11.0%)
Síntomas severos	15 (9.2%)
MBI-CE	
Bajo	34 (20.9%)
Medio	51 (31.3%)
Alto	78 (47.9%)
MBI-D	
Bajo	87 (53.4%)
Medio	25 (15.3%)
Alto	51 (31.3%)
MBI-RP*	
Bajo	114 (69.9%)
Medio	32 (19.6%)
Alto	17 (10.4%)
EMMJ	
Alto	94 (57.7%)
Sobresaliente	50 (30.7%)
Intermedio	17 (10.4%)
Bajo	1 (0.6%)
Deficiente	1 (0.6%)

Tabla 4. PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente. GAD-7: Escala de Trastorno de ansiedad generalizada. MBI-CE: Subescala para cansancio emocional del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-D: Subescala para despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-RP: Subescala para Falta de Realización Personal del Inventario para Burnout de Maslach. EMMJ: Escala de empatía médica de Jefferson. * La escala se califica de forma inversa, a mayor puntaje más baja la Falta de Realización Personal.

9.4 Correlaciones entre los puntajes de las escalas para Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía médica

Se encontró una muy buena correlación positiva entre los puntajes para Depresión medido por la escala PHQ-9, al confrontarlos con los puntajes de GAD-7 ($r = .78$ [$p = <.001$]), MBI-CE ($r = .72$ [$p = <.001$]) y MBI-D ($r = .54$ [$p = <.001$]); además de una buena correlación negativa con los puntajes de MBI-RP ($r = -.44$ [$p = <.001$]). Por su parte, la gravedad de la Ansiedad medida por GAD-7 mostro una muy buena correlación positiva con MBI-CE ($r = .68$ [$p = <.001$]); una buena correlación positiva con MBI-D ($r = .45$ [$p = <.001$]) y una buena correlación negativa con MBI-RP ($r = -.43$ [$p = <.001$]) (Figura 1).

Por otra parte, fue relevante encontrar que la empatía médica y la realización personal tuvieron una buena correlacionaron positiva entre sí ($r = .46$ [$p = <.001$]). Además, ambos puntajes mostraron una correlación negativa con los de síntomas de Depresión, Ansiedad, cansancio emocional y despersonalización. Aunque ambas escalas tuvieron efectos similares en los síntomas de alteración de la salud mental medidos en el estudio, fue de mayor peso la realización personal que la empatía médica (Figura 1).

9.5 Diferencias en los puntajes de las escalas entre las características sociodemográficas

Se encontró que, en relación con el puntaje para Depresión, este fue más alto y con diferencias significativas ($p = <.05$) para los grupos de: mujeres, sin pareja, especialidad en Imagenología y tipo de guardia más frecuente a ABCD. Por otra parte, los puntajes más altos para Ansiedad con diferencias estadísticamente significativas se observaron en los grupos de: mujeres, sin pareja, y en la especialidad de neonatología (Tabla 5).

*

Figura 1. Matriz de correlación entre Depresión, Ansiedad, Síndrome de Burnout y Empatía Médica

