



**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA  
FUENTE MUÑIZ**

**TESIS**

**“RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL DESARROLLO DE  
SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN RESIDENTES DE  
PSIQUIATRÍA”**

**AUTOR:**

**DR. ERICK RICARDO LÓPEZ SOTO.**

**MÉDICO RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA DE CUARTO AÑO**

**EN OPCIÓN AL TÍTULO DE:**

**MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**TUTORES:**

**TEÓRICA: DRA. BRISA GISEL MONROY CORTÉS**

**METODOLÓGICA: DRA. MÓNICA FLORES RAMOS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	<b>3</b>
<b>Marco Teórico</b> .....	<b>4</b>
- ¿Qué es la resiliencia?.....	<b>4</b>
- Neurobiología de la resiliencia.....	<b>5</b>
- Resiliencia y su relación con salud mental.....	<b>7</b>
- Desarrollo de síntomas psiquiátricos en residentes de la especialización en psiquiatría.....	<b>8</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>9</b>
<b>Justificación</b> .....	<b>10</b>
<b>Objetivos de investigación</b> .....	<b>10</b>
<b>Material y método</b> .....	<b>10</b>
<b>Resultados</b> .....	<b>15</b>
<b>Discusión</b> .....	<b>25</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>31</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>32</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>36</b>

## RESUMEN

**Introducción:** La resiliencia es la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al presentarse un evento estresante, y tiene relación con la respuesta al estrés. Los trastornos mentales van asociados con estrés significativo, por lo que la capacidad de sobrellevar el estrés es una herramienta útil en la prevención de estos. La formación médica, se acompaña de cargas académicas y laborales complejas. Así, los médicos reflejan una prevalencia de psicopatología mayor que en la población general. Esta investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la resiliencia y el desarrollo de síntomas psiquiátricos en médicos residentes de psiquiatría. **Material y métodos:** Se invitó a participar a los médicos residentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) tanto de nuevo ingreso como del primer año del curso de especialidad hasta el cuarto, siendo en total 115 médicos residentes. Se utilizaron las escalas Resi-M y SCL-90 para conocer el grado de resiliencia y de psicopatología en los participantes, a través de un Formulario Google® de acceso libre. La información fue manejada de forma confidencial. Para el análisis estadístico se realizó Correlación de Spearman, para las variables cuantitativas, así como U de Mann Whitney para variables dicotómicas. **Resultados:** Participaron 56 médicos residentes, 28.6% de nuevo ingreso. La prevalencia de trastornos mentales fue 33.9%. Se encontró correlación negativa entre la resiliencia y el índice global de severidad de síntomas psiquiátricos (IGS) (-0.697), así como con la depresión (-0.639), las obsesiones (-0,671) y la sensibilidad interpersonal (-0.638). Existieron diferencias significativas entre los residentes con diagnósticos psiquiátricos y aquellos que no, observándose una menor resiliencia en el primer grupo en comparación con el segundo. (144 vs 154 respectivamente). **Discusión:** La resiliencia guarda relación con el desarrollo de psicopatología. Si bien no se ha estudiado a profundidad este vínculo en el pasado en personal médico, existe una mayor prevalencia de psicopatología en esta población. Los médicos residentes tienen una mayor exposición a estrés, por lo que la resiliencia podría ser un constructo aprovechable en términos psicoterapéuticos para favorecer la salud mental de los mismos. **Conclusiones:** Existe una prevalencia elevada de síntomas psiquiátricos en los médicos residentes de psiquiatría. Una mayor resiliencia está relacionada con menores niveles de psicopatología en los médicos residentes, por lo que intervenciones dirigidas a este constructo, podrían reducir la prevalencia de afecciones psiquiátricas en estos.

## MARCO TEÓRICO

### ¿Qué es la resiliencia?

El término resiliencia proviene del latín, *Resilio*, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar o rebotar. El diccionario de la real academia española define resiliencia como “Capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido.” (RAE) Es claramente, un concepto de la física y de la ingeniería civil, que luego fue adaptado a las ciencias sociales. (1)

Aquellos que han descrito y elaborado el concepto de resiliencia han encontrado que la habilidad para afrontar de forma exitosa el estrés y los eventos adversos provienen de la interacción de diversos elementos en la vida del niño, los cuales se pueden dividir en propios del niño como: como el temperamento la inteligencia; el locus de control interno; en las características de la familia, que tienen que ver con la crianza; y el ambiente de la comunidad en la que el niño vive, destacando las cualidades de apoyo que están presentes. De esta forma se pueden determinar el número, intensidad y duración de las circunstancias estresantes o adversas por las que ha pasado el niño, especialmente a temprana edad. (1)

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy y que la define como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante”.(2) Otro semejante es la de Masten quien la definió como “un tipo de fenómeno caracterizado por buenos resultados a pesar de las serias amenazas para la adaptación o el desarrollo”.(3) Para Luthar, Cicchetti y Becker la resiliencia se refiere a “un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa”.(4) Finalmente, en la revisión de Fergus y Zimerman, indican que la resiliencia se refiere al proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo.(5) Rutter lo describe como el fenómeno de sobreponerse al estrés o la adversidad. Esto es, poniéndolo en términos operacionales, que ha habido un resultado relativamente bueno en una persona, tras la exposición a una experiencia que ha demostrado acarrear un mayor riesgo para el desarrollo de psicopatología. El enfoque es estrictamente sobre la resistencia relativa a las experiencias psicosociales de riesgo.(6)

Un concepto unificador en el sentido biopsicosocial es considerarla como un proceso dinámico adaptativo que permite mantener o recuperar la homeostasis en condiciones de estrés. El concepto incluye al menos dos procesos: el de sustentabilidad que previene y atenúa los trastornos sobre la salud mental después de una exposición a graves adversidades, y el de recuperación que permite salir de las alteraciones mentales que sobreviene después de la adversidad. La puesta en marcha de estos procesos y su nivel de eficacia dependen de los siguientes factores individuales: a) el nivel de salud mental previo al evento, b) la velocidad y la intensidad con la que se presenta la alteración después del evento, c) la velocidad y el momento de instalación de la recuperación y d) el nivel de salud mental posterior a la exposición y su relación con la respuesta. Si se consideran estos aspectos entonces las trayectorias de este proceso serán diferentes de acuerdo con las características individuales. (7)

Por lo que concierne a la investigación en seres humanos, se ha centrado en la valoración de tres dominios psicológicos básicos asociados con la resiliencia: el apego seguro, las emociones positivas y el propósito de vida. Se considera que la primera y más importante fuente de la resiliencia en la vida humana es el apego que se desarrolla con su cuidador primario en las etapas tempranas de la vida. La conducta de apego ante situaciones de estrés se manifiesta como proximidad, confort y

seguridad. En una relación de apego seguro el infante aprende a integrar las experiencias cognitivas y afectivas en una sola representación mental y aprenderá a depositar confianza en otros a lo largo de su infancia y adolescencia. La liga psicológica entre el apego seguro y la resiliencia se considera que está reflejada por un modelo de trabajo interno que el niño elabora a partir de sus experiencias de apego desde el primero hasta aproximadamente el quinto año de vida. (8)

El trabajo interno consiste en desarrollar representaciones mentales internas de las relaciones interpersonales de tal manera que las condiciones ambientales se experimentan como un reto manejable si se cuenta con el apoyo de otros. Esto le permite al individuo desarrollar habilidades de confrontación ante situaciones internas o ambientales de estrés. Hay evidencia de que el desarrollo de este proceso psicológico tiene un correlato neurológico que requiere de la integración de los circuitos de ambos hemisferios cerebrales. Hay estudios que han demostrado que aquellos niños víctimas de maltrato por parte de los padres presentan alteraciones en el desarrollo del cuerpo calloso que es la estructura que integra buena parte de la actividad de los hemisferios. De esta forma, por medio de la cascada de efectos psicológicos y neurobiológicos, el desarrollo del apego dejará al niño con mayor capacidad de resiliencia contra los estresores. Adicionalmente al apego en etapas tempranas de la vida, hay evidencia que sugiere que las emociones positivas reducen el impacto de las experiencias dolorosas y del dolor catastrófico. El experimentar este tipo de emociones, tiene relación con factores hereditarios, pero también son producto de las influencias sociales. Los niveles de emociones positivas varían en un mismo individuo debido a que tienen componentes persistentes (de rasgo) y fluctuantes (de estado). Parte de las fluctuaciones son debidos a factores biológicos como las hormonas y a factores ambientales como los ritmos circadianos, en tanto que otra parte deriva de las interacciones de la vida cotidiana. (8)

Hay varios estudios que demuestran que la tendencia de algunas personas de utilizar experiencias cotidianas placenteras para aumentar sus emociones positivas se asocia a una mayor capacidad de resiliencia. Debido a que la satisfacción que generan las emociones positivas es un fenómeno similar a la adquisición de una recompensa, se considera que en este proceso psicológico participan los sistemas de transmisión dopaminérgica involucrados en los procesos biológicos de recompensa. Es por lo tanto lógico considerar que el facilitar la capacidad de experimentar emociones positivas puede ser un factor adicional que tiene un papel primordial en hacer a las personas más resilientes en contra de la depresión. Varios estudios han mostrado que el entrenamiento mental dirigido a la inducción de emociones positivas no sólo se asocia a cambios conductuales, sino que también produce cambios en los circuitos neuronales. Finalmente, se considera que el ser resiliente está asociado a tener en la vida un sentido de significado y de propósitos. Se ha comprobado que el tener un propósito firme en la vida protege de los efectos emocionales derivados de una enfermedad física grave. En este sentido, hay también evidencia de que las actitudes religiosas o espirituales en la vida pueden conferir resiliencia o servir de apoyo para superar condiciones adversas. (7,8)

### **Neurobiología de la resiliencia**

El estrés puede definirse como una amenaza real o sentida, a la integridad psicológica o fisiológica de un individuo. El estrés tiene 3 conceptos relacionados, los estímulos que generan el estrés, la respuesta fisiológica y conductual generada por dichos estímulos a través de los sistemas de emergencia, y las consecuencias patológicas de la sobre-estimulación de los sistemas de emergencia (9). Sin embargo, el estrés, es un concepto ambiguo. Un estresor es definido como un estímulo que desencadena una respuesta de estrés. Asimismo, una respuesta de estrés es considerada como una respuesta fisiológica y/o conductual ante un estresor. Como podemos observar, esta definición es claramente circular. Por otro lado, se ha intentado definir a los estresores como estímulos que atentan contra la homeostasis. Sin embargo, el concepto de homeostasis tiene

sus propias limitaciones, ya que no abarca de forma completa a todos los procesos implicados en la regulación ante perturbaciones impredecibles.(10,11)

Debido a la ambigüedad de estos conceptos, surge el concepto de alostasis. La alostasis, hace alusión al proceso de mantener la estabilidad (Homeostasis), a través del cambio, tanto por estímulos ambientales como por mecanismos fisiológicos. La alostasis hace referencia a los ajustes fisiológicos diarios y estacionales que permiten mantener los parámetros fisiológicos dentro de niveles adecuados para la vida. Tomando en cuenta esta definición, la homeostasis se refiere a los mecanismos fisiológicos que permiten mantener la homeostasis. Del modelo teórico de la alostasis, surge el concepto de carga alostática. Esta hace referencia a la energía necesaria para que un animal mantenga la homeostasis. Los costos energéticos incrementan mientras más tiempo permanece un animal alcanzando la homeostasis ante un cambio impredecible. Cuando se alcanza el umbral en el que no se puede mantener la homeostasis, se conoce como sobrecarga alostática. A largo plazo, los mediadores de estrés, causan daño al animal, originando una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades. Por ejemplo, un animal que secreta glucocorticoides de forma continua, sufre un impacto sobre su sistema inmune, lo que lleva a una mayor susceptibilidad para desarrollar infecciones. (10). Frente a las situaciones nuevas, se genera una evaluación cognitiva, condicionada en cada individuo por lo genético, sus experiencias durante el desarrollo y conductas que ha ido aprendiendo a lo largo de la vida, lo que da como resultado una respuesta neuroinmunoendocrina; estas respuestas son fisiológicas y permiten la adaptación frente a situaciones de estrés. Cuando la alostasis es ineficaz o inadecuada, o el agente que la motiva se prolonga en el tiempo y no se alcanza la adaptación, se produce una activación desproporcionada que a largo plazo es causa de patología tanto orgánica como psíquica. (12)

La eficiencia en activar y terminar la respuesta al estrés está regulada por una compleja red de sistemas que proporcionan mecanismos negativos de retroalimentación tanto en el cerebro como en el resto del organismo. Una apropiada respuesta fisiológica al estrés es un requisito indispensable para poder enfrentar a las adversidades sin perder las condiciones de salud. Las respuestas al estrés involucran la participación de varios elementos biológicos como el eje hipotálamo-hipófisis –adrenal (HHA), el Sistema Nervioso simpático y los sistemas de neurotransmisión serotoninérgicos y dopaminérgicos. La activación del HHA lleva a la liberación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) en el hipotálamo y a la de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) en la hipófisis anterior. La ACTH, a su vez, induce la liberación de glucocorticoides (cortisol en humanos y corticoesterona en roedores) de la corteza adrenal a la circulación sanguínea.(8)

Los glucocorticoides tienen diferentes efectos sobre múltiples sistemas orgánicos estimulando a las cascadas de señalización a través de los receptores de glucocorticoides y de mineralocorticoides que se expresan ampliamente a lo largo de todo el organismo. Si bien a corto plazo la condición de hipercortisolemia promueve los procesos adaptativos y por consiguiente tiene efectos de protección, su mantenimiento a largo plazo se considera dañino ya que, por ejemplo, afecta a los procesos de neurogénesis. A su vez, los circuitos neurales que intervienen en las experiencias de recompensa giran en torno a la activación y regulación de las proyecciones dopaminérgicas desde el área tegmental ventral (VTA) hasta el núcleo accumbens (NAc). La actividad del circuito mesocorticolímbico se integra además con conexiones hacia el sistema límbico y las áreas cortico-frontales. De acuerdo con el concepto de la modulación genética sobre la sensibilidad al ambiente, las diferencias de carga genética explican en parte por qué los individuos responden de forma diferente a las mismas condiciones ambientales. (8)

Recientemente, se han investigado los mecanismos neurales y moleculares asociados a la resiliencia psicológica en animales de laboratorio. En dichas investigaciones, se ha encontrado que la resiliencia

es mediada no solo por la ausencia de anomalías moleculares clave que ocurren en animales susceptibles y que limitan las habilidades de afrontamiento, sino que también existen adaptaciones moleculares novedosas que ocurren únicamente en individuos resilientes que ayudan a promover conductas adaptativas normales. (13)

El mayor mediador del impacto de estrés en el cerebro y la conducta es la activación del eje Hipófisis-Hipotálamo-Adrenal (HHA). Los receptores para glucocorticoides, y mineralocorticoides, que también responden a los glucocorticoides, se expresan en altos niveles en las áreas del hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, regiones que modulan los circuitos neuronales y los sistemas neuroendocrinos que se encargan de la respuesta conductual al estrés. El cortisol se ha visto elevado en suero en pacientes que cursan con un episodio depresivo mayor, notando hipocortisolemia en los pacientes con Trastorno por estrés postraumático (TEPT).(14–16)

También se ha estudiado la dehidroepiandrosterona (DHEA) y la testosterona como mediadores de la respuesta al estrés. La DHEA podría contrarrestar los efectos del cortisol y promover el efecto anti-oxidante y anti-inflamatorio. Los estudios han demostrado que niveles altos de DHEA en pacientes con TEPT condicionan a una menor frecuencia de síntomas disociativos y un mejor desempeño en pacientes sanos bajo entrenamiento militar. (17) Por otro lado, la testosterona ha sido asociada al rango social y la agresión. En los estudios realizados se ha encontrado que los pacientes expuestos a estrés presentan concentraciones más bajas de testosterona, así como en aquellos pacientes con TEPT o depresión, utilizándose incluso como manejo complementario en pacientes con depresión resistente al tratamiento (18,19). Otra sustancia que se ha estudiado en lo que respecta a la resiliencia es el Neuropeptido Y, el cual es un neurotransmisor que modula la respuesta al estrés en animales. Los estudios en humanos apoyan la posibilidad de que este neurotransmisor juegue un rol como factor protector ante el estrés.(20,21)

### **Resiliencia y su relación con la salud mental**

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.(22)

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes(23) Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la causa de cerca del 23% de los años perdidos por discapacidad.(22)

A pesar de que en la actualidad los investigadores sugieren que los eventos estresantes pudieran tener una participación directa en la ocurrencia de trastornos de salud mental, esta relación no siempre está presente. Barudy establece que no siempre un hijo de padres golpeadores repite la conducta violenta, y Cernick establece en experiencia empírica, que los sufrimientos causados por el holocausto judío no tuvieron una consecuencia psicológica funesta. A partir de estas observaciones y otras investigaciones en resiliencia y maltrato, se establece el concepto de resiliencia.(24)

Un número considerable de programas de investigación convergen en establecer que la psicopatología surge en parte debido a “un proceso de regulación deficiente” ya sea por el tipo de estrategia utilizada o como producto de una diferenciación afectiva poco desarrollada. Los estudios

realizados por Grosshan enfatizado que la supresión y la reevaluación difieren tanto en su efectividad en la administración de la experiencia afectiva, como en el “costo” psicofisiológico para el individuo. Por otro lado, evidencias recientes han mostrado que la regulación emocional como proceso depende de un grado de diferenciación emocional previo. En otras palabras, la habilidad para controlar la experiencia afectiva depende fundamentalmente de la capacidad para distinguir estados internos y diferenciarlos unos de otros. Así, en la medida que las personas delimitan más detalladamente su experiencia, pueden manipular con mayor precisión sus estados afectivos. Cuando la diferenciación emocional es deficiente los niveles de psicopatología son más altos, independientemente de la constelación diagnóstica a que se refiere el síntoma(25–28). Este hecho se demuestra en el estudio realizado por Kimhy y colaboradores en el año 2016, donde demostró que los pacientes que presentaban un riesgo clínico elevado para el desarrollo de psicosis presentaban déficits en el reconocimiento de sus propias emociones, así como en la regulación de estas, condiciones similares a las encontradas en pacientes con esquizofrenia.(29)

### **Desarrollo de síntomas psiquiátricos en residentes de la especialización en psiquiatría.**

Diversos estudios realizados en médicos han encontrado un riesgo más alto de cometer suicidio en este grupo particular en relación con la población general(30–33). Además, este mayor riesgo de cometer suicidio se ha vinculado a condiciones psiquiátricas preexistentes, así como el consumo de sustancias en el personal de salud, específicamente los médicos (34–36). Además, se ha evidenciado en estudios previos, que cerca de un tercio de los médicos con psicopatología no solicita ayuda por profesionales en la salud mental, probablemente debido a que el estigma de las enfermedades mentales es aún mayor entre los médicos que en la población general.(37,38). En diversos estudios se ha evidenciado que los médicos residentes presentan un mayor consumo de diferentes tipos de sustancias que los jóvenes de su edad.(39,40) Particularmente en México, en el año 2004, se llevó a cabo un estudio realizado por Martínez-Lanz y colaboradores acerca del consumo de alcohol y drogas en personal de la salud, donde se evidenció que el 65% de los médicos residentes consumían alcohol en alguna medida, de estos, el 41.2% son bebedores frecuentes y 37.6% bebedores moderados. También se encontró que el 55% de los médicos residentes había fumado en algún momento, de los cuales el 57% era fumador regular al momento del estudio, de esta cifra, el 38% fumaba entre 6 y 20 cigarrillos al día. El consumo de drogas sin prescripción médica fue de 23.2%. Se destaca el consumo de analgésicos narcóticos, con una prevalencia de consumo del 7.3%, tranquilizantes en un 10.6%, y anfetaminas/estimulantes con un 3.4%. Dentro de las drogas no médicas se encontró que la droga más usada es la marihuana con una prevalencia de consumo de 4.5%.(41)

Investigaciones realizadas en otros países de Europa y de América han demostrado que las formas nocivas de organización laboral inducen niveles de estrés, depresión y ansiedad elevados que afectan la satisfacción y productividad laborales.(42) Existen diversos modelos teóricos explicativos para esta situación, uno de ellos es el modelo de Karasek-Theorell, que nos indica que una situación es nociva cuando la alta exigencia rebasa los recursos de la persona para hacerle frente a la situación. A mayor control, autonomía y apoyo social en el trabajo, a pesar de las altas exigencias, se crea la condición más favorable que promueve un trabajo activo. Otro modelo explicativo es el de esfuerzo-recompensa, el cual establece que la interacción entre un esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud. Con base en la información previamente presentada, Martínez-Jaime y colaboradores, en el año 2012, realizaron una investigación en un Hospital Psiquiátrico Infantil para evaluar la integridad mental del personal clínico, incluyendo psiquiatras, psicólogos y médicos residentes de la especialización en psiquiatría infantil. Se encontró que las exigencias psicológicas, la calidad del liderazgo y la relación esfuerzo-recompensa, condicionaban al desarrollo de malestar mental, síntomas cognitivos y conductuales

de estrés. De esta forma, las exigencias psicológicas emocionales, aumentan 3.6 veces la probabilidad de presentar malestar mental, 3.59 veces la probabilidad de presentar síntomas conductuales del estrés, así como 2.15 veces la probabilidad de presentar síntomas cognitivos de estrés. Cabe mencionar que en un estudio realizado en Alemania se encontró que las exigencias difieren dependiendo de la especialidad médica, de tal forma que, para los médicos generales, las exigencias son más de orden cuantitativo, mientras que para los psiquiatras y psicólogos las exigencias de mayor peso son emocionales, con mayor impacto en las médicas. Como se ha demostrado previamente, esta exposición a la alta demanda emocional que representa la labor de los profesionales de la salud mental conlleva por si misma a una mayor probabilidad de desarrollar síntomas psiquiátricos, principalmente de carácter ansioso y depresivo.(43,44)

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se ha demostrado en estudios previos que la prevalencia de trastornos de salud mental, incluyendo el consumo de sustancias, es superior en los médicos al compararse con la población general. Esta prevalencia es mayor incluso desde su formación y se han planteado distintas causas por las cuales surge esta diferencia.

En especial, y en el contexto de esta investigación, se ha encontrado que las exigencias psicológicas y emocionales en el ámbito laboral aumentan hasta 3.6 veces la probabilidad de desarrollar síntomas psiquiátricos. Esto adquiere importancia a medida que tenemos en consideración el hecho de que, como especialistas en formación en el área de la salud mental, nos encontramos expuestos de forma cotidiana a situaciones con elevadas exigencias de este tipo. Sin embargo, también se ha encontrado que no todas las personas expuestas a dichas exigencias desarrollan psicopatología, lo que nos lleva a tomar en cuenta el hecho de que los trastornos de salud mental son multifactoriales y no tienen una etiología única. Por lo tanto, se pueden identificar características propias del individuo que pueden influir en el desarrollo de la capacidad de resiliencia.

Cabe mencionar que en los últimos años se ha utilizado el término de resiliencia, especialmente en niños, para determinar la capacidad de sobrellevar eventos traumáticos sin secuelas a nivel psicológico. Dados los antecedentes, consideramos que la resiliencia juega un papel importante al exponerse de forma cotidiana al estrés y a situaciones emocionales complejas. Bajo esta premisa, desarrollamos la siguiente pregunta de investigación

¿Cómo influye la resiliencia en el desarrollo de síntomas psiquiátricos en los médicos residentes que cursan la especialización en Psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz?

## JUSTIFICACIÓN

En México, la salud mental se ha dejado en un segundo plano de acuerdo con las intervenciones en salud realizadas en los últimos años. Incluso a nivel mundial, la salud mental no estaba contemplada en la agenda de objetivos de desarrollo, a pesar de las estadísticas que reflejan la importancia de esta, ya que, actualmente, la depresión es la principal causa de discapacidad, y se estima que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen. Como se ha comentado previamente, la aparición de trastornos psiquiátricos es más frecuente en personas que laboran en el área de la salud mental, por lo que, es importante determinar los factores que influyen en esta, en especial aquellos que son modificables. La finalidad de investigar la resiliencia y su influencia sobre la salud mental es proveer un sustento científico para realizar intervenciones destinadas a la prevención de la psicopatología y el desarrollo de mecanismos de afrontamiento hacia los problemas cotidianos a los que se enfrentan los profesionales en salud mental.

## OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### OBJETIVO GENERAL

- Analizar la relación entre resiliencia y el desarrollo de síntomas psiquiátricos en médicos residentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de resiliencia de los médicos residentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Determinar la presencia de síntomas psiquiátricos en los médicos residentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Analizar la asociación entre el grado de resiliencia y la presencia de síntomas psiquiátricos en médicos residentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Relacionar el grado de resiliencia con niveles séricos de cortisol y dehidroepiandrosterona.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Definición de variables.

#### Conceptuales:

- **Resiliencia:**  
Es la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante
- **Psicopatología**  
Es la referencia específica a un signo o síntoma que se puede encontrar formando parte de un trastorno mental
- **Sexo**  
Hace referencia a la condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.
- **Edad**  
Tiempo de vida medido en años.
-

- **Antecedentes psiquiátricos**

Hace referencia a la historia familiar y personal de padecimientos psiquiátricos, incluyendo diagnóstico y tratamiento.

- **Tratamiento.**

Conjunto de medios que se aplican para curar o aliviar una enfermedad a una persona.

- **Cortisol**

Es una hormona esteroidea, o glucocorticoide, producida por la glándula suprarrenal.<sup>1</sup> Se libera como respuesta al estrés y a un nivel bajo de glucocorticoides en la sangre

- **Deihidroepiandrosterona (DHEA)**

Es una prohormona endógena secretada por las glándulas suprarrenales (zona reticularis). Es un precursor de los andrógenos y estrógenos.