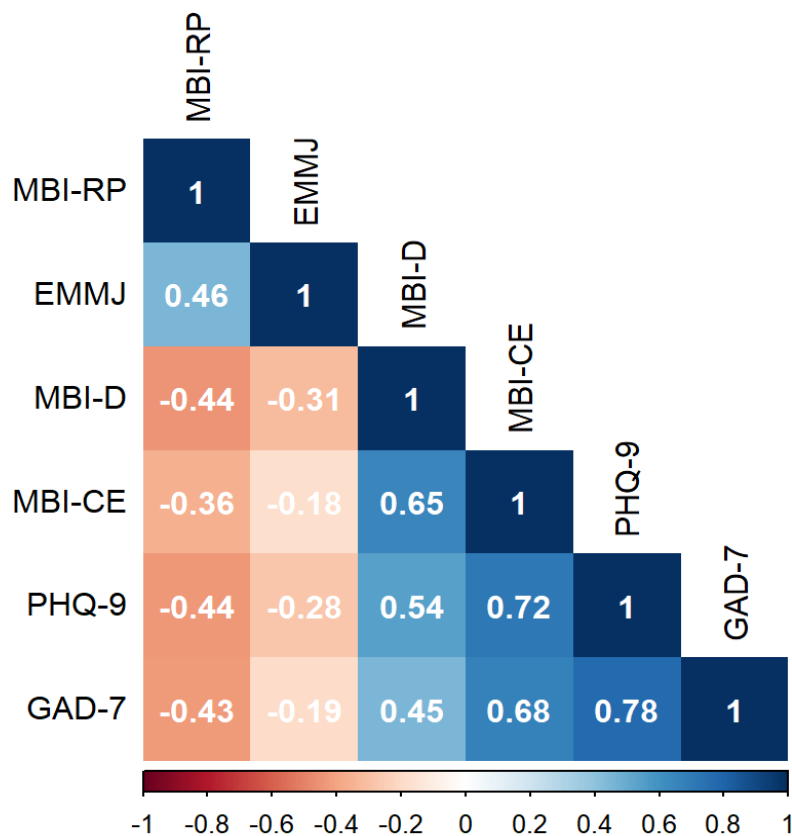


Figura 1. PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente. GAD-7: Escala de Trastorno de ansiedad generalizada. MBI-CE: Subescala para cansancio emocional del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-D: Subescala para despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-RP: Subescala para falta de realización personal del Inventario para Burnout de Maslach. EMMJ: Escala de empatía médica de Jefferson. * La escala se califica de forma inversa, a mayor puntaje más baja la Falta de Realización Personal.

Los grupos de la especialidad en Pediatría, aquellos con guardias menos frecuentes a ABCD, no foráneos y que vivían con su familia; mostraron los puntajes más elevados para MBI-CE con diferencias significativas. Los puntajes más altos para MBI-D con diferencia significativa, se observaron en los residentes de la especialidad de Pediatría, los que no habían tenido vacaciones en las últimas dos semanas y los no foráneos. Por otra parte, no existió una diferencia estadísticamente significativa para los puntajes de MBI-RP y EMMJ, en ninguno de los grupos comparados entre sí (Tabla 6).

Tabla 5. Diferencias en los puntajes para Depresión y Ansiedad entre las características sociodemográficas

Características	PHQ-9*	p	GAD-7*	p
Sexo				
Mujeres	90.12	<0.05	91.28	<0.05
Hombres	74.73		73.69	
Pareja				
No	92.91	<0.05	92.49	0.05
Sí	76.89		77.09	
Especialidad				
Medicina interna	84.58		92.27	
Cirugía general	94.34		78.73	
Pediatría	98.60		106.15	
Ginecología y obstetricia	101.94		98.58	
Anestesiología	64.10		68.73	
Imagenología	105.80		75.10	
Geriatría	76.16	<0.05	65.44	<0.05
Neonatología	48.00		109.50	
Neurología	76.27		77.38	
Traumatología y ortopedia	70.64		75.14	
Cardiología	27.12		17.00	
Dermatología	17.00		18.75	
Nefrología	59.50		83.50	
Oftalmología	73.16		90.33	
Año de especialidad				
R1	91.21		93.27	
R2	80.52		87.85	
R3	79.38	0.56	73.20	0.10
R4	73.30		69.02	
Mayor a R4	64.75		47.00	
Tipo de Guardia				
Más frecuente que ABCD	90.79		89.54	
ABCD	69.37	<0.05	73.77	0.06
Menos frecuente que ABCD	75.22		74.81	
Telefónica	55.50		53.95	
Haber tenido vacaciones en las últimas dos semanas				
No	82.41	0.83	81.05	0.61
Sí	80.39		85.74	
Ser foráneo				
No	85.86	0.27	88.50	0.06
Sí	77.69		74.74	
Vivir con familia				
No	77.84	0.25	74.90	0.05
Sí	86.31		89.36	

Tabla 5. PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente. GAD-7: Escala de Trastorno de ansiedad generalizada. *Rango promedio

Tabla 6. Diferencias en los puntajes para Síndrome de Burnout y Empatía Médica entre las características sociodemográficas

Características	MBI-CE**	p	MBI-D*	p	MBI-RP*	p	EMMJ*	p
Sexo								
Mujeres	28.00	0.07	75.45	0.09	81.33	0.86	86.73	0.23
Hombres	25.08		87.86		82.60		77.77	
Pareja								
No	27.85	0.17	89.49	0.17	83.19	0.83	82.69	0.90
Sí	25.81		78.49		81.44		81.68	
Especialidad								
Medicina interna	28.15	<0.05	88.82	<0.05	84.63	0.20	77.92	0.39
Cirugía general	27.78		98.23		72.08		66.10	
Pediatría	35.95		106.81		57.97		85.47	
Ginecología y obstetricia	29.17		84.88		86.52		93.88	
Anestesiología	22.53		50.68		100.92		105.13	
Imagenología	25.40		92.10		66.90		64.20	
Geriatría	23.78		71.50		77.22		58.11	
Neonatología	13.00		54.00		141.00		78.50	
Neurología	21.33		63.00		70.05		85.88	
Traumatología y ortopedia	27.21		98.85		86.67		86.82	
Cardiología	6.00		28.25		90.87		75.00	
Dermatología	7.50		14.75		131.00		90.50	
Nefrología	33.00		37.00		63.00		25.50	
Oftalmología	22.33		82.66		96.33		95.33	
Año de especialidad								
R1	30.07	0.07	89.55	0.63	76.44	0.60	75.93	0.84
R2	27.09		79.06		78.35		81.85	
R3	25.05		82.13		85.61		85.22	
R4	21.70		74.76		93.80		88.32	
Mayor a R4	17.50		54.25		71.00		76.25	
Tipo de Guardia								
Más frecuente que ABCD	28.21	<0.05	86.81	0.08	77.73	0.45	82.68	0.91
ABCD	22.58		77.28		91.63		83.00	
Menos frecuente que ABCD	28.46		83.60		81.54		75.89	
Telefónica	17.70		47.45		92.25		86.80	
Haber tenido vacaciones en las últimas dos semanas								
No	26.68	0.33	85.66	<0.05	80.83	0.53	81.65	0.85
Sí	25.61		67.58		86.62		83.38	
Ser foráneo								
No	28.92	<0.05	91.00	<0.05	83.76	0.62	83.79	0.61
Sí	23.71		71.96		80.04		80.00	
Vivir con familia								
No	24.05	<0.05	75.32	0.07	82.57	0.87	82.65	0.86
Sí	28.96		88.93		81.41		81.33	

Tabla 6. MBI-CE: Subescala para cansancio emocional del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-D: Subescala para despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-RP: Subescala para falta de realización personal del Inventario para Burnout de Maslach. EMMJ: Escala de empatía médica de Jefferson. *Rango promedio. **Media de puntaje.

9.6 Diferencias en los puntajes de las escalas entre las respuestas de la encuesta sobre COVID-19

Se encontró que los residentes que atendieron a algún paciente con COVID-19 en las últimas dos semanas tuvieron puntajes más elevados para Depresión. Así mismo, los residentes que refirieron tener alguna comorbilidad para complicarse en caso de enfermarse de COVID-19 mostraron puntajes más elevados para Ansiedad. Se observó también, que los residentes que no percibieron tener una capacitación adecuada para la atención de pacientes con COVID-19, los que llegaron a percibir discriminación por pertenecer al personal de salud y aquellos que tenían tratamiento psiquiátrico con medicamento; presentaron puntajes más altos tanto para Depresión como Ansiedad con diferencias estadísticamente significativas (Tabla 7).

En cuanto a Síndrome de Burnout, existió una diferencia significativa en los puntajes para MBI-D entre los residentes que refirieron tener alguna comorbilidad. Aquellos residentes que tuvieron cercanos enfermos de COVID-19, los que atendieron recientemente a un paciente con COVID-19, los que percibieron discriminación por pertenecer al personal de salud y los que tenían tratamiento psiquiátrico con medicamento; mostraron puntajes más elevados con diferencia estadística en las subescalas para MBI-CE y MBI-D. Además, se observó que los residentes que no percibieron tener una capacitación adecuada para atender pacientes de COVID-19, tuvieron puntajes más graves para todas las subescalas de Síndrome de Burnout (MBI-CE, MBI-D y MBI-RP). Por otra parte, no se observó ninguna diferencia estadísticamente significativa en los puntajes para EMMJ (Tabla 8).

Tabla 7. Diferencias en los puntajes para Depresión y Ansiedad entre las respuestas de la encuesta sobre COVID-19

Características	PHQ-9*	p	GAD-7*	p
Haber enfermado de COVID-19				
No	79.13	0.19	81.83	0.94
Sí	90.26		82.48	
Tener cercanos que hayan enfermado de COVID-19				
No	64.78	0.26	77.22	0.75
Sí	83.01		82.28	
Tener cercanos fallecido por COVID-19				
No	79.14	0.33	80.36	0.57
Sí	86.55		84.61	
Atención reciente a algún paciente con COVID-19				
No	67.59	<0.05	73.79	0.18
Sí	87.16		84.94	
Percibir tener capacitación adecuada para atención de COVID 19				
No	90.52	<0.05	94.11	<0.05
Sí	73.79		70.33	
Percibir recibir el EPP adecuado para la atención de COVID-19				
No	86.95	0.17	87.54	0.12
Sí	76.74		76.11	
Tener alguna comorbilidad para complicación por COVID-19				
No	78.63	0.08	77.90	<0.05
Sí	94.79		97.57	
Percibir discriminación por pertenecer al personal de salud				
No	72.26	<0.05	72.53	<0.05
Sí	98.73		98.26	
Tener tratamiento psiquiátrico con medicamento				
No	74.14	<0.05	76.02	<0.05
Sí	112.97		105.56	