-

- **OPERACIONAL**

- **Resiliencia**

La resiliencia se medirá a través de la escala Resi-M, desarrollada por Lever y Valdez en el año 2010. Esta escala fue obtenida a través de una conjunción entre la escala de Connor-Davidson para resiliencia (CD-RISC) y la Escala de resiliencia para adultos (RSA). En total, está conformada por 43 ítems divididos en cinco factores:

- 1) Fortaleza y confianza en sí mismo (19 reactivos)
- 2) Competencial social (8 reactivos)
- 3) Apoyo Familiar (6 reactivos)
- 4) Apoyo social (5 reactivos)
- 5) Estructura (5 reactivos)

Cada ítem se responde a través de una escala Likert de 4 opciones, con puntuaciones máximas específicas para cada factor, ya que, como se describe previamente constan de distinto número de reactivos. De esta forma se califica la resiliencia a través de cada factor y de forma global. La puntuación global va del 0 al 129.(45)

- **Psicopatología**

Para medir la presencia de síntomas psiquiátricos se usará el inventario de síntomas de 90 ítems (SCL-90, por sus siglas en inglés). Esta escala se evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico:

1. Somatizaciones (SOM)
  2. Obsesiones y compulsiones (OBS)
  3. Sensitividad interpersonal (SI)
  4. Depresión (DEP)
  5. Ansiedad (ANS)
  6. Hostilidad
  7. Ansiedad fóbica (FOB)
  8. Ideación paranoide (PAR)
  9. Psicoticismo (PSIC).
- 
1. Índice global de severidad (IGS)
  2. Índice positivo de Malestar (PSDI)
  3. Total de síntomas positivos (TP)

Cada ítem está valorado de acuerdo a una escala tipo Likert que va del 0-4. Para medir cada dimensión, se suman las puntuaciones de cada ítem por dimensión y luego se divide entre el número de ítems, para obtener la media de puntuación. Para valorar la presencia de afección en cada área y para los índices globales, se utilizarán los percentiles para población mexicana(14)

- **Sexo**  
Hombre o mujer, dependiendo de las características sexuales primarias y secundarias
- **Edad**  
Tiempo vivido, expresado en años al momento de realizar la encuesta.
- **Antecedentes psiquiátricos**  
Determinar mediante la ficha de datos, la presencia o ausencia de diagnósticos psiquiátricos previos
- **Tratamiento**  
Determinar mediante la ficha de datos si al momento de la entrevista, el paciente se encuentra bajo tratamiento farmacológico psiquiátrico.
- **Cortisol**  
Nivel sérico de cortisol, reflejado en miligramos por decilitro
- **Dehidroepiandrosterona (DHEA)**  
Niveles séricos de DHEA expresado en microgramos por decilitro.

Variable	Definición operacional	Tipo
Resiliencia	Puntuación obtenida en el Resi-M, en cada uno de los 5 factores, así como de forma global.	Cualitativa
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento	Cuantitativa, discreta.
Sexo	Condición biológica que depende de las características sexuales primarias y secundarias, ya sea hombre o mujer.	Cualitativa
Antecedentes psiquiátricos	Determinar la presencia de diagnósticos psiquiátricos previos	Cualitativa
Tratamiento	Si están recibiendo manejo para un trastorno psiquiátrico al momento de realizarse la evaluación.	Cualitativa
Cortisol	Niveles séricos de cortisol	Cuantitativa, Continua
DHEA	Niveles séricos de DHEA	Cuantitativa, Continua

## **DISEÑO DEL ESTUDIO**

El estudio es observacional, analítico, prospectivo y longitudinal

## **UNIVERSO**

Médicos residentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

## **MUESTRA**

Debido a las características de la investigación, la muestra se eligió por conveniencia, a los residentes de las generaciones 2016-2020, 2017-2021, 2018-2022, y 2019-2023. La muestra abarcó un total de 57 residentes de psiquiatría, todos pertenecientes al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

- **INCLUSIÓN**
- Médicos titulados, que se encuentren cursando la especialidad en psiquiatría entre el año 2018 y 2019 en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
- **EXCLUSIÓN**
  - Que el sujeto rechace el consentimiento informado.
- **ELIMINACIÓN**
  - Que el sujeto no complete los instrumentos
  - Residentes que se den de baja del instituto

## **PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

En primera instancia, este protocolo de investigación fue presentado al comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Tras ser aprobado, se localizó a la población objetivo, siendo los residentes de la especialidad en psiquiatría, los sujetos a investigar. La información se obtuvo directamente de los sujetos de investigación, previo consentimiento informado, a través de la realización de una ficha de datos generales, que incluyó datos demográficos, tales como sexo, edad, estado civil y religión, así como antecedentes psiquiátricos, tomando en cuenta si el médico residente había recibido algún diagnóstico psiquiátrico en el último año, y tratamiento actual en caso de contar con uno. De igual forma se aplicaron dos instrumentos: La escala de resiliencia RESI-M y el inventario de síntomas SCL-90. Cabe mencionar que tanto la Escala de resiliencia RESI-M, así como el SCL-90 son escalas auto-aplicables. La consistencia interna de la escala RESI-M, es elevada tanto de forma global, como para cada uno de sus factores. El primer factor presenta un alfa de Cronbach de 0.92, con una variancia explicada del 24.67%. El segundo factor presenta un alfa de Cronbach de 0.87 y una variancia explicada del 6.32%. El tercer factor tiene un alfa de Cronbach de 0.87 y una variancia explicada de 5.50%. El cuarto factor tiene un alfa de Cronbach de 0.84 y una variancia explicada del 4.03%. Por último, el quinto factor, tiene un alfa de Cronbach de 0.79 y una variancia explicada de 3.06%. El alfa de Cronbach del instrumento es de 0.93, por lo que es adecuada para ser utilizada en la evaluación de la resiliencia en sujetos mexicanos. La consistencia interna de la SCL-90 para cada una de sus escalas es elevada, de acuerdo con el alfa de Cronbach, excepto para la escala de síntomas paranoides, la cual se encuentra en 0.64. Del resto, se presenta un alfa de Cronbach de 0.90 para somatización, 0.85 para obsesivo-compulsivo, 0.85 para sensibilidad interpersonal, 0.91 para depresión, 0.86 para ansiedad,

0.83 para hostilidad, 0.90 para ansiedad fóbica, y 0.86 para síntomas psicóticos. La validez convergente es mayor para la subescala de depresión con un coeficiente de correlación de Spearman de 0.828 para el inventario de depresión de Beck, seguido de 0.745 para la subescala de ansiedad. Una vez aplicada la encuesta a los participantes, se revisó que la información proporcionada por los participantes de la investigación estuviera completa. Aquellos folios que presentaran información incompleta, fueron eliminados. La encuesta se realizó en línea a través de Formularios Google®, elaborada por el investigador principal, proporcionando el acceso libre a los participantes a través de un enlace, que contestaron en línea y de forma completamente anónima.

## **ASPECTOS ÉTICOS.**

La información requerida de los participantes para el desarrollo de la presente investigación fue recabada de acuerdo con los lineamientos para la investigación biomédica en seres humanos en la declaración de Helsinki.

Previo a la inclusión de los sujetos en el estudio, les fue explicado los objetivos de la misma y la metodología. Fueron informados sobre su derecho a decidir acerca de su participación en la investigación, sin que lo anterior sea motivo de discriminación en ningún momento. Posteriormente se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 1).

La información obtenida en esta investigación ha sido conservada con la misma exactitud que la proporcionaron los participantes, y no será por ningún motivo divulgada o utilizada con otro fin diferente a los objetivos propuestos en el protocolo de investigación descrito. Asimismo, se tomarán medidas pertinentes con la finalidad de evitar la filtración de la información obtenida, la cual será manejada únicamente por el investigador principal de este estudio. Con la finalidad de asegurar la confidencialidad tanto de las encuestas como de las muestras, y asegurar de igual forma que no existiera coerción debido a la subordinación de los sujetos en estudio en relación al investigador principal, toda la investigación fue llevada a cabo a través de un formato electrónico, donde se les asignó un folio. En ningún momento se solicitó información que pudiera comprometer la confidencialidad o la libertad de decisión de los participantes.

## RESULTADOS

A través de Formularios Google®, se aplicó el cuestionario de Resi-M y el cuestionario SCL90, así como una ficha breve con datos sociodemográficos y antecedentes de relevancia. Todos los datos fueron recabados en línea y no se tuvo contacto con los participantes. En total, se invitó a participar a 115 médicos residentes, de los cuales 56 aceptaron la invitación. Todos los que aceptaron completaron los cuestionarios y la ficha de datos generales, por lo que fueron incluidos en el análisis de los resultados. La muestra estuvo conformada en un 60.7% por mujeres y un 39.3% por hombres. El 28,6% de los residentes que participaron fueron de nuevo ingreso. El 46.4% de los residentes había sido diagnosticado con alguna condición psiquiátrica en algún momento de su vida y el 33.9% se encontraban bajo seguimiento psiquiátrico al momento de la evaluación. Los datos de la ficha de datos sociodemográficos y antecedentes se encuentran en la tabla 1. La media del puntaje global de resiliencia fue de  $148.7 \pm 15.12$ . La media del Índice global de severidad fue de  $1.49 \pm 0.51$ . En la tabla 1, se pueden observar las medias para cada dimensión tanto de la resiliencia como de los síntomas psiquiátricos. El 10.7% de los residentes que contestaron la encuesta, habían presentado en cierto grado en los últimos 7 días, pensamientos suicidas, y el 22.4% de los residentes, refirió haber tenido sentimientos de desesperanza en los últimos 7 días. Además, el 21.4% de los médicos residentes reportó síntomas moderados a severos de depresión, y el 17.9% reportó síntomas de moderados a severos de ansiedad. El 53.6% de los residentes refirió alteraciones en la calidad del sueño durante la semana previa a la realización de la encuesta. De estos, el 33.9% reportó una calidad del sueño regular y el 19.6% una calidad del sueño mala.

**Tabla 1. Características y antecedentes de los médicos residentes participantes**

Características y antecedentes	N= 56	n (%)
Sexo	Femenino	34 (60.7%)
	Masculino	22 (39.3%)
Grado de Residencia	Nuevo ingreso	16 (28.6%)
	R1 a R4	40 (71.4%)
Antecedentes Psiquiátricos	Si	26 (46.4%)
	No	30 (53.6%)
Diagnóstico psiquiátrico actual	Si	19 (33.9%)
	No	37 (66.1%)

**Tabla 2. Puntajes de resiliencia y de síntomas psiquiátricos en los médicos residentes participantes**

	Mínimo	Máximo	Media	DE
FORTALEZA	33	76	66.61	8.392
COMPETENCIA SOCIAL	12	32	25.32	4.877
APOYO FAMILIAR	14	24	21.23	3.081
APOYO SOCIAL	13	20	19.16	1.714
ESTRUCTURA	8	20	16.38	3.006
RESILIENCIA GLOBAL	112	172	148.70	15.127
SOMÁTICOS	1.00	5.00	1.5164	.63672
OBSESIVOS	1.00	4.60	1.8018	.73867
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL	1.00	3.78	1.5417	.55051
DEPRESIÓN	1.00	4.46	1.6909	.74990
ANSIEDAD	1.00	4.60	1.5589	.66627
HOSTILIDAD	1.00	2.83	1.3274	.34955
ANSIEDAD FOBICA	1.00	4.00	1.1399	.44242
SÍNTOMAS PARANOIDES	1.00	2.33	1.2440	.33630
PSICOSIS	1.00	2.70	1.1732	.34876
INDICE GLOBAL DE SEVERIDAD	1.00	3.82	1.4925	.51266

Para analizar la relación entre el grado de resiliencia y la presencia de síntomas psiquiátricos en los médicos residentes de psiquiatría, se utilizó la correlación de Spearman. Se encontró que el puntaje global de resiliencia guarda una correlación negativa de media a alta con el índice global de severidad, de -0.697. Asimismo, la resiliencia global guardó una correlación negativa media a alta con la sensibilidad interpersonal (-0.638), la depresión (-0.639), y las obsesiones (-0.671). Todos los coeficientes de correlación guardaron significancia estadística con una  $p < 0.001$ . La dimensión de la resiliencia que presentó una mayor correlación con los síntomas psiquiátricos, fue la fortaleza, con coeficientes de correlación negativos moderados con el índice global de severidad (-0.570), las obsesiones (-0.579), la sensibilidad interpersonal (-0.519) y la depresión (-0.523). Todas estas correlaciones tuvieron significancia estadística con una  $p < 0.001$ . De igual forma, la estructura, otra dimensión de la resiliencia, presentó correlaciones importantes con el índice global de severidad (-0.597), los síntomas somáticos (-0.522) y la depresión (-0.512). Todas las correlaciones entre las distintas dimensiones de la resiliencia y de la sintomatología psiquiátrica evaluada en el SCL-90 se

encuentran en la tabla 3 y 4. De los gráficos 5 al 15, se pueden observar la dispersión de los datos de acuerdo a las correlaciones mencionadas previamente.