Tabla 7. PHQ-9: Cuestionario sobre la salud del paciente. GAD-7: Escala de Trastorno de ansiedad generalizada. *Rango promedio

Tabla 8. Diferencias en los puntajes para Síndrome de Burnout y Empatía Médica entre las respuestas de la encuesta sobre COVID-19

Características	MBI-CE**	p	MBI-D*	p	MBI-RP*	p	EMMJ*	p
Haber enfermado de COVID-19								
No	25.91		79.45		82.90		82.26	
Sí	28.05	0.18	89.36	0.24	79.42	0.68	81.26	0.91
Tener cercanos que hayan enfermado de COVID-19								
No	19.33		51.78		88.33		76.78	
Sí	26.88	<0.05	83.77	<0.05	81.63	0.68	82.31	0.73
Tener cercanos fallecido por COVID-19								
No	25.86		76.59		86.63		83.97	
Sí	27.41	0.23	90.59	0.07	74.66	0.11	78.88	0.50
Atención reciente a algún paciente con COVID-19								
No	22.86		62.26		92.93		91.44	
Sí	27.75	<0.05	89.08	<0.05	78.08	0.08	78.62	0.13
Percibir tener capacitación adecuada para atención de COVID 19								
No	29.28		90.89		70.61		76.56	
Sí	23.75	<0.05	73.43	<0.05	92.98	<0.05	87.24	0.15
Percibir recibir el EPP adecuado para la atención de COVID-19								
No	27.65		88.08		77.35		79.79	
Sí	25.19	0.11	75.54	0.09	86.94	0.19	84.35	0.54
Tener alguna comorbilidad para complicación por COVID-19								
No	25.96		77.03		83.18		82.03	
Sí	28.35	0.17	100.84	<0.05	77.51	0.53	81.87	0.99
Percibir discriminación por pertenecer al personal de salud								
No	23.39		71.57		85.52		80.36	
Sí	31.73	<0.05	99.90	<0.05	75.95	0.21	84.81	0.56
Tener tratamiento psiquiátrico con medicamento								
No	25.23		77.38		84.60		85.00	
Sí	31.30	<0.05	100.20	<0.05	71.77	0.16	70.20	0.11

Tabla 8. MBI-CE: Subescala para cansancio emocional del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-D: Subescala para despersonalización del Inventario para Burnout de Maslach. MBI-RP: Subescala para falta de realización personal del Inventario para Burnout de Maslach. EMMJ: Escala de empatía médica de Jefferson. *Rango promedio. **Media de puntaje.

10. Discusión

Este estudio transversal incluyó a 163 residentes de un hospital general en la ciudad de San Luis Potosí durante el pico más alto de casos registrados y hospitalizaciones por COVID-19 en México. Fue evidente un alto porcentaje de residentes con síntomas depresivos (66.9%) y ansiosos (60.7%); lo que apoya el argumento de que la población de residentes son una población de riesgo para alteraciones en la salud mental. Los datos obtenidos en este trabajo rebasan los resultados obtenidos en otros estudios realizados en países diferentes, como los reportados antes de la pandemia por Center C et al. en médicos residentes con prevalencias de síntomas de depresivos de 47.5%, lo que nos hace pensar que el enfrentar una pandemia puede elevar los porcentajes de síntomas depresivos en esta población. En cuanto a los síntomas ansiosos se obtuvo una prevalencia más alta en comparación con los reportados por Sofia Pappa et al. en el personal de salud durante la pandemia de COVID-19, creemos que probablemente las condiciones generales de atención a la contingencia sanitaria en México y/o las condiciones particulares del grupo de residentes médicos podrían influir en estas diferencias.

Nuestros resultado mostraron poca diferencia entre los porcentajes de Cansancio Emocional alto (47.9%) en comparación con los reportados por Guevara et al. en médicos internos y residentes de Colombia antes de la pandemia por COVID-19 (52%); consideramos que la carga laboral está más implicada en los cambios en el Cansancio Emocional, por lo tanto, el aumento en los porcentajes de Depresión y Ansiedad en los residentes pudieran explicarse mejor por factores emocionales relacionados con el enfrentar una pandemia, que por el aumento en la carga laboral y el Cansancio Emocional, antes y durante la COVID-19. Sin embargo, también se debe tomar en cuenta que el marco jurídico y las condiciones laborales de los residentes médicos varía ampliamente dependiendo del país, lo cual, también pudiera explicar una parte de las diferencias en los porcentajes de alteraciones en la salud mental de los mismos.

En este estudio se observamos una correlación de buena a muy buena entre los puntajes para Depresión y Ansiedad, con las subescalas de SB (MBI-CE, MBI-D y MBI-RP), lo que apoya resultados similares obtenidos en estudios realizados en médicos residentes en México. Por otra parte, este estudio demostró una buena correlación entre menos falta de Realización Personal y mayor Empatía Médica, siendo este hallazgo una línea interesante de investigación en trabajos futuros.