**Tabla 3. Correlación entre la resiliencia global y las dimensiones de psicopatología (SCL-90) en los médicos residentes participantes**

	Somáticos	Obsesivos	Sensibilidad interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fóbica	Síntomas paranoides	Psicosis	Índice Global de Severidad
Resiliencia global	-.550**	-.671**	-.638**	-.639**	-.491**	-.521**	-.285*	-.497**	-.547**	-.697**

\*\*Significancia  $p < 0.001$

**Tabla 4. Correlación entre las dimensiones de la resiliencia y las dimensiones de la psicopatología (SCL-90) en los médicos residentes participantes**

	Somáticos	Obsesivos	Sensibilidad Interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad Fóbica	Síntomas Paranoides	Psicóticos	Índice Global de Severidad
FORTALEZA	-.478**	-.579**	-.519**	-.523**	-.340*	-.398**	-.306*	-.378**	-.470**	-.570**
COMPETENCIA SOCIAL	-.366**	-.363**	-.464**	-.453**	-.366**	-.409**	-.159	-.157	-.343**	-.450**
APOYO FAMILIAR	-.309*	-.369**	-.412**	-.350**	-.305*	-.248	-.087	-.489**	-.342**	-.432**
APOYO SOCIAL	-.135	-.274*	-.483**	-.280*	-.112	-.253	-.066	-.402**	-.307*	-.309*
ESTRUCTURA	-.522**	-.680**	-.421**	-.512**	-.416**	-.408**	-.306*	-.432**	-.442**	-.597**

\*\*\*Significancia  $< 0.001$

Gráfica 1. Dispersión de datos de Resiliencia Global e Índice Global de Severidad

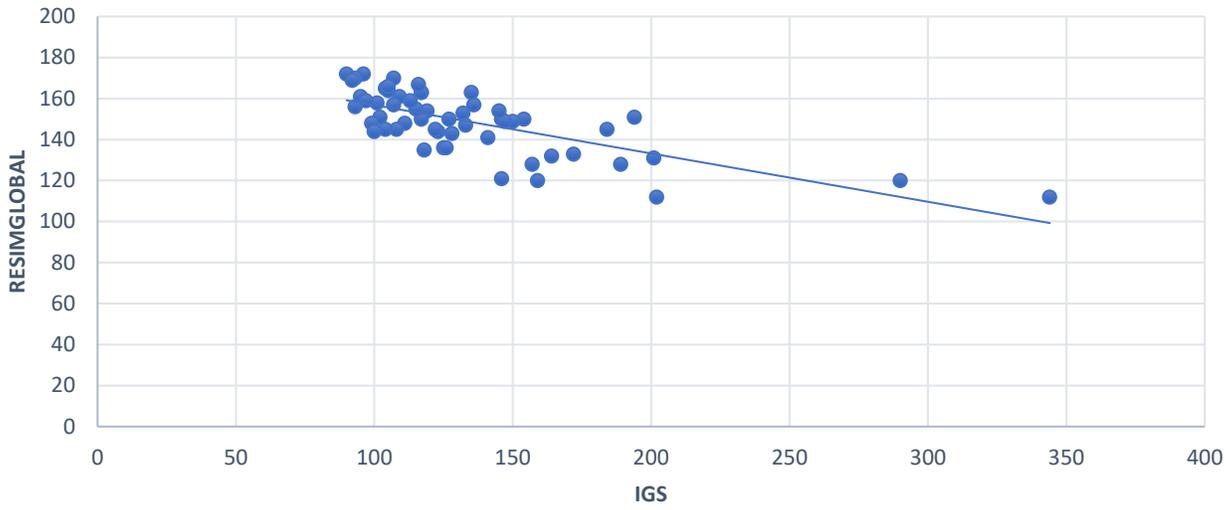


Gráfico 2. Dispersión de datos de Resiliencia Global y Depresión

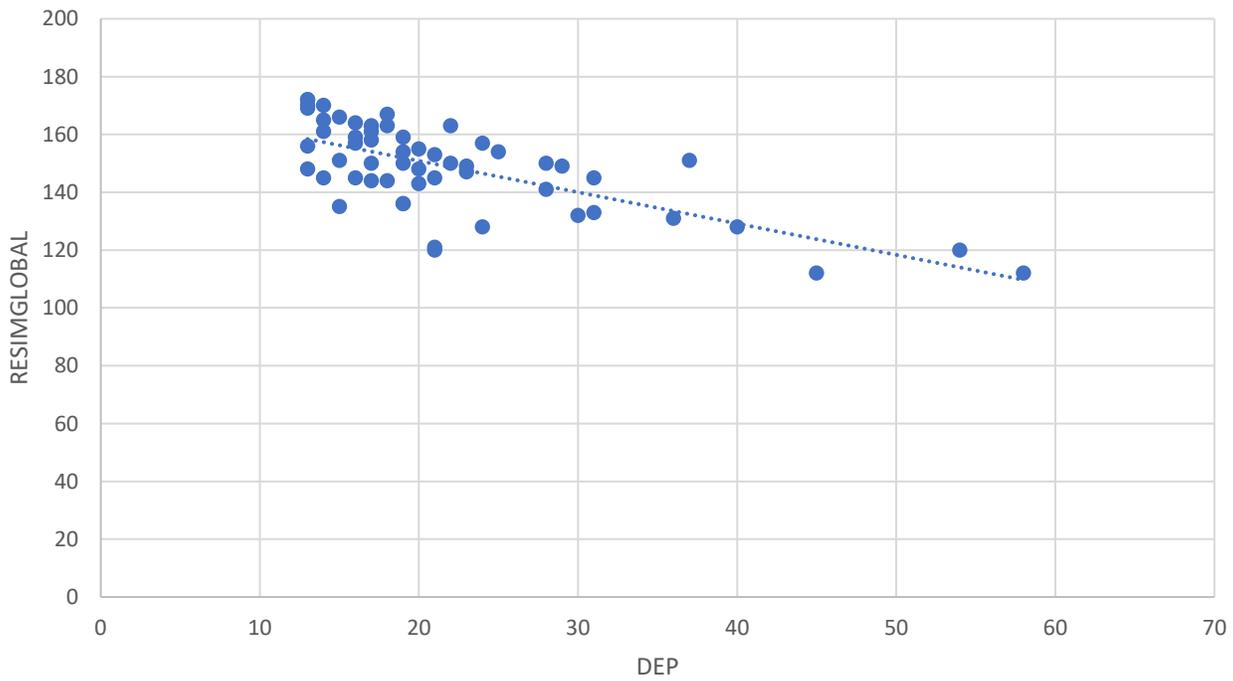


Gráfico 3. Dispersión de datos de Resiliencia Global y Sensibilidad Interpersonal

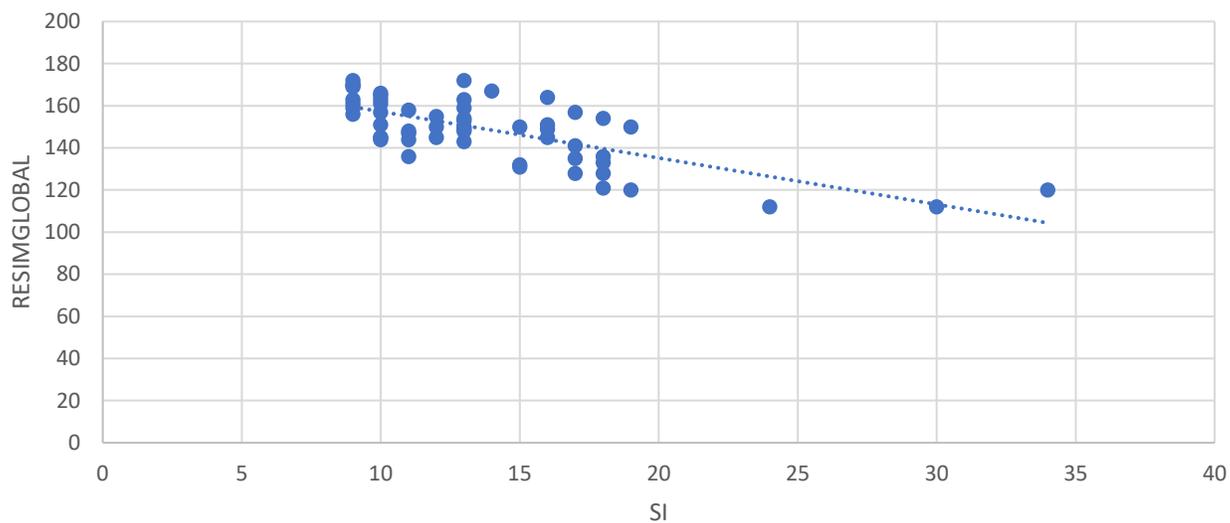
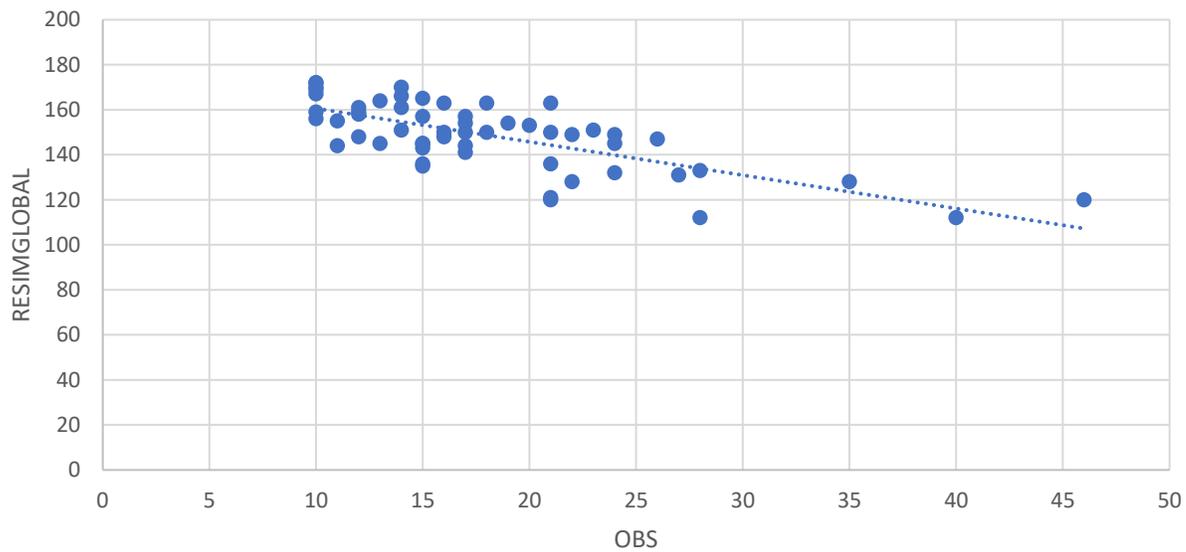
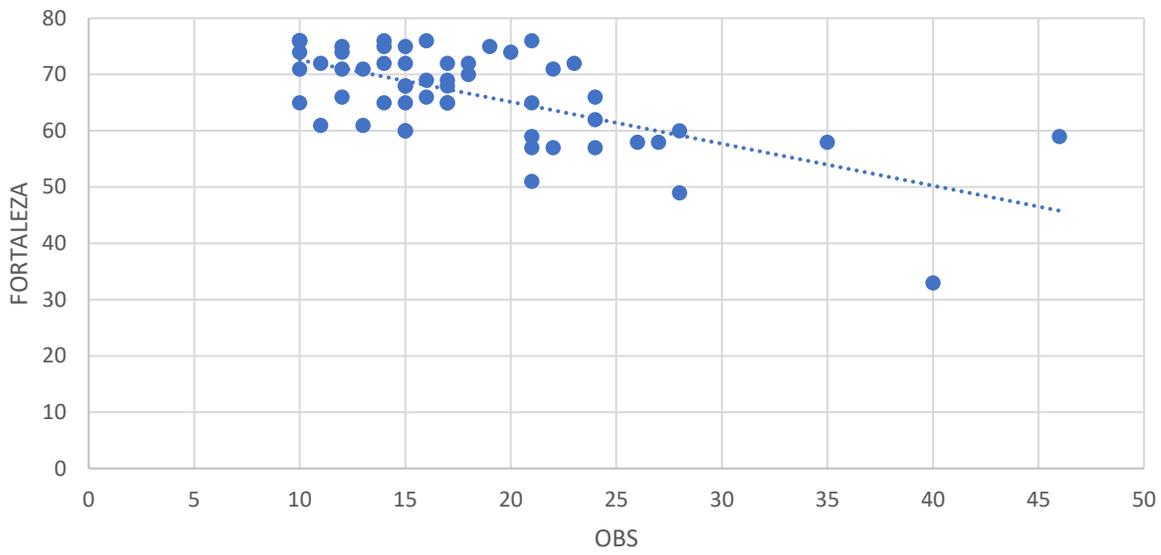


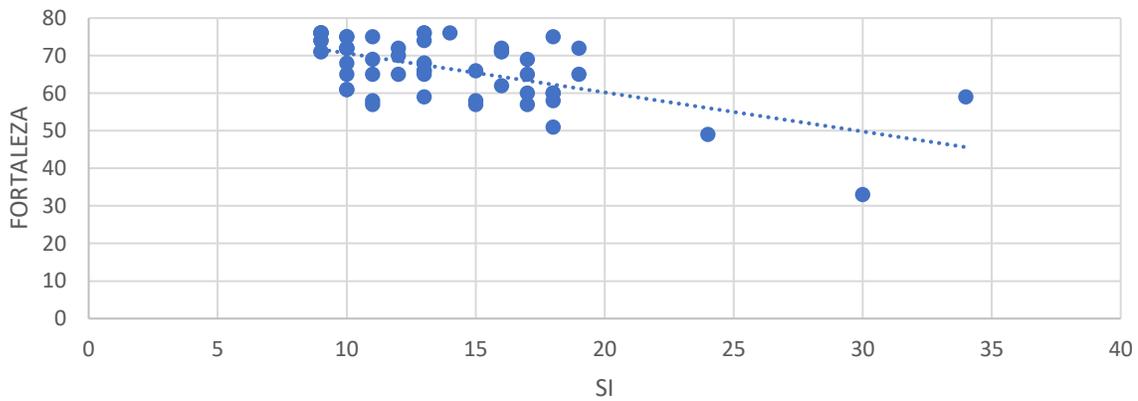
Gráfico 4. Dispersión de datos de Resiliencia Global y Obsesiones



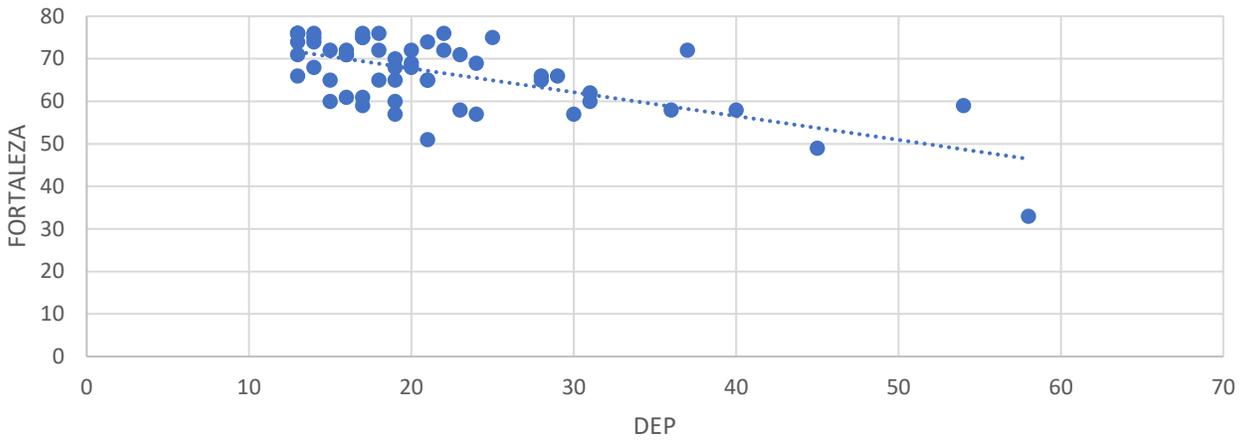
Gráfica 5. Dispersión de datos de Fortaleza y Obsesiones



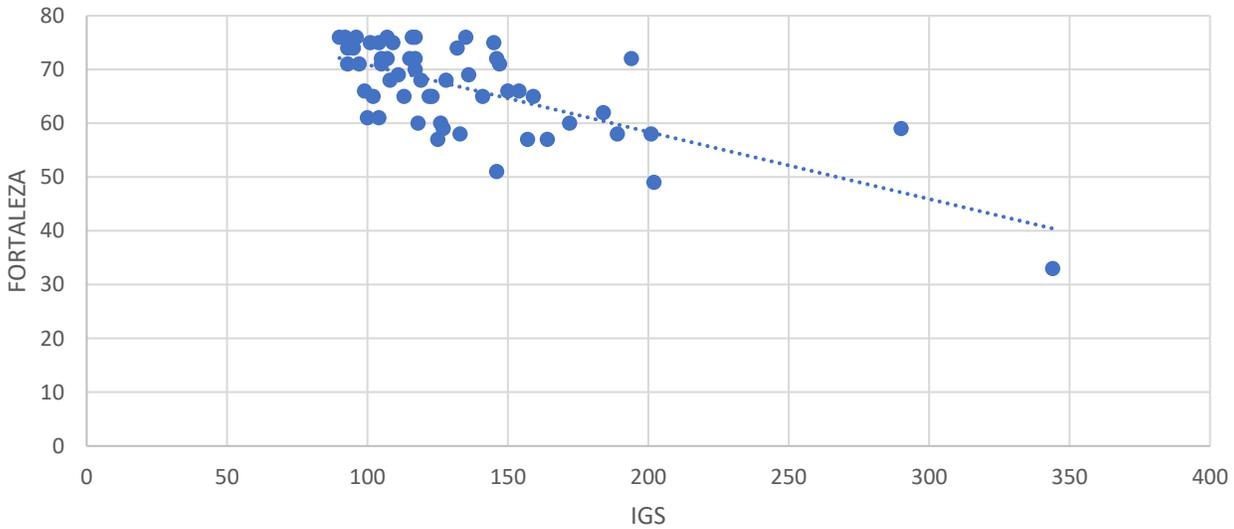
Gráfica 6. Dispersión de datos de Fortaleza y Sensibilidad Interpersonal

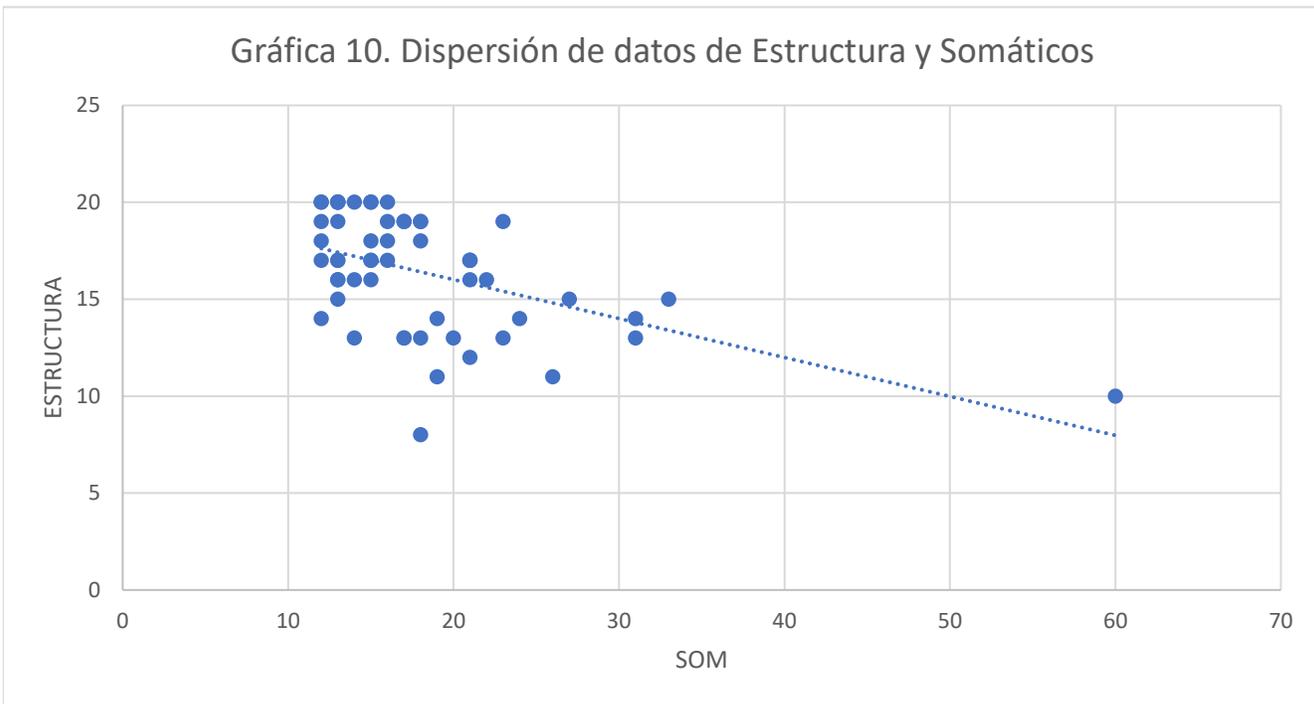
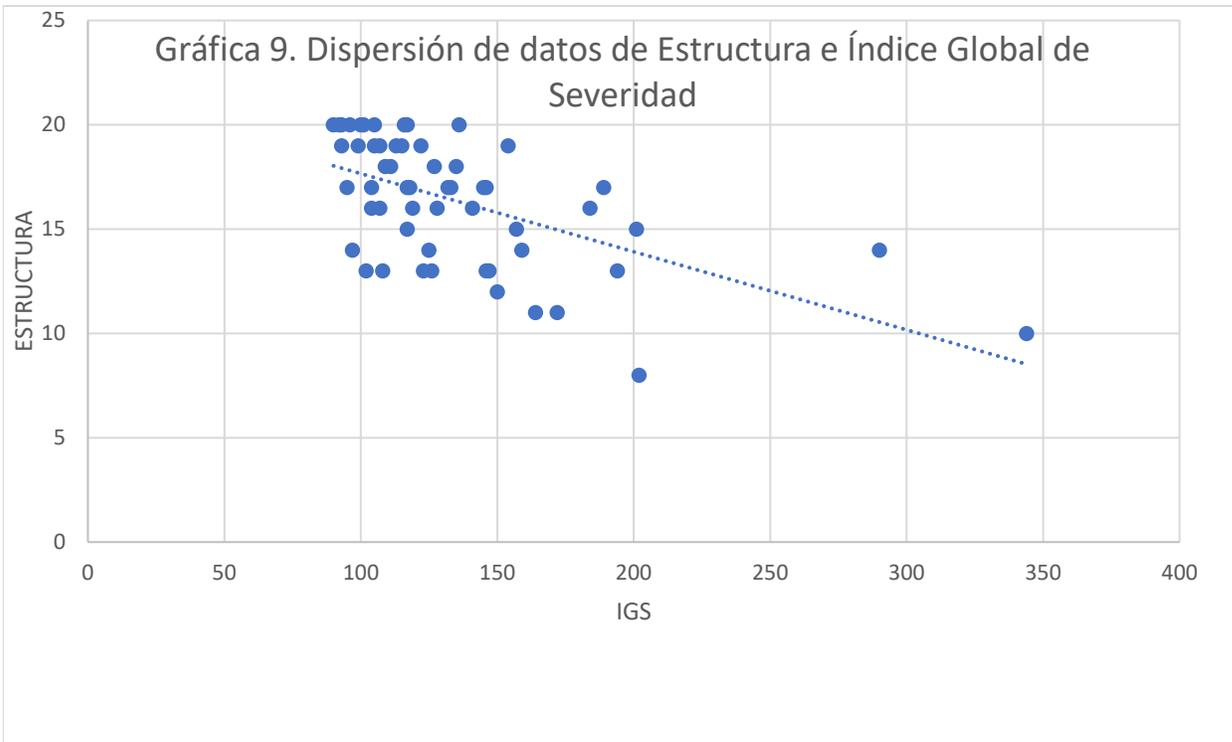


Gráfica 7. Dispersión de datos de Fortaleza y Depresión

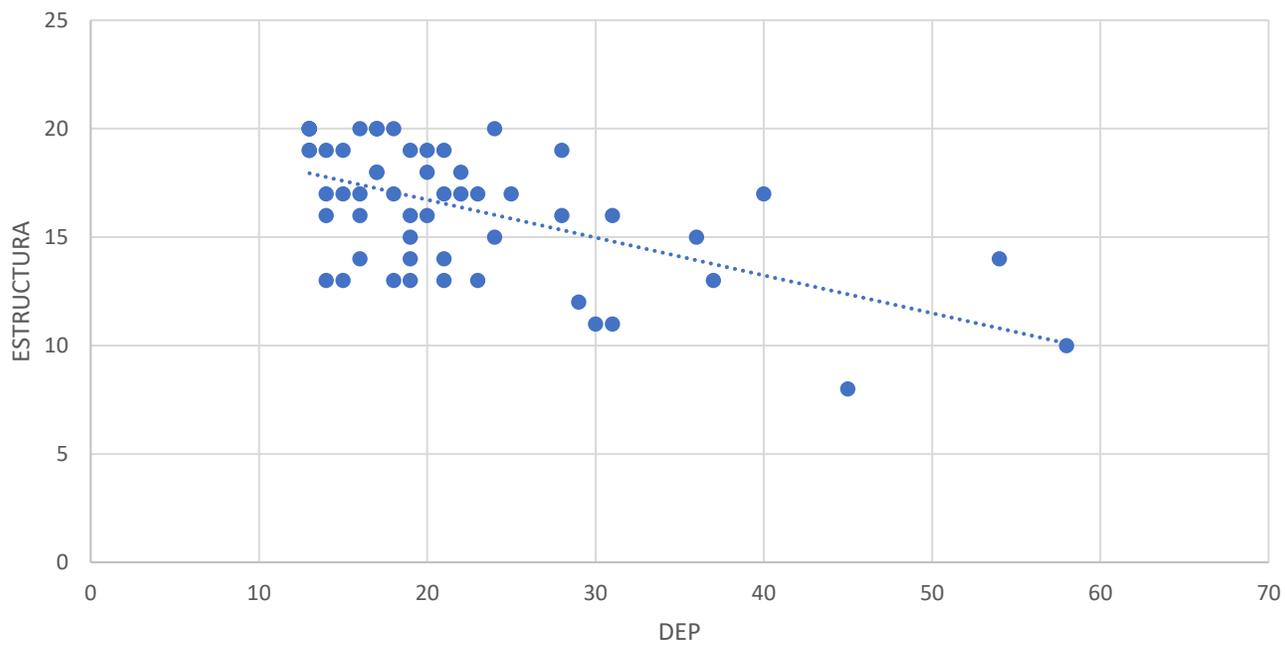


Gráfica 8. Dispersión de datos de Fortaleza e Índice Global de Severidad





Gráfica 11. Dispersión de datos de Estructura y Depresión



Además, de forma complementaria, se realizó diferencia de medianas a través de una U de Mann Whitney para determinar si existían diferencias significativas entre aquellos residentes de nuevo ingreso y los que ya tenían 1 año o más llevando a cabo su formación de especialidad en nuestra institución. No se encontraron diferencias significativas en los grados de resiliencia o sus dimensiones, ni de la sintomatología psiquiátrica entre ambos grupos. Sin embargo, también se realizó una diferencia de medianas, con la finalidad de determinar, si existían diferencias significativas entre los residentes que se encontraban al momento de la evaluación en seguimiento psiquiátrico, contra aquellos que no. Se encontraron diferencias en el constructo de fortaleza entre los residentes que llevaban seguimiento psiquiátrico y aquellos que no (62 vs 71  $p=0.039$ ), así como en las medianas de estructura (14 vs. 18  $p=0.010$ ) y resiliencia global (144 vs 154  $p=0.016$ ). Estas diferencias pueden observarse en la tabla 7, donde también pueden apreciarse las medias de cada dimensión para ambos grupos.