En cuanto a las variables sociodemográficas, al igual que en otros estudios realizados en el mundo, las mujeres presentaron puntajes más elevados para Depresión y Ansiedad en comparación con los hombres, sin embargo, no existieron diferencias para el sexo en los puntajes para SB o Empatía Médica, lo que podría sugerir que esta diferencia en los puntajes tendría que ver con variables no relacionadas al ámbito laboral de los residentes, sin embargo, habría que utilizar otros diseños de estudio para confirmar dicha hipótesis. Esta investigación apoya otros posibles factores de riesgo para alteraciones de la salud mental de los residentes como lo fueron: el no tener pareja y el tipo de guardia más frecuente que ABCD. Además, basado en los resultados, proponemos como otros posibles factores de riesgo sociodemográficos para el desarrollo de SB en residentes: el ser foráneo y vivir con la familia.

En la encuesta sobre COVID-19, se intentó medir ciertas características de la población relacionadas con la pandemia que pudieran influir en las alteraciones de salud mental, encontrándose que la percepción de no haber tenido una capacitación adecuada para la atención de pacientes con COVID-19 mostró puntajes más elevados para Depresión, Ansiedad, Cansancio Emocional, Despersonalización y falta de Realización Personal; por lo tanto, sugerimos que la capacitación puede ser un factor de riesgo o protector modificable para influir en la salud mental de los residentes durante una contingencia sanitaria, sin embargo, se ameritan otros estudios con diferente metodología e instrumentos más precisos para comprobarlo.

Otros resultados interesantes relacionados a la situación especial de la pandemia que pudieran influir en la salud mental de los residentes fueron: la atención reciente a pacientes con COVID-19, tener comorbilidades para complicación en caso de enfermarse por COVID-19, percibir discriminación por pertenecer al personal de salud, tener tratamiento psiquiátrico con medicamento y tener cercanos que hayan enfermado de COVID-19. De igual manera habría que estudiarse más fondo con instrumentos más precisos, pero se proponen como posibles factores de riesgo que pudieran servir en el futuro en caso de enfrentar nuevamente una contingencia sanitaria de similar magnitud.

11. Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación

Esta investigación tiene múltiples limitaciones. Se realizó en un hospital No-COVID, en una sola población de riesgo que no permite generalizar los resultados. El diseño del estudio fue transversal y no permite asociar una causalidad de las variables medidas, sin tener otras mediciones en el tiempo o seguimiento a futuro. Se tuvo una participación del 77.6% del total de los residentes, por lo que existe un sesgo de respuesta, en el que aquellos que no participaron, se encontrarán desinteresados, más estresados y/o con mayor carga de trabajo, por tanto, los resultados obtenidos podrían estar subestimados.

12. Conclusión

Este estudio a pesar de sus limitaciones apoya la evidencia de que los residentes médicos son una población de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, además de que fortalece la evidencia de ciertos factores de riesgo conocidos para las alteraciones en la salud mental de los residentes, y propone nuevas líneas de investigación interesantes que pudieran ayudar a prevenir o influir en la salud mental de los residentes, tales como el tipo de guardias y la capacitación. Propone también, nuevos factores de riesgo para vigilancia de residentes con mayor riesgo de alteraciones en la salud mental, tales como ser foráneos, vivir con su familia en

tiempo de pandemia y tener comorbilidades médicas que se pudieran complicar en caso de infección. Por otra parte, correlaciona la realización personal y la empatía médica, como posibles variables poco estudiadas en las características del médico.

13. Bibliografía

1. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization; 2004.
2. Guillermo Axayacalt Gutiérrez Aceves, Miguel Ángel Celis López. Síndrome de Burnout. Arch Neurocién (Mex) Vol. 11, No. 4: 305-309, 2006.
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. J Occupational Behavior 1981; 2: 99-113.
4. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice. N Engl J Med 2004; 350(1):69-75.
5. Guevara CA, Henao DP, Herrera JA. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Colombia Médica 2004; 35(4):173-8.
6. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública 2004; 78(4): 505-16.
7. Gouveia Pedro Alves da Cruz, Ribeiro Neta Maria Hosana Chaves, Aschoff Carlos Alberto de Moura, Gomes Doris Pires, Silva Nadine Anita Fonseca da, Cavalcanti Helton Alexsandro Firmino. Factors associated with burnout syndrome in medical residents of a university hospital. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2017 June [cited 2020 June 12]; 63(6): 504-511.
8. Thomas NK. Resident burnout. JAMA. 2004; 292(23):2880-9.
9. Prins JT, Gazendam-Donofrio SM, Tubben BJ, van der Heijden FM, van de Wiel HB, Hoekstra-Weebers JE. Burnout in medical residents: a review. Med Educ. 2007; 41(8):788-800.
10. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001; 52:397-422.