**Tabla 5. Diferencia de medias y medianas en la resiliencia global, fortaleza y estructura entre los médicos residentes con un diagnóstico psiquiátrico y aquellos sin diagnóstico psiquiátrico**

Diagnóstico Psiquiátrico Actual		FORTALEZA*	RESIMGLOBAL**	ESTRUCTURA*
No	Media	68.97	152.62	17.35
	DE	6.126	12.082	2.276
	Mediana	71.00	154.00	18.00
Sí	Media	62.00	141.05	14.47
	DE	10.306	17.718	3.389
	Mediana	62.00	144.00	14.00
Total	Media	66.61	148.70	16.38
	Desv. Desviación	8.392	15.127	3.006
	Mediana	68.00	150.00	17.00

\* U de Mann-Whitney=  $p<0.05$

\*\* U de Mann-Whitney=  $p\leq 0.01$

## DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la resiliencia y los síntomas psiquiátricos en una muestra de residentes del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la Ciudad de México, México. Al conocimiento del investigador, no existen estudios previos en México que hayan evaluado la relación entre la resiliencia y el desarrollo de síntomas psiquiátricos en el contexto de la residencia médica en psiquiatría. Sin embargo, existe literatura científica en la que se ha evidenciado los altos niveles de psicopatología en médicos que se encuentran cursando una especialidad, e incluso en aquellos individuos que se encuentran cursando la carrera en medicina. Pereira-Lima y Loureiro realizaron una investigación en 2014, en la cual evaluaron la prevalencia de síndrome de desgaste del cuidador (Burnout en inglés), ansiedad y depresión, y como estos se asociaban con las habilidades sociales en médicos residentes de un hospital general de Brasil. El 41.3% de los médicos residentes que participaron reportaron síntomas de ansiedad y el 21.6% de depresión. Además, el 68.8% de los médicos residentes cumplían los criterios para síndrome de Burnout. Como dato relevante, igual se encontró una correlación significativa entre las habilidades sociales y los síntomas de ansiedad, depresión y burnout, de tal forma que, a mayor grado de habilidades sociales, se encontraba un menor puntaje de ansiedad, depresión y burnout. Además, al realizar un análisis en la diferencia de medias, se encontraron puntajes menores en habilidades sociales en el grupo de residentes con ansiedad, depresión o burnout en comparación con aquellos que no tenían dichas condiciones. Estas diferencias, son similares a las encontradas en nuestra investigación. Si bien no se realizó una escala que evaluara las habilidades sociales, en el constructo de resiliencia, las dimensiones de competencia y apoyo social también hacen referencia a la facilidad para relacionarse con los demás. En nuestra investigación, igual se encontraron correlaciones significativas entre el apoyo social y las diversas dimensiones de psicopatología, siendo de especial importancia la correlación con la sensibilidad interpersonal y los síntomas paranoides, mostrando correlaciones pequeñas con los síntomas de depresión y ansiedad. Así, en nuestra investigación se observó que, al presentar un mayor grado de resiliencia, se encontraba una menor gravedad de sintomatología psiquiátrica. Otra semejanza es la encontrada al analizar la resiliencia global entre los residentes que cursaban con una condición psiquiátrica y aquellos que no, ya que en nuestra investigación se encontraron diferencias significativas en ambos grupos, con puntajes mayores de resiliencia entre aquellos residentes sin condiciones psiquiátricas al momento de la entrevista. Si bien, las mediciones entre nuestra investigación y la descrita no son iguales, el constructo de habilidades sociales analizado por Pereira-Lima podría tener ciertas similitudes con la dimensión de fortaleza (que incluye la confianza en uno mismo), y la dimensión de apoyo social (que incluye la capacidad de vincularse con los demás y tener relaciones significativas), ambas pertenecientes al constructo de Resiliencia analizado en nuestra investigación.(46)

Cabe mencionar que, de acuerdo a otras investigaciones, las altas prevalencias de depresión y ansiedad en los médicos residentes, no viene únicamente del estrés generado del mismo curso de la residencia, sino que, desde la misma formación académica de licenciatura se encuentran altos niveles de ansiedad y depresión, tal y como lo postula Slavin, en una publicación realizada en el año 2018, donde se observaba que tras 2 años del curso de la licenciatura en medicina, el 22% de los estudiantes padecían síntomas de moderados a severos de depresión, y el 47% cursaba con síntomas de moderados a severos de ansiedad.(47) En nuestra investigación la prevalencia de ansiedad de moderada a severa fue del 17.9% y la prevalencia de depresión de moderada a severa fue del 22.4%. Como se puede observar, la diferencia con las 2 investigaciones reportadas previamente es importante, siendo más elevada la prevalencia en los reportes de las 2

investigaciones descritas previamente, tanto para ansiedad como para depresión. Considero que esta diferencia podría explicarse por 2 razones: La primera es la diferencia entre las poblaciones que se están estudiando, ya que el estudio de Pereira-Lima fue realizado en médicos residentes de diversas especialidades, sin contar psiquiatría, sabiendo que la carga laboral y las demandas académicas, varían notablemente entre una especialidad y otra, siendo este un factor que podría contribuir a las diferencias en las prevalencias entre nuestra población y la reportada por dicho investigador. Por otro lado, en relación al reporte de Slavin, habría que tomar en cuenta que muchos de los estudiantes de pregrado no realizan estudios de especialidad, asumiendo la probabilidad de que los médicos más resilientes, fueran quienes entraran a realizar estudios de posgrado, se pensaría que podrían tener una mayor capacidad de regulación afectiva y una mejor capacidad de afrontar los estresores académicos y las exigencias laborales propias de la residencia, lo que podría explicar el cambio en la prevalencia. La segunda razón que podría contribuir a la explicación de estas diferencias, es que los médicos residentes que cursan la especialidad en psiquiatría tengan más facilidades para acceder a los servicios de salud mental, lo que lleve a que se atiendan y reporten una menor prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, por lo tanto, tengan un mejor control de los síntomas, o al menos mayor consciencia de los mismos.(47)

Por otro lado, Machado-Duque y colaboradores, realizaron en el 2015 una investigación en estudiantes de medicina, donde se relacionó la calidad del sueño, con la presencia de Somnolencia Excesiva Diurna (SED) y el rendimiento académico. Se encontró que el 14.3% de los estudiantes de medicina reportó una eficiencia subjetiva del sueño del 65 al 74% y el 7.8% una eficiencia subjetiva inferior al 65%. Además, el 36.9% de los participantes reportó una calidad subjetiva del sueño descrita como mala, y el 4.1% como muy mala. Se encontró una prevalencia de SED de 49.8%, lo cual se asoció con un bajo rendimiento académico. En nuestra investigación, se encontró una prevalencia de alteraciones en la calidad del sueño de 53.6%, porcentaje un tanto más elevado que el reportado en la muestra de Machado-Duque, lo que podría explicarse por las exigencias de las residencias médicas que pueden ser incluso mayores que la formación médica de pregrado. Sin embargo, nosotros no evaluamos la SED, por lo que no podemos determinar el impacto de la calidad del sueño de los médicos residentes en su estado de vigilia, aunque sería de esperarse que estuviera afectado en aquellos quienes tienen una calidad del sueño disminuida.(48)

Jiménez y colaboradores, desarrollaron una investigación en México, en el año 2015, en la que evaluaron síntomas de depresión, ansiedad y el riesgo de suicidio en médicos residentes de cirugía general, anestesiología, medicina interna, urología y anatomía patológica. a lo largo de un año académico. En esta investigación, se encontró que, en el curso del año, se alcanzó una prevalencia de síntomas de depresión del 29.6%, y una prevalencia de síntomas de ansiedad del 66.7% entre los médicos residentes que participaron. La prevalencia de trastorno depresivo mayor de 4.6%, y no se diagnosticaron trastornos de ansiedad. Como se puede observar, una gran parte de los residentes reportó cierto grado de malestar emocional incluyendo síntomas de depresión y ansiedad, lo que concuerda con los resultados de nuestra investigación. Sin embargo, llama la atención la baja prevalencia de trastornos psiquiátricos, en comparación con la reportada en nuestra investigación, que fue del 33.9%. Probablemente la diferencia se deba al acercamiento a los servicios de salud mental, derivado de la práctica cotidiana del residente de psiquiatría en comparación con residentes de otras ramas de la medicina. Podría suceder que debido a que nos encontramos en un contacto más frecuente con el manejo de las emociones y pensamientos, tengamos mayor capacidad de introspección al momento de presentar alteraciones en los mismos, lo que nos llevaría a buscar atención de forma más pronta. Otra explicación a tomar en cuenta, al momento de comparar los resultados de Jiménez y de esta investigación, es que los instrumentos utilizados para la medición de la sintomatología psiquiátrica, son notablemente distintos, ya que en la investigación de Jiménez

se utilizaron instrumentos específicos para la ansiedad y depresión, y en el nuestro se utilizaron las subescalas del SCL-90. (49)

Si bien son pocas las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la salud mental en médicos residentes de psiquiatría, Melo y colaboradores realizaron una investigación en la que se evaluó la salud mental de los residentes de psiquiatría en el año 2015, en un hospital situado al noreste de Brasil. En este, se observó una prevalencia de depresión de 19% y una prevalencia de ansiedad de 33.9%. Además, en esta investigación se reportó una prevalencia de consumo perjudicial de alcohol del 22%. Como se puede observar, se encuentran similitudes en la prevalencia de depresión comparándolo con los reportes de nuestra investigación, aunque el reporte en la prevalencia de ansiedad en la publicación de Melo y cols. Es notablemente mayor a la nuestra. Esto podría explicarse por el instrumento utilizado, ya que el SCL-90 cuenta únicamente con un apartado de 10 ítems para evaluar los síntomas de ansiedad generalizada, y, en el estudio de Melo se utilizó la escala de ansiedad de Beck, que consta de 21 ítem y es específico para identificar síntomas de ansiedad.(50) En el 2016, Melo publicó una nueva investigación llevada a cabo en residentes de psiquiatría, donde evaluó la calidad del sueño de 59 médicos residentes cursando la especialidad de psiquiatría en Brasil. La prevalencia de una mala calidad del sueño fue del 59.8%, que es concordante con lo reportado en la presente investigación. Un hallazgo de notable importancia fue el hecho que, de los residentes encuestados, el 54.2% había utilizado medicamentos para regular el sueño, pero solo el 30% había consultado con un especialista para iniciar dicho fármaco. Lamentablemente, en nuestra investigación no se tomó en cuenta el origen del tratamiento psiquiátrico, es decir si este fue iniciado por un médico especialista o si fue iniciado por cuenta propia.(51)

Granada y colaboradores, también realizaron una investigación enfocada al desarrollo de psicopatología durante la residencia médica. En esta investigación, llevada a cabo en el año 2010, se encontró una prevalencia de psicopatología en los médicos residentes del 49%, concordante con las prevalencias elevadas reportadas en otras publicaciones, aunque no comparable con la nuestra, ya que en dicha investigación no especifica el tipo de psicopatología (sintomatología afectiva, ansiosa, psicótica, obsesiva, somática). En dicha investigación, se encontraron como síntomas principales de psicopatología, la irritabilidad en un 38.6%, el descuido personal en un 26.6% y los trastornos del sueño en un 19.3%. Como podemos observar en lo que respecta a los trastornos del sueño, es claro que existe una diferencia marcada entre la muestra de nuestra investigación y la de Granada y colaboradores, con alteraciones del sueño reportadas en un 53.6%, como se había mencionado previamente. Esto podría deberse a varios motivos. En primero la escala utilizada para la valoración de los síntomas psiquiátricos, ya que, en la investigación realizada por Granada y colaboradores, se utilizó el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 50 ítems. Este cuestionario se ha utilizado para evaluar ciertos aspectos de salud mental, constando de 4 subescalas: Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, y Depresión grave y está validado para su uso en personas de habla hispana. A diferencia, como se ha descrito en apartados previos, el SCL-90 es un cuestionario que consta de 90 ítems y evalúa otros aspectos psicopatológicos más específicos, pero no evalúa el grado de disfunción que deriva de la sintomatología psiquiátrica. Otra explicación es que en esta investigación se analizaron diversas especialidades médicas, sin contar la especialidad de psiquiatría. Es importante mencionar que en la investigación realizada por Granada se encontraron que en los médicos residentes había altas prevalencias de disfunción en el área social (34%), en actividades ocupacionales (26%) y en las relaciones familiares (20%).(52)

La prevalencia de ideación suicida, en la población general, es aproximadamente del 9.2%. En comparación, la prevalencia de ideación suicida en los médicos residentes de psiquiatría del Instituto

Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, fue de 10.7%, ligeramente más elevado que en la población general.(53) Hay diversas publicaciones que reportan una importante prevalencia de conductas suicidas en médicos residentes, y en el personal médico en general.(54–58)

Talih y colaboradores, realizaron en el año 2016 una investigación en la que evaluaron la prevalencia de ideación suicida en médicos residentes de distintas especialidades en Beirut, Líbano. En dicha investigación, se encontró una prevalencia de ideación suicida del 13%, similar a la reportada en nuestra investigación. Además, en esta investigación, se encontró que de los residentes que reportaron ideación suicida, 66% se encontraba en un régimen de psicofármacos autoprescritos. Como se ha mencionado previamente este dato no fue obtenido en esta investigación, pero refleja la importancia de brindar servicios de salud mental de apoyo a los médicos residentes de cualquier especialidad. Es posible que ante la falta de recursos y del acceso a los servicios de salud, se vean en la necesidad de investigar, en calidad de médicos, alternativas terapéuticas al malestar que perciben.(54) Tateno y colaboradores, desarrollaron una investigación en Japón en el año 2016, donde evaluaron la presencia de ideación suicida en 95 médicos residentes de psiquiatría. Se encontró una prevalencia de ideación suicida pasiva (pensamientos de muerte) del 38.5% y de ideación suicida activa (pensamientos de suicidio) en un 22%. Como se puede observar, estas prevalencias son notablemente mayores a la población general, y también a las reportadas en los residentes de psiquiatría del INPRFM. Estas diferencias podrían explicarse por la exposición a diversos factores culturales, así como la percepción cultural del suicidio y su relación con la espiritualidad. Además, de las diferencias entre los sistemas de salud de Japón y México. Incluso Tateno reconoce en su publicación, que Japón es un país que se caracteriza por sus altas prevalencias de suicidio en comparación con otros países, y que esto puede estar vinculado al elevado estigma que sufren las personas con padecimientos mentales y en general los médicos que ejercen la psiquiatría, limitando el acceso a servicios de salud mental en este país. (55) Jiménez describe la presencia de riesgo suicida en médicos residentes mexicanos de diversas especialidades, determinando una prevalencia del 7.4%, siendo menor a la presencia de ideación suicida en la población general. Esta diferencia puede explicarse por la utilización específica de un instrumento de medición del riesgo suicida como constructo que incluye, intentos de suicidio previos, pensamientos de muerte, pensamientos suicidas, así como planeación suicida, ya que en nuestra investigación únicamente se evaluó a través de un solo reactivo del SCL-90 “he pensado en quitarme la vida”.(49) Heijden en el año 2008 también realizó una investigación evaluando la presencia de pensamientos suicidas en médicos residentes de distintas especialidades, en Holanda. Este encontró en dicha investigación una prevalencia de pensamientos suicidas del 12% a lo largo de la residencia sin importar la especialidad. Sin embargo, al analizar por especialidades, los que presentaban mayor prevalencia de pensamientos suicidas, fueron los médicos residentes de psiquiatría, con una prevalencia del 21.6%. Posiblemente la diferencia tan importante en la prevalencia de ideación suicida que se observa incluso entre médicos residentes de psiquiatría, se deba a que el estimado de la misma en el caso de Heijden fue a lo largo de toda la residencia, y en nuestro caso, fue una medición en los últimos 7 días. Sin duda ambos datos brindan un panorama preocupante para la salud mental de los médicos residentes de psiquiatría.(57) Otro estudio de relevancia, es el realizado por Jovanovic y colaboradores en el año 2019, que deriva de un estudio multicéntrico proveniente de varios países, en el que se analizaron síntomas de depresión y conductas suicidas en médicos residentes de psiquiatría. En dicha investigación, se encontró una prevalencia de fantasías de muerte de 10.3%, ideación suicida de 12.3% e intentos suicidas en un 0.7%. La fortaleza más grande de este estudio radica en el tamaño de su muestra, ya que participaron 1980 residentes de psiquiatría de 22 países. Como podemos observar el reporte de ideación suicida es bastante parecido al encontrado en nuestra muestra, a pesar del tamaño muestral tan pequeño.(56) Por otro lado, Lipkin refiere que la población de médicos residentes tiene una tasa

de suicidio menor que la población general. Este autor menciona que los residentes masculinos tienen una tasa de suicidio de 5.09/100 mil, en comparación con la población general masculina, que es de 21.7/ 100 mil. En las mujeres ocurre de forma similar, ya que las médicas residentes femeninas tienen una tasa de suicidio de 1.88/ 100 mil, en comparación con la población general femenina, que tiene una tasa de suicidio 5.15/100 mil.(58)

Definitivamente, las implicaciones de las alteraciones en la salud mental en los médicos residentes son diversas, afectando esferas sociales, académicas y laborales. Sin embargo, la que ha llamado más la atención debido a sus implicaciones éticas y legales, es la calidad de la atención brindada por aquellos médicos residentes con alguna afección en su salud mental. Dewa y colaboradores realizaron en el año 2017 una revisión sistemática de la literatura disponible acerca del Síndrome de Burnout y la presencia de alteraciones en la Calidad de la atención de médicos residentes. Específicamente, se enfocaron en 2 dimensiones de la calidad de la atención: La aceptabilidad y la seguridad. En dicha revisión, se encontró evidencia que asociaba el síndrome de burnout con errores médicos. También encontraron una asociación significativa entre la dimensión de despersonalización del burnout y un cuidado del paciente subóptimo. De igual forma se relacionó la severidad del burnout, con la presencia de errores médicos por falta de tiempo, por carga de trabajo y con la presencia de olvidos al momento de plasmar la información en el expediente. De igual forma, se relacionó el burnout con errores debido a la presencia de somnolencia excesiva.(59)

Con respecto a nuestra investigación, considero pertinente mencionar sus limitaciones. La primera y más importante es la obtención de la muestra a través de conveniencia, ya que, al no realizarse de forma azarosa, podríamos incurrir en un sesgo debido a que, los médicos residentes con mayor sintomatología psiquiátrica hubieran decidido no participar en la investigación. Otra limitación de la investigación, es que no se utilizaron los puntajes T del SCL-90 para comparar con los puntajes de los residentes. Esto no permitió tener un diagnóstico de psicopatología, sino únicamente identificar síntomas de distintas dimensiones psiquiátricas. También debido a limitaciones del acceso a la infraestructura y al equipo de laboratorio, no nos fue posible realizar las mediciones de DHEA y Cortisol, mismo que era una propuesta novedosa y una medición objetiva de estrés, misma que hubiera podido arrojar mayor información con respecto a cómo se relaciona la resiliencia con alteraciones neurobiológicas e identificar si estas alteraciones pueden ser modificadas por intervenciones terapéuticas, curso que se pretende seguir con esta línea de investigación. Tampoco se evaluó el rendimiento académico, ni el rendimiento laboral, así como la calidad de la atención, como variables que pudieran reflejar los costos que tiene en el sistema de salud la presencia de síntomas psiquiátricos en los médicos residentes, mismos que, en muchas ocasiones, aportan gran parte de los servicios médicos brindados en las instituciones públicas de salud.

La fortaleza más remarcable de la investigación presente, es el hecho de que en la literatura actual no existen investigaciones que evalúen posibles factores protectores para el desarrollo de síntomas psiquiátricos, a pesar de la notable evidencia que existe acerca de la elevada prevalencia de sintomatología psiquiátrica en médicos residentes. En definitiva, esta investigación supone un paso importante en la atención y el mejoramiento de la salud mental de los médicos residentes involucrados en diversos procesos de atención de la salud de la población mexicana, brindando información acerca de la importancia que tiene la resiliencia como constructo en la génesis de síntomas psiquiátricos, y como este fenómeno puede ser aprovechado para prevenir el desarrollo de psicopatología e incluso de recaídas en un futuro. De esta forma, el invertir recursos en la formación de profesionales capacitados para brindar intervenciones breves enfocadas en la resiliencia, podrían suponer un apoyo a la salud mental de los residentes y así disminuir los costos en la atención a salud mental por parte de las instituciones públicas de salud, que desde hace varios años se reconoce sobrecargada. A experiencia personal del investigador, quien suscribe, es común que los médicos

residentes de psiquiatría busquen atención psicoterapéutica de forma privada, debido a que no cuentan con el acceso a servicios públicos de psicoterapia. Los costos de la atención psicoterapéutica, solo en la Ciudad de México, asciende de los 1200 a los 3600 pesos mexicanos, de forma mensual, lo que equivale del 9 al 30% del sueldo promedio de un médico residente. Estos costos pueden ser un obstáculo para el uso de estos servicios que podrían servir para la promoción de la resiliencia. Como se ha mencionado previamente, se pretende que esta investigación abra la puerta para nuevos estudios enfocados a la realización de intervenciones en nuestra institución y en otras, en las que la promoción de la resiliencia permita el desarrollo de habilidades y medidas más adaptativas durante el período de las residencias médicas, disminuyendo así la probabilidad de desarrollar síntomas psiquiátricos durante el curso de cualquier especialidad, y en específico de la especialidad en psiquiatría, ya que para cuidar la salud mental de nuestros pacientes, es necesario cuidar la nuestra primero.

## CONCLUSIONES

- Existe una alta prevalencia de psicopatología en los médicos residentes de psiquiatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Se observaron menores niveles de psicopatología en los residentes con mayor resiliencia.
- Existieron diferencias significativas en el grado de resiliencia de los médicos residentes que cursaban con un trastorno psiquiátrico al momento de la evaluación, en comparación con aquellos que no. Los puntajes de resiliencia de los médicos residentes en ausencia de psicopatología eran notablemente mayores que en los que contaban con un diagnóstico psiquiátrico.
- La fortaleza fue la dimensión de la resiliencia más relacionada con el grado de psicopatología, de tal forma que, a mayor fortaleza, menor grado de psicopatología. La fortaleza hace referencia a la claridad que los individuos tienen sobre sus objetivos, al esfuerzo que hacen por alcanzar sus metas, a la confianza que tienen de que van a tener éxito y al optimismo, fortaleza y tenacidad con la que enfrentan sus retos.
- La estructura fue otra dimensión de la resiliencia que presentó relaciones importantes con el grado de psicopatología, de tal forma, que a mayor estructura, existía un menor grado de psicopatología. La estructura hace referencia a la planificación y a la capacidad de un individuo de organizar sus tareas para llevarlas a cabo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Becoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Rev psicopatología y Psicol clínica*. 2006;11(3):125–46.
2. Gamezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatr Ann*. 1991;2:459–66.
3. Masten AS. Resiliencia comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In: Glantz MD, Johnson JL, editors. *Resilience and development*. New York; 1999. p. 281–896.
4. Luthar SS, Cicchetti D, Becker D. Research on resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev*. 2000;71:543–662.
5. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent Resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health*. 26:1–26.
6. Rutter M. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Assoc Fam Ther Syst Pract*. 1999;119–44.
7. Rutten BP, Hammels C, Geschwind N, Menne-Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128(1):3–20.
8. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la fuente Muñiz. La resiliencia en la salud mental. *Inf clínica*. 2013;24(8):76–8.
9. Le Moal M. Historical approach and evolution of the stress concept: A personal account. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32(SUPPL 1).
10. Romero LM, Dickens MJ, Cyr NE. The reactive scope model - A new model integrating homeostasis, allostasis, and stress. *Horm Behav* [Internet]. 2009;55(3):375–89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2008.12.009>
11. Mcewen BS, Wingfield JC. What's in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *NIH public acces*. 2011;57(2):1–16.
12. Pilnik SD. El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis. *Rev del Hosp Ital* [Internet]. 2010;30(1):7–12. Available from: [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/6974\\_7-12-articulo-pilnik.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/6974_7-12-articulo-pilnik.pdf)
13. Russo SJ, Murrugh JW, Han MH, Charney DS, Nestler EJ. Neurobiology of resilience. *Nat Neurosci*. 2012;15(11):1475–84.
14. Rivera-Ledesma A, Caballero NP, Pérez IN, Montero-López M. SCL-90R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Univ Psychol*. 2013;12(1):105–17.
15. Herman JP, Cullinan WE. Neurocircuitry of stress: central control of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Trends Neurosci*. 1997;20(2):78–84.
16. Meewisse ML, Reitsma JB, De Vries GJ, Gerson BP, Olf M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007;191:387–92.
17. Rasmusson AM, Vythilingam M, Morgan CA. The neuroendocrinology of posttraumatic stress disorder: new directions. *CNS Spectr*. 2003;8(9):651–6.
18. Mulchaney JJ, Ekhtator NN, Zhang H, Kasckow JW, Baker DG, Geraciotti TD. Cerebrospinal fluid and plasma testosterone levels in posttraumatic stress disorder and tobacco

- dependence. *Psychoneuroendocrinology*. 2001;26(3):273–85.
19. Pope HG, Cohane GH, Kanayama G, Siegel AJ, Hudson JL. Testosterone gel supplementation for men with refractory depression: a randomized, placebo controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2003;160(1):105–11.
  20. Morgan CA, Rasmusson AM, Wang S, Hoyt G, Hauger RL, Hazlett G. Neuropeptide-Y, cortisol, and subjective distress in humans exposed to acutestress: replication and extension of previous report. *Biol Psychiatry*. 2002;52(2):136–42.
  21. Morgan CA, Wang S, Southwick SM, Rasmusson A, Hazlett G, Hauger RL, et al. Plasma neuropeptide-Y concentrations in humans exposed to military survival training. *Biol Psychiatry*. 2000;47(10):902–9.
  22. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar*. 2017.
  23. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. 1era Ed. Arlington, Virginia: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
  24. Aracena M, Castillo R, Haz AM, Cumsille F, Muñoz S, Bustos L, et al. Resiliencia al maltrato físico infantil: variables que diferencian a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos. *Rev Psicol*. 2000;9(1):1–21.
  25. Feldman LB, Gross JJ, Conner T, Benvenuto M. Knowing what you're feeling and know what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cogn Emot*. 2001;15:913–724.
  26. Silva J. Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Rev Chil Neuropsiquiat*. 2005;43(3):201–9.
  27. Silva J. Biología de la regulación emocional: su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Ter psicológica*. 2003;21:163–72.
  28. Reebye P. Affect regulation and the development of psychopathology. 2003;12(1):21–2.
  29. Kimhy D, Gil KE, Brucato G, Vakrusheva J, Arndt L, Gross JJ, et al. The impact of emotion awareness and regulation on social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Psychol Med*. 2016;46(14):2907–18.
  30. Torre DM, Wang NY, Moeni LA, Young JH, Klag MJ, Ford DE. Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *suicide life Threat Behav*. 2005;35(2):146–53.
  31. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assesment (metaanalysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295–302.
  32. Stack S. Suicide risk among physicians: a multivariate analysis. *Arch Suicide Res*. 2004;8(3):287–92.
  33. Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, Simkins S, Deeks JJ. Suicide in doctors: A study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(5):296–300.
  34. Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Bo Mortensen P, Nordenotoft M. Suicide and occupation: the impact of socioeconomic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007;37(8):1131–40.
  35. Tyssen R, Vaglum P. Mental Health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv Rev Psychiatry*. 2002;10(3):154–65.
  36. Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ, Schernhammer E. Physician suicide and drug abuse. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1390.