11. Ruiz CO, Rios FL. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4(1):137-60.
12. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos depresivos. In: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) 5ta Edición. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014. p. 155-188.
13. (30.) Wagner, Fernando A., González-Forteza, Catalina, Sánchez-García, Sergio, García-Peña, Carmen, & Gallo, Joseph J.. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35(1), 3-11. Recuperado en 11 de julio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&tlng=es.
14. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: A consensus statement. *JAMA* 2003;289:3161-6.
15. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med* 2002;136:384-90.
16. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-67.
17. Elizabeth Pérez Cruz. Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Med Int Mex* 2006; 22:282-6.
18. T'Sarumi O. 1-227: Physician Suicide: A Silent Epidemic. Reunión Anual de la American Psychiatric Association (APA) 2018. Presentado el 5 de mayo de 2018; Nueva York, Estados Unidos.
19. Sansone RA, Sansone LA. Physician suicide: a fleeting moment of despair. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009;6(1):18–22.
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos de ansiedad. In: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) 5ta Edición. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. p. 189-234.

21. Asociación Americana de Psiquiatría. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. In: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®) 5ta Edición. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. 2014. p. 309-328.
22. Estryn-Behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med*. 1990;47:20–8.
23. Sofia Pappaa, Vasiliki Ntella, Timoleon Giannakas, Vassilis G. Giannakoulis, Eleni Papoutsis, Paraskevi Katsaounou. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity* 88 (2020) 901-907.
24. Eagle, M., & Wolitzky, D. L. (1997). Empathy: A psychoanalytic perspective. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (p. 217–244). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10226-009>
25. Ewa Walocha, Krzysztof A. Tomaszewski, Ewa Wilczek-Rużyczka, Jerzy Walocha. Empathy and Burnout among physicians of different specialities. *Folia medica Cracoviensia*. Vol. LIII. 2013: 35–42.
26. Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS One*. 2013;8(4):e61526. Published 2013 Apr 19. doi:10.1371/journal.pone.0061526
27. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol*. 2016;7:763. Published 2016 May 26. doi:10.3389/fpsyg.2016.00763
28. Heidi von Harscher, Nathaly Desmarais, Robert Dollinger, Seth Grossman & Scarlett Aldana. The impact of empathy on burnout in medical students: new findings. *Psychology, Health & Medicine*. 2018;23:3, 295-303. Published online: 28 Sep 2017. doi: 10.1080/13548506.2017.1374545
29. <https://www.gob.mx/salud/documentos/informacion-para-personal-de-salud>

30. Bogoch, A. Watts, A. Thomas-Bachli, C. Huber, M.U.G. Kraemer, K. Khan. Pneumonia of unknown etiology in wuhan, China: potential for international spread via commercial air travel, *J. Trav. Med.* (2020), <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa008>.
31. Hussin A. Rothana, Siddappa N. Byrareddy. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of autoimmunity*. 2020. doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
32. Lai, C. C., Wang, C. Y., Wang, Y. H., Hsueh, S. C., Ko, W. C., & Hsueh, P. R. (2020). Global epidemiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19): disease incidence, daily cumulative index, mortality, and their association with country healthcare resources and economic status. *International journal of antimicrobial agents*, 55(4), 105946. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105946>
33. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) Interim guidance. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf
34. Jianbo Lai, MSc; Simeng Ma, MSc; YingWang, MSc; Zhongxiang Cai, MD; Jianbo Hu, MSc; NingWei, MD; JiangWu, MD; Hui Du, MD; Tingting Chen, MD; Ruiting Li, MD; Huawei Tan, MD; Lijun Kang, MSc; Lihua Yao, MD; Manli Huang, MD; HuafenWang, MD; GaohuaWang, MD; Zhongchun Liu, MD; Shaohua Hu, MD. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
35. Secretaría de salud, Comisión coordinadora de institutos nacionales de salud y hospitales de alta especialidad. Lineamiento para la atención de pacientes por COVID-19. 14 de febrero del 2020.
36. Dirección General de Epidemiología. (2020). Covid-19 México. Ciudad de México, México. Todo sobre el Coronavirus. <https://coronavirus.gob.mx/datos/>
37. Chua, S. E., Cheung, V., Cheung, C., McAlonan, G. M., Wong, J. W., Cheung, E. P., Tsang, K. W. (2004). Psychological Effects of the SARS Outbreak in Hong Kong on High-Risk Health Care Workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(6), 391–393. <https://doi.org/10.1177/070674370404900609>