37. Worley LM. Our fallen peers: a mandate for change. *Acad Psychiatry*. 2008;32(1):8–12.
38. Gagné P, Moamai J, Bourget D. Psychopathology and suicide among quebec physicians: A nested case control study. *Depress Res Treat*. 2011;
39. Aptista T, Uzcategui E. Substance use among resident doctors in venezuela. *Drug Alcohol Depend*. 1993;32(2):127–32.
40. Hughes PH, Baldwin DC, Sheehan DD, Conard S, Storr CL. Resident physician substance use, by specialty. *am J Psychiatry*. 1992;149(10):1348–54.
41. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: Algunos factores relacionados. *Salud Ment*. 2004;27(6):17–27.
42. Frankenhaeuser M. A biopsychosocial approach to work life issues. *Int Heal Serv Planning, Adm Eval*. 1989;19(4):747–58.
43. Fuss I, Nubling M, Hasselhorn HM, Schwappach D, Rieger MA. Working conditions and work-family conflict in german hospital physicians: psychosocial and organisational predictors and consequences. *BMC Public Health*. 2008;8(353).
44. Martínez-Jaime MM, Albores-Gallego L, Márquez-Caraveo ME. La integridad mental del personal clínico de un hospital psiquiátrico, asociada a una alta exigencia emocional y a la organización nociva del trabajo. *Salud Ment*. 2012;35:297–304.
45. Palomar-Lever J, Gómez-Valdez N. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*. 2010;27(1):7–22.
46. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Heal Med*. 2015;20(3):353–62.
47. Slavin SJ, Chibnall JT. Finding the Why, Changing the How. *Acad Med*. 2016;91(9):1194–6.
48. MacHado-Duque ME, Echeverri Chabur JE, MacHado-Alba JE. Somnolencia diurna excesiva, mala calidad del sueño y bajo rendimiento académico en estudiantes de Medicina. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2015;44(3):137–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.002>
49. Jiménez-López J, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Aportaciones Orig Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(1):20–8.
50. Melo MCA, De Bruin VMS, Das Chagas Medeiros F, Santana JAP, Lima AB, De Francesco Daher E. Health of Psychiatry Residents: Nutritional Status, Physical Activity, and Mental Health. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):81–4.
51. Melo MCA, Das Chagas Medeiros F, De Bruin VMS, Santana JAP, Lima AB, De Francesco Daher E. Sleep quality among psychiatry residents. *Can J Psychiatry*. 2016;61(1):44–9.
52. Granada Jimenez O, Morales Socorro MP, Lopez-Ibor Alino JJ, Jimenez OG, Socorro MPM, Alino JLL-I, et al. Risk factor for psychopathology during residency . *Actas Esp Psiquiatr [Internet]*. 2010;38(2):65–71. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-79952277697&partnerID=40&md5=1ede678cef5835dbe3aaeba6bc1cbb07>
53. Yu Z, Gonciarz MD, Sundquist WI, Hill CP, Jensen J. Cross-National Prevalence and Risk Factors for suicidal ideation, plans, and attempts. 2009;377(2):364–77.
54. Talih F, Warakian R, Ajaltouni J, Shehab AAS, Tamim H. Correlates of Depression and Burnout among Residents in a Lebanese Academic Medical Center: A Cross-Sectional Study. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):38–45.

55. Tateno M, Jovanović N, Beezhold J, Uehara-Aoyama K, Umene-Nakano W, Nakamae T, et al. Suicidal ideation and burnout among psychiatric trainees in Japan. *Early Interv Psychiatry*. 2018;12(5):935–7.
56. Jovanović N, Beezhold J, Tateno M, Barrett E, Vlachos I, Fiorillo A, et al. Depression and suicidality among psychiatric residents - results from a multi-country study. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;249(February):192–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.023>
57. Van Der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008;12(4):344–6.
58. Lipkin M. When Suicide Happens in the Medical Community. *J Gen Intern Med*. 2019;34(2):317–9.
59. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(6).

## **ANEXOS**

### **I. Consentimiento informado**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES “RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL DESARROLLO DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA”. Por este medio le invitamos a participar en un proyecto de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Si desea participar le pedimos que lea detenidamente la siguiente información.

Los padecimientos que afectan a la salud mental son más comunes en los trabajadores de la salud. Especialmente, se ha demostrado en estudios previos que aquellos involucrados con la salud mental son más propensos a desarrollar enfermedades de esta índole. La resiliencia, es la capacidad de mantener un equilibrio emocional tras exponerse a eventos traumáticos. Se ha demostrado que la exposición a eventos estresantes a lo largo de la vida, puede ser un factor determinante para la aparición de trastornos de la salud mental. También se han vinculado algunas hormonas secretadas naturalmente por nuestro organismo ante situaciones de estrés. Las que más se han vinculado al estrés, son el cortisol y la dehidroepiandrosterona. Estas pueden verse alteradas en sujetos que desarrollan trastornos de salud mental.

El objetivo de esta investigación es determinar cómo influye la resiliencia en la salud mental en residentes de psiquiatría. Si usted decide participar en esta investigación, se le realizará una encuesta con una duración aproximada de 30 minutos consistente en una ficha de datos generales, se le preguntará acerca de posibles eventos que hallan puesto en riesgo su integridad física en el último año, así como una escala para medir la resiliencia y una escala para evaluar su salud mental. Además, se le tomará una muestra de sangre de aproximadamente 3 ml, y será depositada en un tubo para su posterior análisis, determinando niveles de cortisol y dehidroepiandrosterona. La muestra de sangre será extraída por personal calificado para realizar dicho procedimiento, asegurando una técnica que disminuya la probabilidad de que existan molestias o complicaciones derivadas del mismo, sin embargo, en ocasiones estas pueden presentarse a pesar de un procedimiento realizado de forma correcta. Entre las posibles molestias o complicaciones derivadas de este procedimiento se encuentran el dolor en el sitio de punción, enrojecimiento del área de punción, acumulación de sangre en el sitio de punción con hinchazón y dolor, disminución temporal en la presión arterial, mareo, e infecciones. Una vez procesada la muestra para la obtención de niveles de Cortisol y Dehidroepiandrosterona, esta será desechada. Ninguna de las intervenciones tendrá costo para usted, ya que estos serán cubiertos por el investigador. La información proporcionada será protegida de tal forma que las encuestas se realizarán de forma anónima y únicamente el investigador principal tendrá acceso al manejo de los datos obtenidos durante las evaluaciones. La información recolectada será resguardada en una base de datos de Excel, archivo que únicamente se encontrará en un disco duro propiedad del investigador.

Como beneficio al participar en esta investigación, usted podrá conocer mejor su estado de salud mental, ya que, en caso de que usted lo desee, podrá acceder a los resultados a través de una plataforma en línea. Además, con los resultados se pretende concientizar a futuras generaciones para la implementación de programas que protejan la salud mental de aquellos que están involucrados en el proceso de tratamiento de los padecimientos de esta índole.

El hecho de que usted se niegue a participar o decida abandonar el presente estudio sin concluirlo, NO tendrá ninguna repercusión. Siéntase libre de preguntar cualquier duda y tómese el tiempo que considere para reflexionar su respuesta. Así mismo, cualquier duda que le surja durante el estudio será contestada. Para cualquier aclaración podrá ponerse en contacto con: Los investigadores a

cargo de esta investigación, el Dr. Erick Ricardo López Soto, Tel: 41605438, la Dra. Mónica Flores Ramos Ext 2251, o La Dra. Brisa Monroy Cortés 41605438, así como la presidenta del comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en Calzada México-Xochimilco No. 101, Colonia San Lorenzo Huipulco, en la Delegación Tlalpan, la Dra. Cristina Lóyzaga Mendoza Tel. 41605372. Con horario de 08:00 a 17:00 horas. En caso de solicitarlo, se le podrá otorgar una copia de este documento. Si usted acepta participar en esta investigación, le solicitamos firme su consentimiento para realizar los procedimientos arriba descritos, con el número de folio que será asignado por el investigador principal. Además, se solicitará la firma de 2 testigos que hayan presenciado la invitación a participar esta investigación.

He sido invitado a participar en la investigación "RESILIENCIA Y SU ASOCIACIÓN CON EL DESARROLLO DE PSICOPATOLOGÍA EN RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA". Me han informado sobre los riesgos, molestias y posibles beneficios de mi participación. Acepto voluntariamente participar en este estudio y entiendo que después de haber aceptado, tengo derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento en que lo desee o necesite, incluso sin necesidad de avisar ni explicar la razón a los investigadores ni a otros miembros de la Institución y sin que esto me lleve a perder mis derechos en esta institución

## II. Escala resiliencia RESI-M

*Instrucciones:* A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Por favor indique con una X en el recuadro de la derecha, la respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Sexo:

Edad:

Escolaridad:

Item	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.- Lo que me ha ocurrido en el pasado me hace sentir confianza para enfrentar nuevos retos. 2.- Sé dónde buscar ayuda. 3.- Soy una persona fuerte. 4.- Sé muy bien lo que quiero. 5.- Tengo el control de mi vida. 6.- Me gustan los retos. 7.- Me esfuerzo por alcanzar mis metas. 8.- Estoy orgulloso de mis logros. 9.- Sé que tengo habilidades. 10.- Creer en mí mismo me ayuda a superar los momentos difíciles. 11.- Creo que voy a tener éxito. 12.- Sé cómo lograr mis objetivos. 13.- Pase lo que pase siempre encontraré una solución. 14.- Mi futuro pinta bien. 15.- Sé que puedo resolver mis problemas personales. 16.- Estoy satisfecho conmigo mismo. 17.- Tengo planes realistas para el futuro. 18.- Confío en mis decisiones. 19.- Cuando no estoy bien, sé que vendrán tiempos mejores. 20.- Me siento cómodo con otras personas. 21.- Me es fácil establecer contacto con nuevas personas. 22.- Me es fácil hacer nuevos amigos.				

Item	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<p>23.- Es fácil para mi tener un buen tema de conversación.</p> <p>24.- Fácilmente me adapto a situaciones nuevas.</p> <p>25.- Es fácil para mi hacer reír a otras personas.</p> <p>26.- Disfruto de estar con otras personas.</p> <p>27.- Sé cómo comenzar una conversación.</p> <p>28.- Tengo una buena relación con mi familia.</p> <p>29.- Disfruto de estar con mi familia.</p> <p>30.- En nuestra familia somos leales entre nosotros.</p> <p>31.- En nuestra familia disfrutamos de hacer actividades juntos.</p> <p>32.- Aun en momentos difíciles, nuestra familia tiene una actitud optimista hacia el futuro.</p> <p>33.- En nuestra familia coincidimos en relación a lo que consideramos importante en la vida.</p> <p>34.- Tengo algunos amigos / familiares que realmente se preocupan por mí.</p> <p>35.- Tengo algunos amigos / familiares que me apoyan.</p> <p>36.- Siempre tengo alguien que puede ayudarme cuando lo necesito.</p> <p>37.- Tengo algunos amigos / familiares que me alientan.</p> <p>38.- Tengo algunos amigos / familiares que valoran mis habilidades.</p> <p>39.- Las reglas y la rutina hacen mi vida más fácil.</p> <p>40.- Mantengo mi rutina aun en momentos difíciles.</p> <p>41.- Prefiero planear mis actividades.</p> <p>42.- Trabajo mejor cuando tengo metas.</p> <p>43.- Soy bueno para organizar mi tiempo.</p>				

### **III. Ficha de datos generales**

**Sexo:**

**Edad:**

**¿Alguna vez has sido diagnosticado con una condición psiquiátrica?**

SI NO

**Actualmente, ¿Recibes manejo psiquiátrico?**

SI NO

**En caso de contestar sí a la pregunta anterior, ¿Qué medicamento estas tomando y en qué dosis?**

#### IV. SCL-90R

Folio: \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre/Mujer

Edad \_\_\_\_\_

Años de escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado civil: Con pareja/sin pareja

#### SCL-90-R

A continuación, se presenta una lista de problemas que tiene la gente.

Lea por favor cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					

9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a					
12. Dolores de pecho.					
13. Miedo a los espacios abierto o las calles.					
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapado/a o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					

32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no le gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, camión o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojera, debilidad, en partes de mi cuerpo.					

57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a.					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					
59. Pensar que estoy por morirme.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destrozarse cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar en mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					

81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					