38. Fernando Austria-Corrales, Beatriz Cruz-Valdés, Loredmy Herrera-Kiengelher. Síndrome de burnout en médicos mexicanos en entrenamiento durante una contingencia sanitaria por virus de influenza A H1N1. *Gaceta Médica de México*. 2011;147:97-103.
39. Mihai C.T. Dimitriua, Anca Pantea-Stoiana, Alexandru C. Smarandad, Anca A. Nicad, Alexandru C. Carapa, Vlad D. Constantina, Ana M. Davitoiua, Catalin Cirstoveanua, Nicolae Bacalbasaa, Ovidiu G. Bratua, Florentina Jacota-Alexeb, Cristinel D. Badiua, Catalin G. Smarandachea, Bogdan Socea. Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses* 144. .2020. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
40. Rodolfo Rossi, MD; Valentina Socci, PhD; Francesca Pacitti, MD; Giorgio Di Lorenzo, MD; Antinisca Di Marco, PhD; Alberto Siracusano, MD; Alessandro Rossi, MD. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health CareWorkers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Network Open*. 2020;3(5). doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
41. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
42. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
43. Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
44. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002;77(10 Suppl):S58-S60. doi:10.1097/00001888-200210001-00019
45. AMM. *Asamblea Médica Mundial* [en línea]. Ferney-Voltaire, Francia: Asociación Médica Mundial; 2015 [Consulta 29 Ago 2015]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/>

46. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación. 2013 ene 04.

47. Parra Ramírez Giovanny de Jesús, Cámara Vallejos Rubén Marcelo. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. Investigación educ. médica [revista en la Internet]. 2017 Dic [citado 2020 Sep 06] ; 6(24): 221-227. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572017000400221&lng=es. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.001>

14. ANEXOS

14.1 Hoja de recolección de datos digital

La Hoja de recolección de datos se hizo de forma digital en la plataforma de Google Forms con la finalidad de poder contestarse en cualquier dispositivo con acceso a internet. Antes de la recolección de datos se anexa un Link, el cual, redirige a un documento de PDF con el consentimiento informado anexado en el apartado anterior , con la finalidad de leerse antes de iniciar el cuestionario (<https://www.dropbox.com/s/oxcmt3e7jft7x5y/Carta%20de%20consentimiento%20informado%20digital.pdf?dl=0>). Posteriormente se pide la aceptación del consentimiento informado y la aceptación para el uso de datos, los cuales solo al aceptarse, permite la continuación para la recolección de datos.

Lea las instrucciones antes de contestar cada sección de la encuesta.

Lea las siguientes oraciones, seleccione la opción que considere más adecuada a su situación

Edad en años (solo número) *

Tu respuesta _____

Sexo *

- Femenino
- Masculino

Tengo pareja estable *

- Sí
- No

Pertenezco a la especialidad de: *

- Medicina interna
- Cirugía general
- Pediatría
- Ginecología y obstetricia
- Anestesiología
- Radiología e imagen
- Anatomía patológica
- Cardiología
- Cirugía maxilofacial
- Dermatología
- Geriátría
- Nefrología
- Neonatología
- Neurología
- Neurología pediátrica
- Oftalmología
- Traumatología y ortopedia
- Reumatología

Año de residente *

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

Tipo de turno de guardia *

- Mas frecuente de ABCD
- ABCD
- Menos frecuente que ABCD
- Telefónica

Me encuentro de vacaciones en este momento o tengo menos de 2 semanas de regresar de mi periodo vacacional *

- Sí
- No

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

Sí

No

Comparto mi domicilio con algún familiar *

Sí

No

En algún momento he sido diagnosticado con COVID-19 *

Sí

No

Tengo amigos o familiares que han sido diagnosticados de COVID-19 *

Sí

No

Tengo amigos o familiares que han fallecido a causa de COVID-19 *

Sí

No

En las últimas dos semanas, he atendido pacientes confirmados de COVID-19 *

Si

No

Considero que se me ha dado la capacitación adecuada en el hospital para la atención a pacientes con COVID-19 *

Si

No

Considero que se me ha dado la protección adecuada en el hospital para la atención de pacientes COVID-19 *

Si

No

Considero que se me ha dado la protección adecuada en el hospital para la atención de pacientes COVID-19 *

- Sí
- No

Padezco de alguna comorbilidad médica que pudiera llegar a complicar la COVID-19 en caso de contagiarme (Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, tabaquismo, inmunosupresión, obesidad) *

- Sí
- No

Me he sentido agredido o discriminado debido a mi profesión durante la pandemia *

- Sí
- No

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

- Sí
- No

[Atrás](#)

[Siguiete](#)

14.2 Cuestionarios y/o formatos.

14.2.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS)

Cuestionario de 22 reactivos con respuestas tipo Likert que mide frecuencia e intensidad del componente a evaluar según el resultado. Se distribuye en tres subescalas: 1) Cansancio Emocional (CE) formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar agotados y abrumados (puntajes: alto ≥ 27 , medio 17 a 26 y bajo 0 a 16); 2) Despersonalización (D), constituida por 5 reactivos, que describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos (puntajes: alto ≥ 14 , medio 9 a 13 y bajo 0 a 8); 3) falta de Realización Personal y en el trabajo (RP), con 8 ítems que describen sentimientos de falta de motivación (puntajes: alto < 30 , medio 36 a 31 y bajo 48 a 37). Para las dimensiones "CE" y "D", altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse y para la de "RP", bajas puntuaciones se relacionan a altos sentimientos de quemarse. Este instrumento es confiable, tanto en su validez factorial, concurrente y discriminante. Para el presente estudio, una persona que se encuentre en los niveles altos y medios será un sujeto con Síndrome de Burnout.

CANSANCIO EMOCIONAL

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

DESPERSONALIZACIÓN

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

REALIZACIÓN PERSONAL

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

0 = nunca

1 = pocas veces al año

2 = Una vez al mes

3 = pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = todos los días

14.2.2 Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9)

Es una escala auto aplicable tipo Likert que se basa en los criterios del DSM-IV para depresión mayor, consta de 9 ítems que miden la frecuencia de los síntomas con respuestas que van de 0 a 3. Los puntajes posibles de la suma de los ítems oscilan entre 0 a 27 puntos, y se clasifica en grados los según la severidad: sin depresión (0 a 4 puntos), depresión leve (5 a 9 puntos), depresión moderada (10 a 14), depresión moderadamente grave (15 a 19 puntos) y depresión grave (20 a 27 puntos).

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

14.2.3 Escala de Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Es un instrumento auto aplicable que ha sido creado como screening en el trastorno de ansiedad generalizada según los criterios del DSM-IV. Está compuesto por 7 ítems de respuesta tipo Likert con respuestas que van de 0 a 3 según la frecuencia de presentación, y que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno. Se obtiene una puntuación total de la suma de puntuaciones de todos los ítems, que puede oscilar entre 0 y 21 puntos. Los puntajes posibles se pueden expresar en grados siendo: sin síntomas de ansiedad (0 a 4 puntos), síntomas de ansiedad leves (5 a 10 puntos), síntomas de ansiedad moderados (11 a 15 puntos) y síntomas de ansiedad severos (16 a 21 puntos).

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

14.2.4 Escala médica de empatía de Jefferson (EMMJ-S)

Es un instrumento auto aplicable que ha sido creado por el Centro de Investigación en Educación y Atención Médica (Center for Research in Medical Education and Health Care) de la Universidad de Jefferson, la cual se basa en la literatura sobre la empatía y siendo diseñada su versión para estuantes para la población de estudiantes de medicina, escogiéndose esta versión debido a su validación en México y escala de ponderación en grupo control. La escala está compuesta por 20 ítems de respuesta tipo Likert con respuestas que van de 1 a 7 según el grado de acuerdo con las oraciones, siendo las primeras 10 preguntas calificadas de forma positiva (1 = Totalmente en desacuerdo; 7 = Totalmente de acuerdo); y las siguiente 10 preguntas calificadas de forma inversa negativa (1 = Totalmente de acuerdo; 7 = Totalmente en desacuerdo); la escala es multidimensional donde se incluyen 3 áreas: toma de perspectiva, atención con compasión y “habilidad de ponerse en los zapatos del paciente”. El resultado se obtiene de la suma de puntuaciones de todos los ítems, que puede oscilar entre 20 a 140 puntos. Para los fines de nuestra investigación y basándonos en la desviación estándar de un estudio piloto realizado en México, se creó la escala ponderada de empatía médica presentada, diseñada para establecer el nivel de empatía médica (47). En ella, cada nivel está representado por dos desviaciones estándar, por lo que los puntajes posibles se pueden expresar en niveles siendo: Deficiente (20 a 35 puntos), Bajo (36 a 61 puntos), Intermedio (62 a 87 puntos), Sobresaliente (88 a 113 puntos), y Alto (114 a 140 puntos).

Escala Médica de Empatía de Jefferson, en su versión al español

INSTRUCCIONES: (EN RELACION CON EL TRABAJO MEDICO) Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones escribiendo el número apropiado en la línea que se encuentra antes de cada oración.

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. No disfruto leer literatura no médica o arte. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |