



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

TESIS

Diferencias en la prevalencia de psicopatología y factores de riesgo psicosociales de los médicos residentes de pediatría al ingresar al curso en 2021 y después del primer año del curso de especialización, en comparación con el grupo de residentes que cursó el primer año de la residencia durante 2020-2021 durante el inicio de la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel con reconversión por COVID-19

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
EN:

PEDIATRÍA

PRESENTA:
Dra. Adriana Velasco Valdez

TUTOR:
Dra. Gina del Carmen Chapa Koloffon

ASESOR METODOLÓGICO:
Dra. María Guadalupe Jean Tron



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



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 está 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Diferencias en la prevalencia de psicopatología y factores de riesgo psicosociales de los médicos residentes de pediatría al ingresar al curso en 2021 y después del primer año del curso de especialización, en comparación con el grupo de residentes que cursó el primer año de la residencia durante 2020-2021 durante el inicio de la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel con reconversión por COVID-19

INVESTIGADOR:

Dra. Adriana Velasco Valdez

Médico Cirujano, Universidad Autónoma del estado de Hidalgo.

Residente de la especialidad de Pediatría, Hospital Infantil de México Federico Gómez. SSA. Calle Doctor Márquez No.162. Colonia Doctores. Delegación Cuauhtémoc. CP 06720. Ciudad de México. Tel. 55 5228 9917

Teléfono: 77 11 72 84 07 | Correo electrónico: draavelascov@gmail.com

TUTOR MÉDICO/ACADÉMICO:

Dra. Gina del Carmen Chapa Koloffon

Especialista en Psiquiatría. Subespecialista en Psiquiatría Infantil y del Adolescente. Universidad Autónoma de México.

Departamento de Investigación Clínica. Hospital Infantil de México Federico Gómez. SSA. Calle Doctor Márquez No.162. Colonia Doctores. Delegación Cuauhtémoc. CP 06720. Ciudad de México. Tel. 55 5228 9917

TUTOR METODOLÓGICO:

Dra. María Guadalupe Jean Tron

Especialista en Pediatría. Subespecialista en Neurología Pediátrica. Alta especialidad en Pediatría del Desarrollo. Universidad Autónoma de México.

Departamento de Investigación Clínica. Hospital Infantil de México Federico Gómez. SSA. Calle Doctor Márquez No.162. Colonia Doctores. Delegación Cuauhtémoc. CP 06720. Ciudad de México. Tel. 55 5228 9917

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Diferencias en la prevalencia de psicopatología y factores de riesgo psicosociales de los médicos residentes de pediatría al ingresar al curso en 2021 y después del primer año del curso de especialización, en comparación con el grupo de residentes que cursó el primer año de la residencia durante 2020-2021 durante el inicio de la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel con reconversión por COVID-19

AUTORIZACIÓN DE TESIS



ASESOR

Dra. Gina del Carmen Chapa Koloffon
Especialista en Psiquiatría. Subespecialista en Psiquiatría Infantil y del Adolescente.
Departamento de Investigación Clínica. Hospital Infantil de México Federico Gómez



TUTOR METODOLÓGICO:

Dra. María Guadalupe Jean Tron
Especialista en Pediatría. Subespecialista en Neurología Pediátrica. Alta especialidad en Pediatría del Desarrollo.
Departamento de Investigación Clínica. Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Dr. Sarbelio Moreno Espinosa
Especialista en Pediatría. Subespecialista en Infectología Pediátrica. Maestro en Ciencias Médicas.
Director de Enseñanza y Desarrollo Académico

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a Milagrosa. Por permitirme seguir adelante, por estar conmigo a cada paso que doy, por darme fuerza y guiar mi camino.

A mis padres. Por amarme, cuidarme y apoyarme en las decisiones que he tomado en mi vida. Sin su amor incondicional y los grandes esfuerzos que hacen por mí, no habría llegado a donde me encuentra ahora.

A mi hermana. Por crecer conmigo, aprendiendo juntas las lecciones de la vida y por darme la certeza de que siempre vas a estar para mí.

A mi abuelita. Por el amor incondicional y la fé que tienes en mí, por las oraciones que me iluminan el camino cuando las cosas se ponen difíciles.

A Vic. Por acompañarme en el camino, cuidarme y apoyarme a pesar de las dificultades, y por las cosas que aún nos faltan por vivir.

A mis tutoras. Por su apoyo y motivación, por la comprensión y la paciencia.

A la familia y a los amigos. Por siempre dejar una enseñanza en mi vida, acompañarme y hacer la vida un poco más ligera.

A mis pequeñas bolitas esponjosas. Por siempre llenarme de amor, miles de pelitos, y besos mojados, alegrándome siempre con su luz.

ÍNDICE

Introducción	8
Marco teórico	8
¿Qué es la salud mental?	8
Importancia de la salud mental	9
Salud mental en médicos residentes	10
Psicopatologías en médicos residentes	11
Burnout	12
Depresión	15
Suicidio	17
Ansiedad	19
Trastornos por consumo de sustancias	21
Trastornos de la conducta alimentaria	22
Infección por SARS-CoV-2	24
Impacto de la pandemia por COVID en la salud mental de la población general y del personal de salud	25
Planteamiento del problema	27
Pregunta de investigación	27
Justificación	28
Hipótesis	28
Objetivos	29
Objetivo general	29
Objetivos específicos	29
Métodos	29
Lugar	29
Población de estudio/Universo de trabajo	29
Diseño del estudio	29
Población blanco	30
Tamaño de la muestra	30
Método de muestreo	30
Criterios de selección	30
Criterios de inclusión	30
Criterios de exclusión	30
Criterios de eliminación	30
Recolección de datos	31
Instrumentos de evaluación	32
Cuestionario de factores sociodemográficos y de estilo de vida (Anexo 2)	32
MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional/Escala MINI (Anexo 3)	32
Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey/MBI-HSS (Anexo 4)	32
Cuestionario de Apoyo Social Versión Española 6-ítems/SSQ6 (Anexo 5)	33
Cuestionario relativo a factores asociados con enfermedad por COVID-19	33

Plan de análisis estadístico	33
Descripción de variables	34
Resultados	40
Estilos de vida y factores de riesgo psicosociales	41
Primera medición	41
Comparación de los cambios observados después de un año	41
Prevalencia de psicopatología	43
Primera medición	43
Comparación de los cambios observados después de un año	43
Burnout	43
Preguntas relacionadas con COVID	45
Discusión	45
Conclusión	49
Cronograma de actividades	50
Referencias bibliográficas	51
Limitaciones del estudio	55
Consideraciones éticas	55
Anexos	57
1. Consentimiento informado	57
2. Cuestionario de factores sociodemográficos y de estilos de vida	59
3. MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional	61
4. Maslach Burnout Inventory Human Services Survey	63
5. Cuestionario de Redes de Apoyo Versión Española 6-ítems	65

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos meses del año 2019, en Asia Oriental surgió una infección respiratoria con características nunca antes vistas, que proviene de un virus zoonótico que mutó hasta lograr infectar a los seres humanos. El brote inicial se presentó en la provincia de Wuhan, en China y el 11 de marzo de 2020 la infección por SARS-CoV-2 fue declarada pandemia mundial ⁽¹⁾.

La gravedad de la infección varía desde una infección leve con síntomas similares a los de un resfriado común, hasta presentar un cuadro clínico grave que requiera apoyo ventilatorio avanzado, y finalmente conducir a un desenlace fatal.

El alcance de la enfermedad ha provocado una revolución en la atención a la salud, surgiendo la necesidad de generar nuevas estrategias de prevención, diagnóstico y manejo de la enfermedad y sus complicaciones.

En el contexto de la pandemia, los servicios de salud se han visto rebasados en su capacidad de atención, siendo afectadas todas las especialidades médicas; causando que el personal de salud tenga que trabajar sobrepasando sus ritmos de trabajo usuales y provocando que el estrés afecte sus vidas, generando alteraciones en la salud mental que requieren estudio y atención como parte de la investigación que envuelve a la pandemia actual.

MARCO TEÓRICO

¿Qué es la salud mental?

Según definiciones de la Organización Mundial de Salud (OMS) “la salud mental es un estado de bienestar en el que una persona se da cuenta de sus propias capacidades, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y puede hacer una contribución a su comunidad” ⁽²⁾.

La salud mental es un componente de la salud general, que se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia” ⁽²⁾; es componente esencial del ser humano, fundamental para la adecuada interacción con el entorno.

Existen múltiples factores que determinan el nivel de salud mental de una persona, algunos con capacidad de ser modificados, mientras que existen otros que son permanentes y acompañarán a cada persona a lo largo de su vida. Así mismo

existen factores psicológicos y de personalidad específicos que hacen que las personas sean vulnerables a los problemas de salud mental ⁽²⁾.

Las alteraciones en la salud mental pueden estar asociadas a cambios sociales inesperados, a condiciones socioeconómicas inestables, dificultades para la interacción social, estilos de vida inadecuados, alteraciones de la salud física y eventos que incluyan situaciones estresantes que vulneren la seguridad del individuo en cualquier dimensión.

Actualmente se busca lograr una interdisciplinariedad que conduzca a una definición consensuada y ampliamente utilizada de lo que es la salud mental, para lograr identificar con mucha mayor claridad los elementos que la componen, y poder establecer estrategias de prevención y mejoramiento de la misma, incluyendo intervenciones en los casos en que se vea afectada ⁽²⁾.

Importancia de la salud mental

En los últimos años, se ha reconocido que la salud mental desempeña un papel de suma importancia, incluyéndose dentro de los objetivos de desarrollo sostenible de la OMS ⁽³⁾.

La depresión es una de las principales causas de discapacidad, siendo el suicidio la segunda causa de muerte entre personas en edad productiva. Las personas que sufren alteraciones de la salud mental tienen a fallecer de forma prematura; y aunque actualmente se han visibilizado los problemas de salud mental, las personas que los padecen regularmente suelen sufrir estigmatización y discriminación, debido a no ser padecimientos fácilmente visibles ante los ojos de la población general ⁽³⁾.

Muchas alteraciones de salud mental pueden tratarse de forma relativamente sencilla y con costos razonables, sin embargo, la población que necesita y busca atención de la salud mental sigue siendo baja, y aquéllos que la buscan no siempre encuentran cobertura de salud accesible que les permita llegar a un diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz.

La atención a la salud mental debe ocuparse tanto del individuo como paciente, con sus factores intrínsecos que puedan afectar la salud, como de cuestiones más amplias que puedan tener impacto en la salud mental.

Algunas formas específicas de promover la salud mental incluyen: ⁽³⁾

- Intervenciones en la primera infancia, como proporcionar un entorno estable que sea sensible a las necesidades nutricionales y de salud de los niños, con protección contra amenazas, oportunidades para el aprendizaje temprano e interacciones receptivas, de apoyo emocional y estimulantes del desarrollo.
- Apoyo a los niños a través de programas de habilidades para la vida, programas de desarrollo infantil y juvenil.
- Empoderamiento socioeconómico de la mujer a través de mejorar el acceso a la educación y planes de microcrédito.
- Apoyo social para las poblaciones de ancianos, incluyendo iniciativas de amistad, centros comunitarios y de día para ancianos.
- Programas dirigidos a personas vulnerables, incluidas minorías, pueblos indígenas, migrantes y personas afectadas por conflictos y desastres, como intervenciones psicosociales después de desastres.
- Actividades de promoción de la salud mental en las escuelas, incluyendo programas que impliquen cambios ecológicos de apoyo en las escuelas.
- Intervenciones de salud mental en el trabajo, a través de programas de prevención del estrés.
- Políticas de mejoramiento de vivienda.
- Programas de prevención de la violencia, a través de la reducción de la disponibilidad de alcohol y acceso a armas.
- Programas de desarrollo comunitario.
- Reducción de la pobreza y protección social de las personas en situación de pobreza.
- Leyes y campañas contra la discriminación
- Promoción de los derechos, oportunidades y atención de las personas con trastornos mentales.
- Tratamiento de los trastornos de salud mental.
- Tributación de las bebidas alcohólicas y restricción de su disponibilidad y comercialización.
- Medidas eficaces para la prevención del suicidio,
- Tratamiento de los trastornos por uso de sustancias ⁽³⁾.

Salud mental en médicos residentes

La residencia médica es un periodo de largas horas de trabajo, estrés, mucha carga de trabajo y horas extra para lograr completar los objetivos de aprendizaje y práctica clínica esperados. Los médicos residentes con mucha frecuencia tienen alteraciones en la salud mental, principalmente relacionadas a los altos niveles de estrés y al agotamiento resultante de la gran carga de trabajo con la que diariamente se encuentran; eventualmente, si no reciben adecuada atención a la salud mental,

presentarán cada vez más trastornos asociados, incluso hasta llegar a consecuencias fatales en los casos más graves ⁽⁴⁾.

Los residentes tienen importantes responsabilidades a su cargo respecto al cuidado del paciente, pero con poca influencia sobre las decisiones finales respecto al cuidado, lo que también influye en la tensión y en ocasiones genera sensaciones de impotencia y poca eficiencia.

Es importante que aquellos quienes cuidan la salud integral de la población se encuentran en las mejores condiciones posibles. Se ha demostrado que las altas tasas de agotamiento en los residentes se relacionan de forma estrecha con errores en la práctica autopercebidos por los residentes, así como menor adherencia a mejorar las prácticas clínicas y menor ejercicio de razonamiento. Un estudio encontró que otras patologías, previamente diagnosticadas en los residentes, se ven agravadas por los niveles altos de estrés, predisponiendo a una menor calidad en la atención de la salud poblacional ⁽⁵⁾. Se sabe que la mala salud mental afecta de forma negativa no solamente en el desempeño laboral, sino también en la salud física, las relaciones personales y la capacidad y motivación para aprender ⁽⁵⁾.

Los elementos en formación tienen poco poder de decisión respecto al entorno en el que se desenvuelven, teniendo poca o ninguna influencia en sus horarios y en su carga de trabajo, por lo que las instituciones que los acogen deben determinar los mismos, teniendo el mayor cuidado en propiciar el mejor entorno de trabajo ⁽⁵⁾.

Se han encontrado diversos factores asociados en la salud mental de médicos residentes como lo son la especialidad que se está cursando, año de residencia que se está cursando, número de horas trabajadas por semana, estado civil, origen y residencia actual; siendo muy diversa la forma en que éstos influyen en el estado de salud mental de los residentes médicos en formación ⁽⁶⁾.

Los propios residentes identifican como fuentes comunes de estrés la preocupación por los desafíos diarios, miedo a no tener adecuado rendimiento en las actividades diarias, falta de conocimientos ya que aún se encuentran en entrenamiento, falta de habilidades clínicas que aún se encuentran en proceso de adquirir, falta de confianza y las grandes responsabilidades de atención a la salud del paciente ⁽⁷⁾.

Psicopatologías en médicos residentes

La salud mental y las enfermedades mentales no son extremos del mismo continuo, sino que constituyen conceptos distintos, aunque correlacionados. La salud mental influye directamente en el funcionamiento personal y social de los individuos,

justificando la importancia de actuar sobre de los problemas para promover la salud mental ⁽⁸⁾.

Burnout

En el año 2000 el Síndrome de Burnout (SB) fue reconocido por la OMS como un factor de riesgo laboral por su capacidad de afectar la calidad de vida de quien lo padece ⁽⁹⁾.

Es también llamado síndrome de desgaste profesional, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, y se le describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, y cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal ⁽⁹⁾.

El SB es un constructo relacionado con el estrés que es conceptualizado en el contexto de especificidad y persistencia de factores de estrés en el lugar de trabajo. Durante las últimas tres décadas, el agotamiento se ha convertido en una discapacidad aceptada desde la perspectiva de un empleado, pero no es aceptado como un motivo de discapacidad médica ⁽¹⁰⁾.

El primer caso reportado de SB en la literatura fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo "A burnout case" ⁽¹¹⁾. Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de este patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para personas con problemas de consumo de sustancias en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, del idealismo, y la empatía con los pacientes, además de presentar agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo ⁽¹²⁾.

En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia crearon el Inventario de Burnout Maslach (MBI), que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología ⁽¹³⁾. En su descripción del síndrome, limitó ésta condición a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral y en 1988, Pines y Aronson atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas ⁽¹¹⁾.

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental,

el Síndrome del quemado no se describe en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ta edición (DSM-5) ⁽¹⁴⁾ ⁽¹⁵⁾.

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del SB, los resultados son contradictorios en su mayoría, por lo que se podría concluir que la prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo, en la población mundial presenta prevalencias que van desde el 20% hasta el 70% ⁽⁹⁾.

La prevalencia a nivel mundial de este síndrome en personal de salud varía entre 2,2% y 69,2%. Las cifras de prevalencia del SB reportadas por otros estudios realizados en México entre el personal médico van desde el 42.3% y 44% hasta 50% ⁽¹⁶⁾.

Algunos autores sugieren que el SB en los médicos se comienza a "cultivar" desde la escuela de medicina. Según un estudio realizado por Dyrbye et al, publicado en el 2010, hasta un 49.6% pueden padecer SB ⁽¹⁷⁾. Un estudio realizado en Canadá, reportó una incidencia del SB (Síndrome de Burnout) hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad ⁽¹⁸⁾.

Sumado a los elementos recién nombrados, se describen factores de riesgo, que hacen susceptible al individuo ⁽¹³⁾:

- a. Componentes personales: la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas).
- b. Inadecuada formación profesional: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.
- c. Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.
- d. Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- e. Factores ambientales: cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

Sumados a los citados, algunos investigadores han logrado aislar posibles factores de riesgo específicos para desarrollo de SB en la población médica ⁽¹⁹⁾:

- Ser joven, tener hijos, trabajar más de 60 horas a la semana
- Recibir llamadas irregulares (durante 2 o más noches durante la semana)

Se identifican tres componentes del SB ⁽¹²⁾:

1. Cansancio o agotamiento emocional: pérdida progresiva de energía, desgaste, fatiga.
2. Despersonalización: construcción, por parte del sujeto, de una defensa para protegerse de los sentimientos de impotencia, indefinición y frustración.
3. Abandono de la realización personal: el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo ⁽¹³⁾.

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, problemas con el consumo de sustancias, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación. Se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño ⁽¹¹⁾.

La clínica del síndrome se esquematizó en cuatro niveles ⁽¹¹⁾:

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

El tratamiento y su prevención consisten en estrategias que permitan modificar los sentimientos y pensamientos referentes a los tres componentes del SB, algunas de ellas son ⁽⁹⁾:

1. Proceso personal de adaptación de las expectativas a la realidad cotidiana.
2. Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo
3. Fomento de una buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
4. Limitar la agenda laboral
5. Formación continua dentro de la jornada laboral

Depresión

La depresión es una enfermedad común que limita gravemente el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida. La OMS proyectó que esta enfermedad ocupará el primer lugar en carga de morbilidad en 2030 ⁽²⁰⁾. En la práctica, su detección, diagnóstico y tratamiento plantean desafíos para los médicos debido a sus diversas presentaciones, curso y pronóstico impredecibles y respuesta variable al tratamiento ⁽²¹⁾.

Es un trastorno común, casi una de 2 de cada 10 personas ha síntomas compatibles con depresión en algún momento de su vida. El inicio predomina en edades que van desde la adolescencia hasta inicios de la tercera década de la vida, sin embargo, casi la mitad de los pacientes presentan su primer episodio antes de cumplir los 20 años, con una mediana de 25 años. Se presenta con el doble de frecuencia en mujeres que en hombres, siendo casi dos veces más frecuente ⁽²¹⁾.

En México, 15 de cada 100 habitantes sufre depresión, y la cifra podría ser mayor porque algunas personas jamás han sido diagnosticadas y viven hasta 15 años sin saber que tienen esta afección. A diferencia de las mujeres, la mayoría de los varones no reconocen este malestar como una enfermedad, y cuando buscan ayuda, sus cuadros depresivos son más severos ⁽²²⁾.

Con mucha frecuencia es difícil distinguir estos síntomas de aquéllos causados por enfermedades orgánicas, sin embargo, un interrogatorio detallado apoya para una diagnósticos y tratamiento oportunos ⁽²⁰⁾.

Criterios para Depresión según DSM-5 ⁽²³⁾

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin

- esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Aunque el inicio suele ser gradual, si existen factores precipitantes en el entorno, se puede presentar en episodios abruptos, y el curso clínico varía entre un paciente y otro, frecuentemente presentándose de forma episódica y existiendo periodos libres de síntomas ⁽²¹⁾.

El objetivo del tratamiento de un episodio depresivo es lograr remisión completa de los síntomas y recuperación de la funcionalidad del paciente en su vida diaria; éstos objetivos pueden lograrse mediante el uso de psicoterapia y/o farmacoterapia haciéndose énfasis en medidas de bienestar general ⁽²¹⁾.

Los pacientes deprimidos deben recibir tratamiento durante al menos 6 meses. después de la resolución de los síntomas. En muchos casos, el tratamiento debe continuar incluso durante años. La mayoría de los pacientes (75% o más) tienen múltiples episodios de depresión ⁽²⁴⁾.

La depresión en los médicos en formación debe ser atendido con atención especial teniendo en cuenta todos los ámbitos de la vida que se afectan, viéndose afectado el rendimiento académico, existiendo el riesgo de deserción y el desempeño profesional, y pudiéndose afectar también la atención al paciente, ya que los residentes que sufren depresión y/o ansiedad pueden ser menos empáticos y menos dispuestos a atender a pacientes con enfermedades crónicas ⁽²⁵⁾.

Un meta-análisis realizado en 2016, revisó setenta y siete estudios transversales que cubren un total de 62 728 estudiantes de medicina y 1845 médicos. La prevalencia global de depresión entre los estudiantes médicos fue 28%. Se realizaron diferencias por región geográfica, encontrando mayor prevalencia de depresión en el Medio Oriente con 31.8%, seguido de América del Norte 30.3%, Asia 30.1%, América del Sur 26.8% y Europa 20%. Cuando se realizan distinciones entre el género se encontró que las mujeres tienen 31.5% de trastornos depresivos mientras que en los hombres se encuentra en alrededor de 24.2% ⁽²⁶⁾.

La prevalencia de la depresión en médicos residentes de unidades médicas de alta especialidad va de 25% a 79.6% para depresión y 39% a 69.9% para ansiedad, con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año ⁽²⁷⁾.

Suicidio

El comportamiento suicida es una de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo. Los desarrollos recientes en la teoría y la investigación del suicidio prometen un avance significativo en el conocimiento y la prevención. Un desarrollo clave es el marco de la ideación a la acción, que estipula que el desarrollo de la ideación suicida y la progresión desde la ideación hasta los intentos de suicidio son fenómenos distintos con explicaciones y predictores distintos.

Existe un creciente cuerpo de investigación que distingue los factores que predicen la ideación de aquellos que predicen los intentos de suicidio. Por ejemplo, cada vez es más claro que la depresión, la desesperanza, la mayoría de los trastornos mentales e incluso la impulsividad predicen la ideación suicida pero no distinguen claramente a quienes han intentado suicidarse de quienes solo han considerado el suicidio ⁽²⁸⁾.

Las diferentes teorías del suicidio ofrecen diferentes hipótesis acerca de por qué las personas intentan suicidarse. La teoría del suicidio que describe la psique de Edwinde Shneidman habla del dolor emocional o psicológico como el principal motivador de un intento; postula que el suicidio ocurre cuando se supera el umbral de un individuo para tolerar el dolor psicológico y que este umbral varía entre individuos.

Otras teorías destacan los roles de la desesperanza, la búsqueda de resolución de problemas, la impulsividad, y la comunicación interpersonal, en la motivación de un intento de suicidio ⁽²⁸⁾.

Los estudios epidemiológicos indican que los varones cometen más suicidios que las mujeres, en una proporción de 5:1 en todos los rangos de edad. En cambio, las mujeres realizan intentos con mayor frecuencia en la misma proporción, generalmente ingiriendo pesticidas o medicamentos ⁽²⁹⁾. La prevalencia general de ideación suicida independientemente del estado depresivo es del 5.8% ⁽²⁶⁾.

Trastorno de comportamiento suicida según DSM-V ⁽²³⁾

- A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses. Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciados por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en que tuvo lugar un comportamiento en el que aplicó el método de suicidio.
- B. El acto no cumple criterios para autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.
- C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios
- D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión
- E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso

Los estudios sobre ideación suicida en médicos en formación son escasos. Las cifras en estudiantes de medicina van de 1.4 a 32.3 %;23,24 en residentes, la prevalencia es de alrededor del 12% ⁽³⁰⁾.

En un estudio realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), donde se dio seguimiento a un grupo de residentes durante los primeros meses del posgrado, en la primera medición se reportó una prevalencia de 1.9 % para riesgo de suicidio; a los seis meses la prevalencia aumentó a 7.4 % ⁽³¹⁾.

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad son algunos de los trastornos más comunes y de las mayores causas de incapacidad alrededor del mundo, encontrándose incluso por encima de enfermedades orgánicas como la Diabetes Mellitus ⁽³²⁾.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) tiene una prevalencia en la población general de alrededor del 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Las mujeres son dos veces más afectadas por este cuadro que los hombres y el TAG declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres ⁽³³⁾.

La ansiedad representa un conjunto de interacciones entre factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Las personas con ansiedad suelen sobrestimar los riesgos existentes en su ambiente y a reaccionar inadecuadamente ante ese estímulo, generando aumento en la activación de los niveles cerebrales del miedo y en consecuencia las respuestas que ocasionan alteraciones conductuales ⁽³²⁾.

La preocupación, un tema común en todos los trastornos de ansiedad, puede representar sesgos en la interpretación de las señales corporales interoceptivas como peligrosas, lo que lleva a elaboración cognitiva excesiva y procesamiento inadecuado relacionado con amenazas ⁽³⁴⁾.

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad incluye interacciones de factores biológicos, psicológicos y sociales ⁽³⁵⁾. Dentro de esta etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de este trastorno. Dentro de los factores biológicos, se ha encontrado vulnerabilidad genética a los trastornos de ansiedad.

Los estresores psicosociales (interpersonal, laboral, socioeconómico, etc.) juegan un papel importante en muchos de los trastornos de ansiedad, siendo precipitantes, agravantes o incluso causales ⁽³⁵⁾.

Los pacientes suelen presentar ansiedad excesiva por situaciones cotidianas; la ansiedad se comporta de forma intrusiva, causando angustia, deterioro funcional y a menudo abarca múltiples aspectos de la vida del individuo afectado. La ansiedad frecuentemente se asocia con síntomas físicos como alteraciones del sueño, alteraciones músculo-esqueléticos, síntomas gastrointestinales y dolores crónicos.

Criterios para Trastorno de ansiedad generalizada según DSM-5 ⁽²³⁾

1. Ansiedad y preocupaciones excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
2. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
3. La ansiedad o preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños solo se requiere uno de estos síntomas:
 - a. Inquietud o impaciencia.
 - b. Fatigabilidad fácil.
 - c. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - d. Irritabilidad.
 - e. Tensión muscular.
 - f. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
4. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a la posibilidad de presentar una crisis de pánico (como en el trastorno por pánico), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad de separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener síntomas físicos múltiples (como en trastorno de somatización) o padecer de una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
5. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
6. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

El tratamiento de la ansiedad puede llevarse a cabo con intervenciones de psicoterapia y/o medicación.

Las técnicas no farmacológicas para el manejo de la ansiedad permiten al paciente lograr el control de sus preocupaciones y miedos a través del análisis de las mismas y el cuestionamiento de éstos a través de la lógica para sustituirlos por pensamientos más razonables ⁽³⁶⁾.

El tratamiento farmacológico se utiliza únicamente en aquellos casos en que resulte imprescindible. El objetivo principal del manejo es lograr remisión de los síntomas principales y más comunes de la ansiedad. Hay varios medicamentos disponibles para tratar la ansiedad; los inhibidores de la recaptación de serotonina generalmente se consideran de primera línea ⁽³⁴⁾.

En México los médicos en formación presentan niveles de ansiedad más elevados respecto al resto de la población, apareciendo en hasta 61.5% de las mujeres y 54.7% de los hombres ⁽³⁷⁾.

En un meta-análisis se realizó una revisión de sesenta y nueve estudios, que comprenden 40,438 participantes del ámbito médico que se encontraban en formación; 18 estudios de Asia, 21 estudios de Medio Oriente, 13 estudios de Europa, 10 estudios de América del Sur, 4 estudios de América del Norte, 2 estudios de Oceanía y 1 estudio de África. La tasa de prevalencia global de ansiedad era del 33.8%, cuando la prevalencia se estratificó por género, se encontró que la población femenina tenía una mayor prevalencia de ansiedad 38% que población masculina 27.6% ⁽³⁸⁾.

Trastorno por consumo de sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno que si bien existe desde hace muchas décadas, ha cobrado mayor relevancia en las últimas, debido al impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, así como al costo económico y social que ocasiona a la población. De acuerdo con lo reportado por la literatura científica, los jóvenes y los adultos jóvenes son los más afectados por el uso de drogas, pues se ha identificado que las generaciones actuales se encuentran más expuestas a ellas ⁽³⁹⁾.

Aunado a lo anterior, la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales presenta una importante prevalencia según reporta la bibliografía internacional. Los resultados de estudios realizados en sedes de tratamiento (hospitales psiquiátricos, clínicas de desintoxicación y de tratamiento para las adicciones) muestran mayor comorbilidad aun frente a estudios epidemiológicos realizados en escuelas y hogares ⁽³⁹⁾.

Los trastornos que presentan una mayor comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias son los del estado de ánimo, los de ansiedad, los psicóticos y los de la personalidad antisocial ⁽³⁹⁾.

El problema del consumo de sustancias tóxicas para la salud en el área laboral de los individuos es de mucha importancia por los daños a nivel físico y psicológico que puede presentar en el individuo, su familia e incluso sus compañeros de trabajo. Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas de diferentes tipos que los jóvenes de su edad ⁽⁴⁰⁾.

a) Tabaco: Los porcentajes obtenidos sobre el consumo de tabaco en médicos residentes indican que alrededor que 55% fuma o ha fumado. El 62% de éstos, fumó entre 1 y 5 cigarrillos por día y el restante 38% entre 6 y 20 cigarrillos por día.

b) Alcohol: Se encontró que 65% de los médicos residentes son consumidores de alcohol en alguna medida, mientras que 35% se reportaron como abstemios. Los patrones de consumo indican que 41.2% de los consumidores de alcohol son bebedores frecuentes, 37.6% bebedores moderados y 12.9% bebedores leves. Del total de consumidores de alcohol 74.5% pertenecen al sexo masculino y 25.5% al sexo femenino.

c) Otras sustancias psicoactivas: El porcentaje total de consumidores de alguna sustancia psicoactiva sin indicación médica al menos una vez en la vida fue de 23.2%, dentro del grupo de drogas que pueden usarse con fines médicos destacan los tranquilizantes con 10.6%, los analgésicos narcóticos con 7.3% y los estimulantes con 3.4%; dentro de las sustancias no médicas, la más utilizada fue la marihuana con 4.5%, seguida de la cocaína con 2.8% ⁽⁴⁰⁾.

Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos mentales incapacitantes, mortales y costosos que deterioran considerablemente la salud física y alteran el funcionamiento psicosocial. Las actitudes alteradas hacia el peso, la forma corporal y la alimentación juegan un papel clave en el origen y mantenimiento de los TCA. La prevalencia de los TCA ha aumentado en los últimos 50 años y se han implicado cambios en el entorno alimentario ⁽⁴¹⁾.

Criterios diagnósticos del CIE-10 y DSM-5 para los principales trastornos de la alimentación ⁽²³⁾

Anorexia nerviosa
A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, la etapa del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se

define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, o una conducta persistente para evitar ganar peso, incluso estando por debajo del peso normal

C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia corporal impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual

Bulimia nerviosa

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

1. Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias

2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimentos (por ejemplo, no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar como promedio al menos una vez a la semana durante un periodo de 3 meses

D. Autoevaluación exageradamente influida por el peso y la silueta corporales

Trastorno por atracones

Ingesta frecuente (al menos una vez por semana durante 3 meses) de gran cantidad de alimento (mayor de la que la mayoría de la gente llevaría a cabo en ese tiempo), no seguida de conductas compensatorias y con falta de control (no poder parar, no controlar la cantidad, etc.), con acusados sentimientos de malestar psicológico y tres o más de las siguientes manifestaciones:

A. Ingesta más rápida de lo normal

B. Ingesta hasta sentirse inconfortablemente lleno

C. Ingesta de grandes cantidades de alimento sin sentirse físicamente hambriento

D. Ingesta en soledad por sentimientos de vergüenza asociados a la cantidad ingerida

E. Sentimientos negativos sobre sí mismo (asco, depresión, culpa) posteriores a la ingesta

En estudiantes de medicina, Morán, Cruz e Iñárritu en 2009 reportaron que la población estudiantil de la Universidad Nacional Autónoma de México presenta una prevalencia de conductas alimentarias de riesgo de 5.8%, 9.7% de estudiantes

reportó que presentaron eventos de atracones, 5.6% reportó haberse inducido el vómito y 5.6% reportó el uso compensatorio de laxantes ⁽⁴²⁾.

En un estudio realizado en 2020, se encontró que un 8.2% de los estudiantes de medicina en México están en riesgo de presentar TCA, este resultado es similar al meta-análisis reportado por Jahrami, Sater, Abdulla, Faris & Al Ansari en 2019, quienes encontraron el 10.4% de riesgo ⁽⁴³⁾.

Los tratamientos de primera línea consisten en terapias individuales estructuradas y el manejo clínico de apoyo especializado. Alrededor del 20% al 40% de los pacientes adultos ambulatorios requieren una mayor intensidad de atención (es decir, tratamiento de día o hospitalario) debido al alto riesgo o falta de respuesta al tratamiento ambulatorio. El tratamiento hospitalario es efectivo para mejorar la salud nutricional, pero una proporción de pacientes recaen. Se ha descubierto que aumentar el tratamiento de pacientes hospitalizados mediante intervenciones digitales y alentar el apoyo de los cuidadores es beneficioso ⁽⁴¹⁾.

Infección por SARS-CoV-2

En diciembre 2019 en China se presentó por primera vez un nuevo virus, (COVID-19), que dio origen al Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2), causando una pandemia que ha causado millones de muertes alrededor del mundo ⁽⁷⁾.

El SARS-CoV-2 ha presentado un amplio espectro clínico, que varía desde el paciente asintomático, pasando por infección leve, hasta presentaciones graves que conducen a la muerte ⁽⁸⁾.

Según estadísticas actuales, los casos están cerca de los 529 555 478 casos y las muertes ya superan los 6 289 562 a nivel mundial. En México se registraban para finales de mayo de 2021 más de 32 916 casos acumulados y más de 545 000 muertes ⁽⁴⁴⁾.

La infección por COVID-19 es muy similar en su inicio a un resfriado común, con síntomas inespecíficos como cefalea, malestar general, fiebre, tos, odinofagia y/ disfagia, rinorrea, mialgias y artralgias. Muchos de los pacientes infectados no experimentan síntomas de mayor gravedad y pueden ser manejados de forma ambulatoria controlando sus síntomas mientras se logra la resolución del cuadro clínico.

Impacto de la pandemia por COVID en la salud mental de la población general y en los trabajadores de salud

El miedo y la preocupación son respuestas normales ante las amenazas, presentándose también en situaciones de incertidumbre por enfrentarnos a situaciones desconocidas.

La actual pandemia de COVID 19 ha representado un cambio a nivel global, generando cambios significativos en el estilo de vida de una gran parte de la población mundial.

Debido a las características presentadas por el virus algunas de las primeras medidas que se tomaron fueron enfocadas en contener la propagación, resultando en un paro temporal de actividades en todos los ámbitos, surgiendo la necesidad de crear nuevos métodos para la escolarización, las actividades laborales, la convivencia social y la comunicación en general ⁽⁴⁵⁾.

Se estableció una cuarentena internacional, durante la cual la población se vio bombardeada de información en constante cambio, que de manera no intencionada y poco a poco ha generado estrés por el poco control que existe sobre la tan cambiante situación actual.

El personal de salud, quienes se han encargado del cuidado de la salud de la población, se ha encontrado con una situación especial por las condiciones especiales impuestas durante la pandemia para evitar la propagación viral. La atención de los pacientes se complica por el uso de equipo de protección personal que cubre la mayor parte de la cara. Otro de los factores estresantes es que el personal tiene menos tiempo para cuidar de cada paciente ⁽⁴⁶⁾.

Ya que los pacientes no pueden recibir visitas, el personal a menudo se siente culpable de que el paciente se sienta solo. Cuando un paciente fallece, no es posible brindar apoyo ni consuelo a los familiares y la comunicación de la noticia se otorga únicamente por medios electrónicos; también ha desaparecido la posibilidad de recuperar la ropa y pertenencias de los seres queridos, siendo a veces el personal de salud quien debe conservarlos hasta su correcta eliminación ⁽⁴⁶⁾.

Muchos miembros del personal de salud enfermaron, siendo necesario aislarse de sus seres queridos, algunos lograron mejorar y regresaron a sus actividades, otros se agravaron hasta requerir medidas invasivas para mantenerse con vida y lograr mejorar, y otros murieron debido a la gravedad de sus condiciones; el ver como los compañeros enferman y algunos fallecieron generó una frecuente preocupación de enfermar.

Los resultados muestran que la pandemia de la COVID-19 ha generado síntomas de estrés, ansiedad, depresión e insomnio entre los trabajadores de la salud, con niveles más altos entre las mujeres y los profesionales de mayor edad. Algunos factores como haber estado en contacto con el virus o el miedo en el trabajo, desencadenaron una mayor sintomatología ⁽⁴⁷⁾.

Durante las primeras semanas de que la pandemia fue declarada a nivel mundial y los primeros casos comenzaron a presentarse en el país, el Hospital Infantil de México Federico Gómez se reconvirtió para atender pacientes pediátricos infectados con SARS-CoV-2, implementando protocolos acordes a los estándares mundiales establecidos por la OMS, y además siguió brindando atención continua en urgencias y en servicios especiales (oncología, nefrología, VIH, enfermedades lisosomales). Las consultas presenciales se redujeron para evitar riesgo de contagios y se creó un sistema de consulta médica vía telefónica y de manera virtual.

Los residentes médicos de primer año, quienes se enfrentaban a un proceso de adaptación a la residencia médica, los roles de trabajo y las guardias, se vieron obligados a readaptarse a nuevos roles de guardia, implementación de espacios y protocolos para atención emergente de los pacientes afectados por COVID-19, así como a los constantes cambios en los métodos y procedimientos de atención, a los nuevos descubrimientos respecto al virus y a la infección. También la enseñanza se vio modificada de forma inevitable, siendo suprimidas las clases presenciales, generando nuevas estrategias de aprendizaje y evaluación.

La vida personal y social se suprimió debido a el aislamiento impuesto a nivel mundial, provocando que muchos residentes no pudieran encontrarse con sus seres queridos durante muchos meses, por el hecho de que muchas personas salen de sus estados e incluso de sus países de origen para poder ingresar a un posgrado.

Durante el año 2020, se realizó un estudio en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, teniendo como población a los residentes que iniciaban la residencia en marzo 2020, previo al inicio de la pandemia. Se observó que 19 (38.7%) sujetos en estudio presentaban por lo menos una psicopatología antes del ingreso a la especialización médica, siendo la más frecuente el trastorno de angustia (18.37%). En la segunda medición, después de un año, el trastorno más prevalente fue el trastorno de ansiedad generalizada, reportado en 44.90%. ⁽⁴⁸⁾.

Al final del año de estudio, el número de personas con al menos una psicopatología fue de 31 (63.26%), este cambio fue significativo y representó un incremento de 24.5%. Respecto a los trastornos del estado de ánimo, en la primera medición se

encontró que el episodio depresivo actual se reportó en 1 persona (2.04%), aumentando en forma significativa posteriormente a 9 (18.37%).

En cuanto a distimia, de la misma forma, no se reportó al inicio, y al final del estudio se encontró a 1 persona (2.04%) del género femenino. No se observaron cambios respecto a la prevalencia de riesgo de suicidio, siendo de 1 persona (2.04%) al inicio y al final del estudio ⁽⁴⁸⁾.

Respecto al TAG, 4 sujetos (8.16%) de la población lo padecía al inicio del estudio, se observó un incremento significativo en la prevalencia en la segunda medición, que fue de 22 (44.9%) ⁽⁴⁸⁾.

Se observó que varios de los médicos que estaban por iniciar la residencia de pediatría en el año 2020, ya contaban con alguna psicopatología de base, habiéndose obtenido tal información de las encuestas realizadas en el curso de pre-residencia, existiendo cambios de las mismas y agregándose otras, lo que se evidenció en la medición intermedia y la medición final.

El objetivo de este estudio es conocer el cambio en la prevalencia de psicopatología de los médicos residentes de pediatría al ingresar al curso en 2021 y después del primer año del curso de especialización, en comparación con el grupo de residentes que cursó el primer año de la residencia durante 2020-2021 durante el inicio de la pandemia COVID, para de esta forma estimar el impacto que tuvo el haber vivido el inicio de la pandemia en la salud mental de los médicos residentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los resultados obtenidos en el estudio previo indican que hubo un incremento significativo en la prevalencia de psicopatología en los médicos residentes después de un año de formación, sin embargo, el inicio de la pandemia por COVID-19 actuó como un experimento natural y factor de confusión. Ya que antes de la pandemia no se habían realizado en esta población estudios que evaluaran los cambios en la prevalencia de psicopatología en los médicos residentes, se desconoce si los cambios encontrados se debieron al inicio de la pandemia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál será el cambio en la prevalencia de psicopatología de los médicos residentes de pediatría al ingresar al curso en 2021 y después del primer año del curso de especialización, en comparación con el grupo de residentes que cursó el primer año

de la residencia durante 2020-2021 durante el inicio de la pandemia COVID en un hospital pediátrico de tercer nivel con reconversión por COVID-19?

PICO - Población: Médicos residentes | Intervención: Haber vivido el inicio de la pandemia COVID | Comparación: Generación 2021-2024 | Outcomes/Resultados: Diferencia en la prevalencia de psicopatología y factores de riesgo después de un año

FINER – Factible | Interesante | Novedoso | Ético | Relevante

JUSTIFICACIÓN

Conocer si existen diferencias en los cambios en la prevalencia de psicopatología en los médicos residentes que vivieron el inicio de la pandemia COVID-19 y los que ingresaron después de su inicio nos permitiría estimar el impacto del inicio de la pandemia en la salud mental y todos los cambios en los estilos de vida, las actividades laborales y las actividades educativas que esto conllevó, lo que permitiría generar estrategias para evitar el deterioro de la salud mental de los médicos residentes, evitar que quienes sufren psicopatología previa empeoren en su condición y tengan problemas sobreagregados, y evitar que quienes no padecen psicopatología, lleguen a presentarla; así como diseñar estrategias de prevención específicas, detección oportuna de focos rojos de salud mental y adecuadas intervenciones al respecto.

HIPÓTESIS

Los residentes de pediatría de la generación 2020-2023 tendrán una prevalencia de psicopatología alrededor de 10% mayor que los residentes de pediatría de la generación 2021-2024.

Esta estimación se obtuvo considerando los resultados de otros estudios en los que se documentó el cambio en la tasa de prevalencia de psicopatología antes y después de un año de formación en residentes; y del cambio de tasa de prevalencia de psicopatología en residentes que se desempeñaron durante la pandemia.

En los estudios mexicanos de Velásquez-Pérez en 2013 se reportó un cambio de 13.2% de psicopatología en residentes durante su primer año, mientras que Jiménez- López en 2015, reportó un cambio de 2.6%. En el estudio de Rotenstein de 2016, se analizaron 4 estudios longitudinales a un año, se reportaron cambios de 0.6%, 2.7%, 35.3% y 30.3%, con un promedio de 17.2% ⁽⁴⁸⁾.

OBJETIVOS

Objetivo general

► Conocer las diferencias en la prevalencia de psicopatología y factores de riesgo psicosociales de los médicos residentes de pediatría al ingresar al curso en 2021 y después del primer año del curso de especialización, en comparación con el grupo de residentes que cursó el primer año de la residencia durante 2020-2021 durante el inicio de la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel con reconversión por COVID-19

Objetivos específicos

► Conocer la prevalencia de psicopatología y factores de riesgo de los residentes de la generación 2021-2024 al entrar a la especialidad, y después de un año.

MÉTODOS

Lugar

El estudio se realizó a los médicos residentes adscritos al Hospital Infantil de México Federico Gómez, ubicado en calle Doctor Márquez No.162. Colonia Doctores. Delegación Cuauhtémoc. CP 06720. Ciudad de México. Tel. 55 5228 9917.

Población de estudio/Universo de trabajo

Médicos residentes de pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, hospital pediátrico de tercer nivel reconvertido por COVID-19, de la generación 2021-2024.

Diseño del estudio

Estudio de cohorte observacional analítico, longitudinal y prospectivo.

La participación en el estudio fue voluntaria, se comunicó a los residentes durante su curso de inducción para el inicio de la residencia que se realizaría aplicación de encuestas y cuyos resultados sería confidenciales. La jefatura de residencias contribuyó notificando a los residentes participantes y proporcionando correos electrónicos para llevar a cabo notificaciones.

La selección de las herramientas aplicadas durante la evaluación se basó en recomendaciones del tutor médico del presente estudio, experta en salud mental y encargada de la misma en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Población blanco

Se aceptaron 68 aspirantes para cursar el primer año de especialidad en pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo escolar 2021-2022. Se invitó al 100% de los alumnos inscritos. Para realizar la comparación se utilizaron los resultados obtenidos en la medición de los residentes que ingresaron al primer año en 2020, en esa generación se aceptaron 49 aspirantes.

Tamaño de la muestra

No se estimó el tamaño de la muestra ya que se planteó incluir al 100% de la población de residentes de pediatría de primer año.

Método de muestreo

Por conveniencia, se invitó a participar al 100% de los alumnos inscritos al primer año de la Especialidad en Pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo escolar 2021-2022.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Médicos residentes de cualquier sexo y edad que hayan sido aceptados para cursar el primer año de la Especialidad de Pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo escolar 2021-2024.

Criterios de exclusión

- Médicos residentes que no deseen firmar el consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de eliminación

- Médicos que no completen la totalidad de las evaluaciones.
- Médicos que abandonen el curso de especialización por cualquier causa.
- Médicos que retiren su consentimiento informado.

Recolección de datos

Se invitó a participar al 100% de los alumnos inscritos al primer año de la Especialidad en Pediatría. Se obtuvo el consentimiento informado en el que se aseguró que la participación fuera anónima, posteriormente se procedió a aplicar a los residentes las evaluaciones.

Para garantizar la confidencialidad de las respuestas, se asignó un código aleatorio de identificación. Este código fue conocido únicamente por el participante y por un miembro del equipo de investigación cuya única función consistió en llevar una relación entre el código y el nombre del participante, esto con la finalidad de facilitar el proceso de aplicar nuevamente las pruebas el siguiente año, así como para, en caso de detectarse riesgo suicida actual, se le pudiera brindar atención inmediata.

Se aclaró en el consentimiento informado que, en caso de querer conocer el resultado de sus pruebas y en todo caso recibir atención, podrían solicitar esa información con un colaborador mediante su clave.

Las pruebas que se aplicaron fueron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Escala MINI), diseñada para diagnóstico de trastornos depresivos, ansiosos, por uso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria; el instrumento de medición de satisfacción con redes de apoyo SSQ6, el Maslach Burnout Inventory (MBI), así como un cuestionario de información sociodemográfica y de estilos de vida, en la que se obtuvo información acerca de hábitos de sueño, ejercicio, uso de tiempo libre, etc.

Después de un año, se aplicaron las mismas escalas y se actualizó la información sociodemográfica y de estilos de vida. También se aplicó un cuestionario relacionado a cambios asociados a COVID en el entorno inmediato de los residentes.

Con la finalidad de evitar que el cansancio o estrés derivado de una guardia complicada influya en las respuestas de los participantes, esta segunda medición se realizó cuando los residentes se encuentran de pre-guardia.

En caso de que en alguna de las evaluaciones se identificara la presencia de psicopatología de alto riesgo (riesgo suicida actual), se actúa en beneficio del paciente remitiéndolo a un centro especializado para ser evaluado por un médico psiquiatra y recibir el tratamiento adecuado.

Instrumentos de evaluación

Cuestionario de factores sociodemográficos y estilo de vida (Anexo 2)

Se elaboró un cuestionario de auto-reporte compuesto por 17 preguntas para recabar información sociodemográfica, así como acerca de estilo de vida incluyendo horas de sueño, ejercicio, esparcimiento, antecedentes personales y familiares patológicos ⁽⁴⁸⁾.

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional/Escala MINI (Anexo 3)

Es una entrevista diagnóstica estructurada breve, desarrollada en formatos clínicos (MINI-CR) y autoevaluados (MINI-PR), para 17 trastornos psiquiátricos del eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) ⁽⁴⁹⁾.

Se han realizado estudios de validación y confiabilidad que comparan la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud). Los resultados de estos estudios muestran que la M.I.N.I. tiene características de confiabilidad y validez semejantes, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más corto (promedio de 18.7 ± 11.6 minutos, mediana 15 minutos) que los instrumentos mencionados anteriormente. Puede ser usada por clínicos después de una breve capacitación. Los entrevistadores no profesionales necesitan una capacitación más amplia ⁽⁵⁰⁾.

La MINI está dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Las preguntas que se realizan a lo largo de la prueba son cerradas y tienen que ser realizadas por el entrevistador ⁽⁵¹⁾.

Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey/MBI-HSS (Anexo 4)

Este cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional. Este test pretende medir la

frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout ⁽⁵²⁾. Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.) Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.) Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) Puntuación máxima 48 ⁽⁵²⁾.

Cuestionario de Apoyo Social Versión Español 6-Ítems/SSQ6 (Anexo 5)

Es una versión corta del Cuestionario de Apoyo Social de 27 ítems. El SSQ6 mide tanto el tamaño real de la red de apoyo social (el número de personas de las cuales el respondiente puede sentir apoyo en una situación particular) y qué tan satisfecho se siente respecto al apoyo percibido de las personas enlistadas ⁽⁵³⁾.

A los participantes se les solicita las iniciales de aquellas personas en las cuales confía para pedir apoyo en cada una de las seis situaciones. El número de personas listadas se suma en los ítems y se divide entre 6 para sacar un promedio del Número de Personas (N). Posteriormente, se le pide a los participantes que indiquen qué tan satisfechos se sienten con el apoyo brindado por las personas listadas en una escala de seis puntos (1 = Muy Insatisfecho a 6 = Muy Satisfecho). De nueva cuenta se suman los puntajes a través de los ítems y se divide entre 6 para obtener un promedio de Satisfacción (S). Los valores de consistencia interna reportados han variado entre 0.90 y 0.93 tanto para N como para S ⁽⁵³⁾.

Cuestionario relativo a factores asociados con enfermedad por COVID-19

Debido a la crisis sanitaria que se ha experimentado a nivel mundial, se han observado cambios en la salud mental del personal de salud, observándose un aumento de los niveles de estrés, ansiedad y depresión, que impactan de forma directa en la capacidad laboral del personal afectado, siendo los más afectados quienes se han encontrado en primera línea de atención de SARS-CoV-2. Por éste motivo se realizó una serie corta de preguntas acerca de los cambios en el entorno cercano suscitados por el COVID, se responden con Si o No.

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron los datos obtenidos mediante la aplicación de encuestas a médicos residentes durante el estudio y se llevó a cabo la síntesis de datos para la elaboración de tablas y posterior realización de gráficas que permitieron analizar con mayor eficiencia los datos obtenidos.

Se realizó un análisis descriptivo de las características de la población estudiada, para obtener las medidas de tendencia central y distribución de las mismas respecto a variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se utilizaron medidas porcentuales.

Descripción de variables

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo	Indicador
Edad	Número de años cumplidos según la fecha de nacimiento proporcionada por el participante	Se obtuvo por autoreporte	Cuantitativa	Años de vida
Sexo	Condición orgánica que distingue a los individuos dependiendo de su la composición genética de sus cromosomas sexuales	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Femenino - Masculino
Lugar de origen	Persona nacida en un sitio, país o estado diferente a donde actualmente reside.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa policotómica	- Nacional - Local - Foráneo - Extranjero

Co-habitación	Persona/s con la/s que se comparte un lugar para vivir, ya sea, una casa o departamento.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa policotómica	- Solo - Con compañeros - Con pareja - Con familiares
Ingresos económicos	Hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa o una organización.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa policotómica	- Más que suficientes - Suficientes - Insuficientes
Situación de pareja	Vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Soltero - Con pareja
Violencia de pareja	Todo tipo de ataque intencional de tipo sexual, físico, verbal, económico o psicológico, de un miembro de la pareja contra el otro con el objetivo de controlar o dominar a la persona	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Red de apoyo	Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas o recibidas	Cuestionario de Apoyo Social (SSQ6). Versión Española Abreviada de Sahara. (6 ítems)	Cualitativa ordinal	- Baja: 1 a 2.99 puntos - Media: 2.99 a 3.99 puntos - Alta: más de 4 puntos

	proporcionadas por terceros hacia un individuo.			
Pasatiempos	Actividad que se realiza con el fin de pasar tiempo agradable y divertirse y/o relajarse	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Menos de una hora a la semana - Al menos una hora a la semana.
Ejercicio	Variedad de movimientos corporales planificados, estructurados, repetitivos con el objetivo de mejorar o mantener la aptitud física y la salud.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Al menos una vez a la semana - No realiza
Sueño	Designa tanto el acto de dormir como la actividad de la mente durante ese periodo de descanso.	Se obtuvo por autoreporte	Cuantitativa	- Número de horas de sueño al día
Tiempo de alimentación	Número de comidas principales que se hacen durante el día. (Por ejemplo: desayuno, comida, cena)	Se obtuvo por autoreporte	Cuantitativa	- Número de tiempos de comida al día
Calidad de alimentación	Características de las comidas ingeridas de acuerdo con la necesidad de una comida completa,	Se obtuvo por autoreporte	Cuantitativa ordinal	- Buena - Regular - Mala

	variada, balanceada, suficiente, adecuada e higiénica.			
Violencia familiar	Acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, económica, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Psicopatología familiar	Se refiere a un síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.	Se obtuvo por autoreporte. Se toma en cuenta a familiares de cualquier grado.	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Historia de rendimiento académico	Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa ordinal	- Sobresaliente: 90-100 - Bueno: 80-90 - Regular: 70-80 - Malo: Menos de 70

Antecedente de acoso escolar	Comportamiento violento e intimidatorio continuo e intencional que se ejerce de manera verbal, física o psicológica entre niños y adolescentes durante la etapa escolar.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Tratamiento psiquiátrico	Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas realizadas por un médico psiquiatra con la finalidad de mejorar el estado de salud mental.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Burnout	Presencia de alteración relacionada con el estrés que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del desempeño	Maslach Burnout Inventory (MBI): Dimensión de desgaste emocional > 26, despersonalización > 9 y baja realización personal < 34.	Cualitativa dicotómica	Para cada dimensión: - Si - No
Presencia de psicopatología	Se refiere a un síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia	Prueba MINI	Cualitativa dicotómica	Positivo o negativo para: - Trastornos depresivos - Trastornos ansiosos

	a un malestar o a una discapacidad			- Trastornos por uso de sustancias - Trastornos de la conducta alimentaria
Cercano hospitalizado con COVID	Persona con infección sospechosa o confirmada por SARS CoV2, quien debido a la misma, amerita cuidados dentro de área hospitalaria, con las respectivas medidas de aislamiento correspondientes	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Cercano fallecido con COVID	Persona con infección sospechosa o confirmada por SARS CoV2, quien debido a la misma enfermedad o secundario a complicaciones derivadas, pierde la vida.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Cambios en la Salud mental	Cuando el diagnóstico de COVID llega a afectar la salud emocional, incluyendo ansiedad,	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No

	angustia y depresión.			
Estancia laboral en área COVID	Desempeño de funciones laborales en áreas de hospitalización para estabilización de pacientes con infección confirmada o de sospecha para COVID.	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No
Infección por SARS-CoV-2	Persona con infección confirmada por PCR para SARS CoV2	Se obtuvo por autoreporte	Cualitativa dicotómica	- Si - No

RESULTADOS

Todos los médicos residentes (n= 68) aceptaron participar en la primera medición, mientras que, hasta el momento de la elaboración de esta tesis, únicamente 55 residentes (80.8%) aceptaron responder en la segunda medición, por lo que 13 residentes fueron eliminados para el análisis.

En la Tabla 1 se resumen las características demográficas de la población, las cuales fueron muy similares en ambos grupos.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

Variable		Gen 2020-2023		Gen 2021-2024	
		N	%	N	%
Edad	Media	26.06	--	26.42	--
	DE	4.10	--	1.6	--
Género	Mujer	32	65.31	36	65.45
	Hombre	17	34.69	19	34.54
Foráneo	Si	30	61.22	27	49.09
	No	19	38.78	28	50.90
Extranjero	Si	4	8.16	2	3.36

	No	45	91.84	53	96.36
Calificaciones	90-100	24	48.98	40	72.72
	80-90	24	48.98	15	27.27
	70-80	1	2.04	0	0
	<70	0	0	0	0
Acoso escolar	Si	21	42.85	13	23.63
	No	28	57.14	42	76.36

Estilos de vida y factores de riesgo psicosociales

Primera medición

Al comparar los resultados basales de ambas generaciones, se encontraron varias diferencias importantes. Dentro de la generación 20-23 un 28.6% de los participantes percibía sus ingresos como más que suficientes, mientras que en la generación 21-24, únicamente 8.8% reportaba ingresos más que suficientes.

En la generación 20-23 un 26.5% realizaba ejercicio físico, en contraste con la generación 21-24 en donde un 69.1% lo reportaba. También destacó la diferencia en la cantidad de residentes que recibían algún tratamiento psiquiátrico durante la primera medición, reportándose un 2% en la generación 20-23 y un 10.3% en la generación 21-24.

Comparación de los cambios observados después de un año

Al comparar con los resultados obtenidos durante la segunda medición, se encontraron algunas diferencias. La percepción de la calidad de alimentación se vio modificada entre ambas mediciones, después de un año la percepción de la calidad de alimentación, se vio disminuida en ambas generaciones, disminuyendo 16.3% en la generación 20-23 y 47.3% en la generación 21-24. Se encontró que el número de las personas que practicaban pasatiempos en la generación 20-23 aumentó en 20.4% y en la generación 21-24 se redujo en 7.3%.

También se observaron modificaciones de las redes de apoyo después de un año, encontrando que en la generación 20-23 hubo un aumento de 8.2% en comparación con la generación 21-24 donde aumentó 18.2%. El porcentaje de participantes que se encontraban en tratamiento psiquiátrico al momento de la segunda evaluación aumentó en 20.4% en la generación 20-23 y un 18.2% en la generación 21-24. En la tabla 2 se resume la información acerca de estilos de vida y factores de riesgo psicosociales.

Tabla 2. Estilos de vida y factores de riesgo psicosocial

Variable		Gen 2020-2023 (n=49)					Gen 2021-2024 (n=55)				
		1era medición		2da medición			1era medición		2da medición		
		n	%	n	%	Δ	n	%	n	%	Δ
Con quién vive	Roomies	27	55.1	23	46.9	-8.2	34	50	21	38.2	-12.7
	Pareja	2	4.1	8	16.3	12.2	5	7.3	6	10.9	3.6
	Familia	14	28.6	13	26.5	-2.0	23	33.8	20	36.4	1.9
	Solo	6	12.2	5	10.2	-2.0	6	8.8	8	14.5	7.2
Ingresos percibidos	Más que suficientes	13	26.5	14	28.6	2.0	6	8.8	7	12.7	5.4
	Suficientes	29	59.2	25	51.0	-8.2	54	79.4	38	69.1	-12.7
	Insuficientes	7	14.3	10	20.4	6.1	8	11.7	10	18.2	7.3
Pareja	Si	25	51.0	26	53.1	2.0	29	57.3	28	50.9	12.7
Violencia de pareja	Actualmente	0	0.0	0	0.0	0.0	1	1.5	0	0.0	0.0
	Anteriormente	11	22.4	13	26.5	4.1	9	13.2	18	32.7	18.2
	Nunca	38	77.6	36	73.5	-4.1	58	85.3	37	67.3	-18.2
Al menos una hora a la semana de pasatiempos	Si	46	93.9	41	83.7	-12.2	62	91.1	38	69.1	-20.0
Hace ejercicio	Si	13	26.5	23	46.9	20.4	47	69.1	35	63.6	-7.3
Horas de sueño promedio	Media	6.7	-	5.7	--	-1	6.89	--	5.5	--	-1.2
	DE	1.3	-	1.0	--	-	1.05	--	0.86	--	
Tiempos de comida promedio	Media	3.3	-	2.7	--	-0.6	3.50	--	2.7	--	-0.7
	DE	0.88	-	1.0	--	-	0.93	--	0.88	--	
Percepción de calidad de alimentación	Buena	23	46.9	15	30.6	-16.3	45	66.2	10	18.2	-47.3
	Regular	24	49.0	20	40.8	-8.2	17	25	30	54.5	25.5
	Mala	2	4.1	14	28.6	24.5	6	8.8	15	27.3	21.8
Violencia familiar	Actualmente	1	2.0	0	0.0	-2.0	1	1.4	2	3.6	1.8
	Previamente	8	16.3	10	20.4	4.1	14	20.6	12	21.8	-1.8
	Nunca	40	81.6	39	79.6	-2.0	53	77.9	41	74.5	3.4
	Si	27	55.1	27	55.1	0.0	41	60.3	28	50.9	-9.1

Ant. familiares psiquiátricos											
Tratamiento psiquiátrico actual	Si	1	2.0	11	22.4	20.4	7	10.3	17	30.9	18.2
Percepción de redes de apoyo	Alto	42	85.7	46	93.9	8.2	67	98.5	46	83.6	18.2
	Medio	7	14.3	1	2.0	-12.2	1	1.5	5	9.1	-14.6
	Bajo	0	0.0	2	4.1	4.1	0	0	4	7.3	7.3

Prevalencia de psicopatología

Primera medición

En la medición basal de la generación 20-23, la psicopatología que mayormente se presentaba era trastorno de angustia (18.3%), en contraste con la generación 21-24 en la que un 5.8% presentaba este trastorno. Los problemas en el consumo de alcohol se presentaron en un 12.2% en la generación 20-23, en comparación con la generación 21-24 que presentaba tales problemas en 4.4%.

Comparación de los cambios observados después de un año

Durante la segunda medición se vio un aumento general de psicopatología en ambas generaciones, siendo mayor en la generación 20-23 con un 26.6% de aumento, en comparación con la generación 21-24, donde se observó un aumento de 1.9%, por lo que existió un incremento 24.7% mayor en la generación 20-23.

También se observaron cambios en la fobia social, existiendo un aumento del 8.2% en la generación 20-23, mientras que en la generación 21-24 disminuyó un 1.8%. El TAG también se modificó entre ambas mediciones, mostrando un aumento de 34.7% en la generación 20-23 y de 16.4% en la generación 21-24.

Burnout

En la generación 20-23 la evaluación del SB únicamente se realizó al finalizar el primer año. Al comparar los resultados de esta evaluación con los obtenidos en la segunda medición de la generación 21-24, se pudo observar que el cansancio emocional se presentó en la generación 20-23 en 42.9% de los casos, mientras que en la generación 21-24 se presentó en 27.3%.

También se observó un cambio entre la medición basal y la medición después de un año en la generación 21-24, mostrando un aumento de 18.2% en la dimensión de cansancio emocional y 9.1% en las dimensiones de despersonalización y falta de satisfacción personal. El resto de las variables se comportaron en forma similar entre los grupos, en la tabla 3 se resume la información acerca de la prevalencia de SB y de psicopatología.

Tabla 3. Prevalencia de psicopatología y SB

Variable	Gen 2020-2023					Gen 2021-2024					≠ de Δ
	1era medición (n=49)		2da medición (n=49)			1era medición (n=55)		2da medición (n=55)			
	n	%	n	%	Δ	n	%	n	%	Δ	
Prevalencia de psicopatología	19	38.7	32	65.3	26.6	23	33.8	27	49	1.9	24.7
Episodio depresivo actual	1	2	9	18.3	16.3	2	2.9	10	18.1	9.1	7.2
Riesgo suicida actual	1	2	0	0	-2.0	0	0	2	3.6	3.6	-5.6
Trastorno de angustia	19	18.3	19	18.3	0.0	4	5.8	1	1.8	-7.3	7.3
Fobia social	1	2	5	10.2	8.2	4	5.8	3	5.4	-1.8	10.0
Trastorno obsesivo compulsivo	0	0	0	0	0.0	5	7.3	0	0	-5.5	5.5
Trastorno por estrés postraumático	2	4	0	0	-4.0	1	1.4	0	0	0.0	-4.0
Problemas por consumo de OH	6	12.2	5	10.2	-2.0	3	4.4	4	7.2	3.7	-5.7
Problemas por consumo de otras sustancias	2	4	1	2	-2.0	0	0	0	0	0.0	-2.0
Anorexia Nerviosa	0	0	0	0	0.0	0	0	0	0	0.0	0.0
Bulimia Nerviosa	2	4	3	6.1	2.1	1	1.4	2	3.6	1.8	0.3
Trastorno de ansiedad generalizada	4	8.1	21	42.8	34.7	8	11.7	21	38.1	16.4	18.3

Síndrome de Burnout (Cansancio emocional)	-	-	21	42.9	-	5	9.1	15	27.3	18.2	-
Síndrome de Burnout (Despersonalización)	-	-	12	24.5	-	6	10.9	11	20	9.1	-
Síndrome de Burnout (Falta de satisfacción personal)	-	-	11	22.4	-	6	10.9	11	20	9.1	-

Preguntas relacionadas con COVID

Del total de residentes de la generación 20-23, 38.7% tuvieron familiares hospitalizados, contra un 21.8% en la generación 21-24. Un porcentaje mayor en la generación 20-23 (71.43%) reportó experimentar cambios en la salud mental, mientras que 49.09% percibió estos cambios en la generación 21.24.

El resto de las variables se comportaron en forma similar entre los grupos, en la tabla 4 se resume la información acerca de los cambios relacionados con COVID.

Tabla 4. Cambios relacionados con COVID

Variable	Gen 2020-2023		Gen 2021-2024	
	n	%	n	%
¿Conocido cercano hospitalizado?	19	38.78	12	21.18
¿Conocido cercano fallecido?	16	32.65	13	23.63
¿Ha experimentado cambios en la salud mental?	35	71.43	27	49.09
¿Ha estado en área COVID?	27	55.10	21	38.18

DISCUSIÓN

Durante la evaluación de resultados se encontraron diferencias entre la generación 20-23 y 21-24. La principal diferencia se encontró en la prevalencia de psicopatología general, que aunque se observó aumentada en ambas generaciones, fue más elevada en la generación 20-23, quienes cursaron el primer año de residencia durante el inicio y establecimiento de la pandemia. Otros de los cambios

observados pudieron notarse en los estilos de vida y factores de riesgo psicosocial, así como en los cambios relacionados a COVID.

Algunas de las modificaciones en los estilos de vida, pueden estar relacionadas a los cambios en el ambiente social ocurrido durante la pandemia, por ejemplo, durante el primer año de la pandemia se realizó un aislamiento social que permitió que los residentes de la generación 20-23 que se encontraban trabajando por guardias tuvieran más tiempo disponible en domicilio para realizar actividades extracurriculares, que se vio reflejado en los resultados, donde el número de participantes que realizaban ejercicio aumentaron (26.5% vs 46.9%), en comparación con la generación 21-24, quienes acudían diariamente al hospital, que redujeron las actividades de ejercicio en un 7.3%. Otros cambios atribuibles al estilo de vida, fue la calidad de alimentación, que aunque en ambas generaciones tuvo una disminución en la medición realizada después de un año, fue mayor en la generación 21-24, que realizaba actividades hospitalarias diarias, disminuyendo en 47.3%, en comparación con quienes acudían por guardia, donde se redujo en 16.3%.

Los cambios económicos a nivel mundial, debido a las dificultades para la realización de actividades generadoras de recursos debido a las restricciones derivadas de la pandemia, parecen haber afectado la situación económica de los residentes; notando que la generación 20-23 reportaba sus ingresos como más que suficientes antes del inicio de la pandemia (26.5%), y que se mantuvieron con mínimas modificaciones en la segunda medición, en comparación con la generación 21-24, quienes desde su ingreso reportaban ingresos más que suficientes en un porcentaje menor (8.8%) y que aumentaron en un porcentaje pequeño en la medición posterior a un año (5.4%).

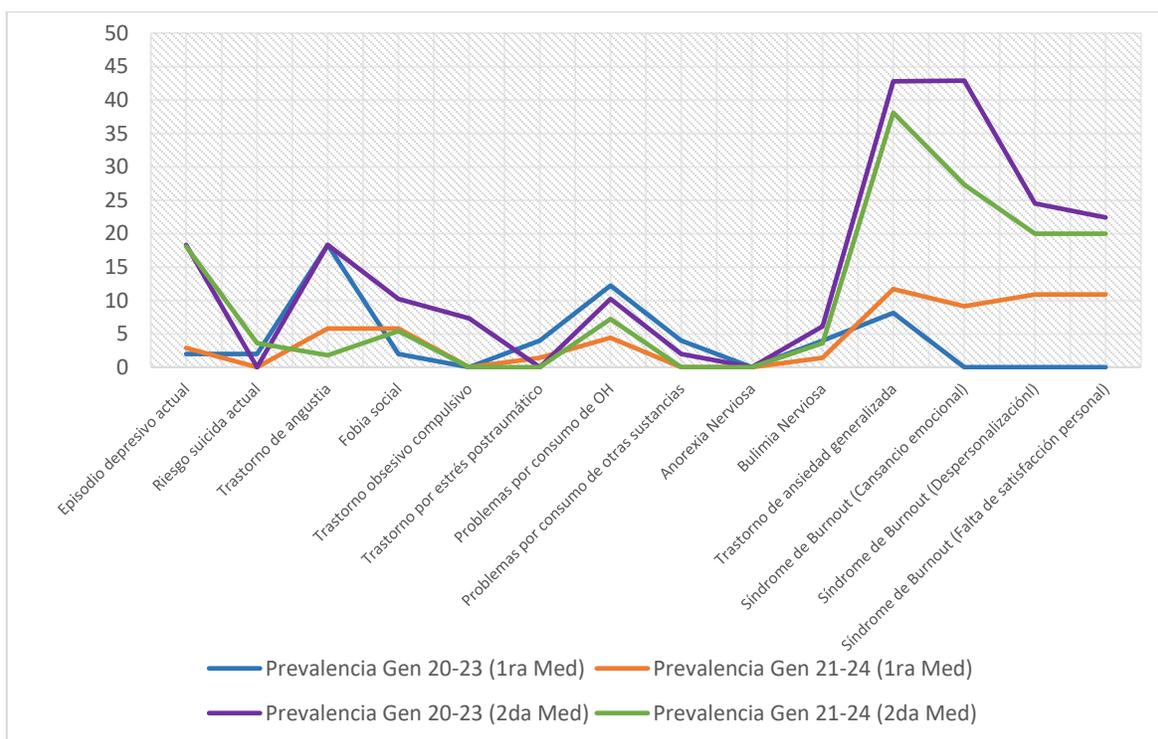
Otros de los cambios que pudieron observarse, parecen estar ligados a las campañas de cuidado de la salud mental que se promovieron durante la pandemia, ya que la percepción de las redes de apoyo, inicialmente fue mayor desde su ingreso en la generación 21-24 que en la generación 20-23 y tuvo un aumento 10% mayor en la medición después de un año en la generación 21-24 que en la generación 20-23 (98.5% vs. 85.7%).

También se observó que los residentes que ingresaron un año después de la pandemia se encontraban en tratamiento psiquiátrico desde su ingreso (10.3%), en comparación con la generación que vivió en su primer año el inicio de la pandemia (2%), aunque al final del año, ambos porcentajes aumentaron de forma similar (20.4% vs 18.2%), probablemente por las estrategias de atención a la salud implementadas dentro de su ambiente de trabajo.

Los cambios más importantes se encontraron en relación a la psicopatología en general, notando que la generación 20-23 tuvo un aumento en 24.7% mayor que la generación 21-24, probablemente relacionado a la exposición de los participantes del primer grupo a al inicio de la pandemia COVID durante el inicio de su residencia; cuando se contaba con información limitada respecto al comportamiento del virus, a las constantes modificaciones en los protocolos de atención a los pacientes y de protección personal, a la falta de una vacuna y la inminencia de contagio que se vivía durante las primeras olas del SARS-CoV-2.

Las principales patologías que sufrieron cambios en su prevalencia fueron la fobia social, existiendo un aumento del 8.2% en la generación 20-23, mientras que en la generación 21-24 disminuyó un 1.8%. El TAG también se modificó entre ambas mediciones, mostrando un aumento de 34.7% en la generación 20-23 y de 16.4% en la generación 21-24, probablemente asociado, como ya se ha mencionado con anterioridad, a la incertidumbre vivida durante los primeros meses de la pandemia.

Respecto al síndrome de burnout, no se cuenta con medición inicial en la generación 20-21, sin embargo al comparar medición después de un año, la generación 20-23 tenía cansancio emocional 42.9%, comparado con la generación 21-24 con un 27.3%, misma generación que entre sus dos mediciones reportó un aumento de 18.2% en la misma dimensión, ambos cambios relacionados a las cargas de trabajo derivadas del aumento de pacientes que ameritaban atención médica.



Se realizaron evaluaciones sobre los cambios directamente asociados al COVID, observando que un 16.9% más en la generación 20-23 tuvo familiares hospitalizados. Un porcentaje mayor en la generación 20-23 (71.43%) reportó experimentar cambios en la salud mental, mientras que 49.09% percibió estos cambios en la generación 21-24.

En un estudio realizado en Rumania en 2020, en un grupo de 100 residentes de diferentes especialidades, 50% en contacto con pacientes COVID (urgencias, cuidados intensivos y radiología) y 50% en salas de hospitalización sin COVID (ginecología, ortopedia, cirugía general), se encontró en una medición global de la muestra se presentaba un 76% de prevalencia de burnout en su dimensión de cansancio emocional, siendo mayor (86%) en los residentes de salas no relacionadas a COVID-19, relacionado en esa muestra específica a una mayor carga de trabajo en los residentes que no brindaban atención de primera línea en comparación con aquellos residentes que recibían de forma directa a pacientes con sospecha de infección ⁽⁵⁴⁾; lo cual coincide con el presente estudio en que la exposición al COVID genera aumento del SB, sin embargo no nos es posible realizar una comparación como la ya mencionada, ya que la totalidad de los participantes de nuestro estudio estuvo en primera línea de atención a COVID.

En otro estudio realizado en 2021 en Brasil, entre 3071 médicos residentes de especialidades clínicas en primera línea COVID, se encontraron prevalencias de depresión (67.7%), ansiedad (58.2%) y burnout (48.6%) ⁽⁵⁵⁾. Otro estudio realizado en Qatar en 2021 entre 127 residentes que desarrollaron sus primeros meses de posgrado durante el inicio de la pandemia se observaron síntomas de depresión en un 42.5%, ansiedad en un 41.7% y burnout en 30.7%, mostrando un comportamiento similar al estudio de Brasil ⁽⁵⁶⁾, y ambos difiriendo de nuestro estudio en las mediciones de depresión, que en los residentes del HIMFG estudiados no presentó aumento importante en la prevalencia, sin embargo desconocemos si existía psicopatología previa y manejo farmacológico en los residentes con depresión encuestados en los estudios de Brasil y Qatar.

A partir de los resultados de éste estudio pueden plantearse nuevas líneas de investigación, inicialmente aplicando mediciones pre-residencia a residentes de otras especialidades antes del ingreso a las actividades hospitalarias, para comparar la existencia de psicopatología antes y después de la exposición a pacientes con infección por COVID para intentar determinar el impacto en la salud mental que conlleva la atención de pacientes en condiciones de pandemia. Extender el tamaño de las muestras a estudiarse puede contribuir a generar resultados más confiables, e incluir a otras especialidades permitirá explorar si el ambiente propio

de las mismas y las actividades propias de cada una también influyen en la prevalencia de psicopatología.

El estudio se vio limitado por la participación de los residentes, un factor que constituyen la posibilidad de un sesgo en el estudio, debido a que la muestra inicial se vio reducida en alrededor de un 20%, y desconocemos si hubo cambios en la salud mental de los residentes que se actualmente se encuentran fuera del estudio; siendo, además, una muestra pequeña, por lo que no es posible generalizar los resultados a residentes fuera de nuestro ambiente hospitalario.

Otra de las limitaciones puede encontrarse en las mediciones de síndrome de burnout, ya que no existen mediciones basales del primer grupo de estudio, por tanto, desconocemos las modificaciones que pudieran haberse presentado después de un año, sin embargo, al revisar las segundas mediciones se encontraron porcentajes altos de SB, provocados por la carga de trabajo aumentada durante los turnos modificados que se realizaban en áreas COVID y el riesgo latente de contagio y posterior infección.

El estudio también puede verse modificado por la legitimidad de las respuestas proporcionadas por los participantes, debido a que dependen de la confianza proporcionada por los participantes, sobre todo en el rubro de consumo de alcohol y otras sustancias, ya que en ocasiones el usuario subestima su uso, pudiendo derivar en menores porcentajes reportados en los resultados finales.

Una de las fortalezas del estudio, consiste en que la primera medición se realizó fuera del contexto de pandemia, antes del inicio del posgrado de la generación 2020-2023 en febrero del año 2020, información con la que muchos estudios realizados en residentes no cuentan, por lo que no existe posibilidad de comparación del estado de salud mental basal contra el estado de salud mental posterior.

CONCLUSIÓN

En este estudio pudieron evidenciarse cambios en la prevalencia de psicopatología en médicos residentes asociados a su exposición al inicio y establecimiento de la pandemia COVID.

Se evidenciaron las diferencias entre la psicopatología en los residentes expuestos al inicio de la pandemia COVID durante los primeros meses del posgrado, que se presentó 20% mayor que en aquéllos residentes que convivieron con la pandemia cuando se encontraban establecidos protocolos de salud efectivos, se conocía

ampliamente el virus y sus implicaciones en la salud, e incluso la disponibilidad de una vacuna como apoyo a la reducción del riesgo de contagio.

El cambio en la prevalencia de psicopatología de los médicos residentes de pediatría al ingresar al curso en 2021 y después del primer año del curso, en comparación con el grupo de residentes que cursó el primer año de la residencia durante 2020, durante el inicio de la pandemia COVID evidenció que aquéllos participantes que vivieron el inicio de la pandemia presentan 24.7% más psicopatologías después de su primer año.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Jul20	Ago-Sept20	Oct20	Nov20-Ene21	Feb21	Mar-Jun21	Jul21	Ago-Sep21	Oct21	Nov21-Ene22	Feb22	Mar22	Abr22
Elección de tema	X												
Búsqueda de bibliografía		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Aplicación encuesta intermedia (Gen2020)			X										
Aplicación encuesta inicial (Gen2021)					X								
Aplicación encuesta final (Gen2020)					X								
Conjuntar bases de datos							X						
Aplicación encuesta intermedia (Gen2021)									X				
Integración de datos									X				
Aplicación encuesta											X		

final (Gen2021)													
Análisis estadístico											X		
Revisión resultados estadísticos												X	
Revisión de tesis												X	
Entrega final													X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- O'Horo J.C. RD. Coronavirus: novel coronavirus (COVID-19) infection. *Nov Coronavirus Inf Cent Elsevier's Free Heal Med Res Nov coronavirus COVID-19* [Internet]. Available from: https://www.elsevier.com/_data/assets/pdf_file/0011/990722/Co%0Aronavirus-novel-coronavirus-COVID-19-infection-CO-200520.pdf%0A
- WHO. Mental Health [Internet]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Manwell L.A., S. P. 2, Roberts K., Durisko Z., Lee C., Ware E. MK. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ Open*. 2(5):6.
- Slavin S. T. CJT. Finding the Why, Changing the How: Improving the Mental Health of Medical Students, Residents, and Physicians. *Acad Med*. 91(9).
- Jennings M. L. SST. Resident Wellness Matters: Optimizing Resident Education and Wellness Through the Learning Environment. *Acad Med Med*. 90(9).
- Anagnostopoulos F., Demerouti E., Sykioti P., Niakas D. ZP. Factors associated with mental health status of medical residents: a model-guided study. *J Clin Psychol Med Settings*. 22(1):90–109.
- Cellini M. M., Serwint J. R., Chaudron L. H., Baldwin C. D., Blumkin A. K. SPG. Availability of Emotional Support and Mental Health Care for Pediatric Residents. *Acad Pediatr*. 17(4):424.430.
- Esakandari H., Nabi-Afjadi M., Fakkari-Afjadi J., Farahmandian N., Miresmaeili S. M. BE. A comprehensive review of COVID-19 characteristics. *Biol Proced Online*. 22(19).
- Saborio L. HL. F. Síndrome de Burnout. *Med Leg Costa Rica*. 32(1).
- Bender A KS. Mental health and mental illness in the workplace: diagnostic and treatment issues. *Heal Pap*. 2004;5(2):54–67.
- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz J. Síndrome

- de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Scielo Network Salud Uninorte. 2007;23(1):43–51.
12. Aceves GA. Síndrome de burnout. Scielo Network Arch Neurociencias. 2006;11(44):305–9.
 13. Quinceno, J. M. y Alpi VS. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. Scielo Network Acta Colomb Psicol. 2007;10:117–25.
 14. Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. Ter Psicológica. 2014;32(1):65–74.
 15. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
 16. Pereda-Torales L., Márquez Celedonio F. G., Hoyos Vásquez M.T. YZMI. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. Salud Ment México. 2009;32(5):399–404.
 17. Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J., Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt TD. Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students. JAMA. 2010;304(11).
 18. Cohen, J. S., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., Ramchandrar, K., Martin, J. & Patten S. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. BMC Res Notes. 2018;105(1).
 19. Romani, M. & Ashkar K. Burnout among physicians. Libyan J Med. 2014;9.
 20. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva World Heal Organ. 2008;
 21. Malhi G. S. MJJ. Depression. Lancet. 2(392):2299–312.
 22. UNAM. Boletín UNAM. DGCS-455.
 23. Association AP. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
 24. Rakel RE. Depression. Prim Care. 26(2):211–24.
 25. Mousa O. Y., Dhamoon M. S., Lander S. DAS. The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees. PLoS One. 11(6).
 26. Puthran R., Zhang M. W., Tam W. W. HRC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. Med Educ. 50(4):456–68.
 27. Luho-Machado J. A., Medina-Serrano M. Y-HD. Salud mental y suicidio del médico en México: un tema incómodo y poco explorado. Rev Médica Clínica 2021. 5(2).
 28. Klonsky ED, May AM SB. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:307–30.
 29. Gutiérrez-García A. G., Contreras C. M. O-RRC. El suicidio. Conceptos actuales. Salud Ment México. 2006;29(5).
 30. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A PJ. Suicidal Thoughts Among

- Medical Residents with Burnout. *Arch Suicide Res.* 2008;12:344–6.
31. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J A-GU. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Médica del Inst Mex del Seguro Soc México.* 2015;53(1):20–8.
 32. Giacobbe P. FA. Diagnosis and Management of Anxiety Disorders. *Contin (Minneap Minn) Behav Neurol an Psychiatry.* 24(3):839–919.
 33. ANMM. El trastorno de ansiedad generalizada. *Rev la Fac Med México.* 56(4).
 34. Locke A. B., Kirst N. SCG. Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. *Am Fam Physician.* 91(9):617–24.
 35. JA. R-T. Trastornos de ansiedad: Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Bibl virtual en salud.*
 36. Hernández Sánchez MM, Horga de la Parte JF, Navarro Cremades F et al. NoTrastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. *Guía actuación clínica en atención primaria [Internet]. Available from: www.san.gva.es*
 37. A. GJ. Anxiety and Suicidal Behavior in Medical Training at a University in Mexico. *Investigación en educación médica.* 9(35).
 38. Quek T. T., Tam W. W., Tran B. X., Zhang M. et. A. The Global Prevalence of Anxiety. . *Int J Env Res Public Heal.* 16(15):2735.
 39. Marín-Navarrete R., Benjet C., Borges G. et. A. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment.* 2013;36:471–9.
 40. Medina-Mora M. E., Martínez-Lanz P. RE. Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Rev la Fac Med UNAM.* 48(5).
 41. Treasure J., Antunes-Duarte T. SU. Eating disorders. *Lancet.* 2020;395(10227):899–911.
 42. Morán, I., Licea, V. & Iñárritu M. Prevalencia de factores y conductas de riesgo asociados a trastornos de la alimentación en universitarios. *Rev Médica Del Hosp Gen México.* 2009;72(2):68–72.
 43. Paola Pérez Polanco P. MZLM. Estudio del riesgo de presentar trastornos alimentarios en un grupo de estudiantes de licenciatura y posgrado de instituciones mexicanas. *Espac I+D, Innovación más Desarro.* 2020;9(23).
 44. COVID-19 Content Portal. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University [Internet]. Available from: <https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov/>
 45. Torales J., O'Higgins M., Castaldelli-Maia J. M. VA. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry.* 66(4):317–20.

46. Walton M., Murray E. CMD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Hear J Acute Cardiovasc Care*. 9(3):241–7.
47. R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z. HS. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 3(3).
48. Chapa, G. VVT. Prevalencia de psicopatología y factores asociados en médicos residentes de Pediatría al ingreso y después del primer año del curso de especialización durante la pandemia covid-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel reconvertido en hospital COVID. Tesis UNAM [Internet]. 2021; Available from: <http://132.248.9.195/ptd2021/octubre/0817740/Index.html>
49. Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner et. al. La Validez de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida (MINI) según la SCID-P y su fiabilidad. *Eur Psychiatry (Ed Española)*. 1998;5(1):25–35.
50. L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola YL. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Traducción al español version 6.0. [Internet]. MAPI Institute. 2019. Available from: https://www.gestalt.cl/web/wp-content/uploads/2019/10/MINI-6.0_Spanish-for-US.pdf
51. Inovación. M de C e. Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental; MINI [Internet]. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. 2018. Available from: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=15>
52. Desconocido. Maslach Burnout Inventory. Ecestaticos Repos [Internet]. Available from: https://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf
53. Domínguez-Espinosa A., Salas-Menotti I. C-BC. Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Rev Latinoam Psicol*. 2011;43(1):125–37.
54. Dimitriu MCT, Pantea-Stoian A, Smaranda AC, Nica AA, Carap AC, Constantin VD, Davitoiu AM, Cirstoveanu C, Bacalbasa N, Bratu OG, Jacota-Alexe F, Badiu CD, Smarandache CG SB. NoBurnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Med Hypotheses*. 144.
55. Steil A, Pereira Tokeshi AB, Bernardo LS, da Silva Neto GP, Davi RF Júnior, Bárbara AFS, Mendonca VS, Fidalgo TM TGA. Medical residents' mental distress in the COVID-19 pandemic: An urgent need for mental health care. *PLoS One*. 17(3).
56. Khodoruth MAS, Al-Nuaimi SK, Al-Salihy Z, Ghaffar A, Khodoruth WNC

OS. Factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to COVID-19. *BJPsych Open*. 2021;7(2).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio se vio limitado por los índices de participación de los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

La participación de la generación 2020-2023 fue del 100% durante ambas mediciones, mientras que en la generación 2021-2024 la participación fue del 100% en la primera medición y del 80.80% en la segunda medición.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En este estudio no se encontró conflicto ético, ya que teniendo en cuenta la Norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012. Artículo 17. I, esta investigación se rigió por el cumplimiento de los principios éticos básicos, descritos a continuación:

1. Respeto por la autonomía. El respeto por la autonomía involucra dos elementos: que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y que las personas con autonomía disminuida tengan derecho a protección.

- En el presente estudio, todos los sujetos participantes tuvieron conocimiento de lo que implicaría el proyecto y de sus posibles resultados, por lo que tuvieron la opción de decidir o incluso retirarse de la investigación una vez iniciada:
- Estarán informados de los objetivos y naturaleza del estudio.
- Se les invitará a participar antes de iniciar en la investigación y a ser contactados durante ésta en caso de ser necesario.
- Su participación podrá ser en una o todas las fases del estudio.
- Tendrán la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin tener que dar una explicación del motivo.

2. Beneficios. El tratamiento ético de las personas no solo implica respetar sus decisiones y protegerlas del daño sino también procurar su bienestar. Esto implica información sobre los resultados del presente estudio para que de manera conjunta con los sujetos se puedan diseñar intervenciones de atención desde la perspectiva de los sujetos, los médicos y las autoridades. Con el presente estudio se generarán dos tipos beneficios, el primero será directamente para usted y el segundo será para la población mexicana, los cuales se describen a continuación:

Beneficios directos:

- Diagnóstico gratuito al participar en el estudio

- Ser remitido, en caso necesario, para una valoración psiquiátrica inicial gratuita dentro del hospital, y posteriormente a alguna institución pertinente para su seguimiento.

3. Justicia. Todos los seres humanos son iguales en dignidad y por ende deberán ser tratados de forma justa. Por lo que, bajo este precepto, se les ofrecerá información de forma equitativa a todas las personas, sin distinguir género, etnia o clase social.

En la presente investigación será obligatorio:

- El reconocimiento de todas las personas que participan en el estudio como iguales.
- Brindar la información necesaria de forma equitativa a los participantes en el estudio.

4. Salvaguarda del secreto profesional. El secreto profesional es la obligación ética que tiene el personal de salud y del investigador en materia de salud, de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente se obtenga durante el ejercicio profesional, sobre el estado de salud del individuo, y en este caso sobre las condiciones socioeconómicas y familiares de los sujetos, incluso aún después de la muerte de la persona.

Para la presente investigación se establece que:

- Toda la información recolectada durante el proyecto se tratará de forma confidencial y solo tendrán acceso a ella los investigadores del estudio.
- Se garantiza que tanto los investigadores como los colaboradores están obligados a guardar la información que se les confía, aun cuando no haya un explícito de acuerdo al respecto.

5. Consentimiento informado. Es el acuerdo mediante el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de elección sin coacción alguna.

- La información que se dará a los participantes será clara, concisa, suficiente y en lenguaje comprensible para el individuo.
- Se firmará el consentimiento informado, que se constituirá en una carta que contenga los objetivos, la explicación del procedimiento a seguir, la duración, los posibles riesgos y/o beneficios al participar voluntariamente en la investigación, los nombres de personas responsables, explicación sobre el derecho a participar y cancelar voluntariamente la participación y a la confidencialidad de la información. La carta será firmada por el interesado, el responsable de la investigación y testigos.

6. Resultados de la investigación. Los principios éticos de la investigación abarcan todos los aspectos de la misma. Desde el planteamiento del problema, el diseño y la recolección de datos, hasta la publicación de los resultados.

Con relación a los resultados la presente investigación tendrá en cuenta:

- Los resultados estarán ceñidos a la verdad, tanto en lo relacionado con la metodología como con los resultados.
- Se reconocerá a conciencia la transitoriedad de los conocimientos, de forma que no se plantearán verdades absolutas, sino aproximaciones a la verdad que deberán irse depurando y haciéndose consistentes en el transcurso de la investigación y de otras que posteriormente se realicen.

7. Sometimiento del protocolo a comités de ética e investigación de Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Con el fin de cumplir con la ley de investigación en salud y las reglas internas sobre investigación que exigen los hospitales, se presentará el proyecto para ser aprobado por los comités pertinentes.

ANEXOS

1. Consentimiento informado

Prevalencia de psicopatología y factores asociados en médicos residentes de pediatría al ingreso y después del primer año del curso de especialización.	
Nombre:	Fecha:
<p>¿Por qué se está haciendo este estudio?</p> <p>La prevalencia de psicopatología es significativamente mayor en los médicos que en otras profesiones. Esto puede impactar negativamente en el desempeño en su trabajo diario. Existen factores de riesgo particulares para psicopatología presentes en los médicos en formación, tales como jornadas largas de trabajo, estrés laboral, poco tiempo de esparcimiento, aislamiento, estresores económicos entre otros. En nuestro país actualmente se desconoce la prevalencia real de psicopatología en médicos en formación, conocer la dimensión de este problema y de los factores más asociados permitirá diseñar protocolos de atención específicos para esta población vulnerable. Nuestro objetivo es describir la frecuencia de psicopatología de los médicos residentes de pediatría al ingreso y después del primer año del curso de especialización, así como la relación entre los factores sociodemográficos y de estilo de vida con la presencia de psicopatología.</p>	
<p>¿Cuál es el procedimiento del estudio?</p> <p>En forma completamente anónima, se aplicarán las siguientes evaluaciones: MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Escala MINI), diseñada para</p>	

diagnóstico de psicopatología, con duración aproximada de 20 minutos; la Escala de Auto-reporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el Adulto de la Organización Mundial de la Salud; el Instrumento de Medición de Satisfacción con Redes de Apoyo SSQ6, el cual consiste en una escala autoaplicable de 6 reactivos, el Maslach Burnout Inventory (MBI), así como un cuestionario de información sociodemográfica y de estilos de vida autoaplicable de 18 preguntas. Después de un año, se aplicará nuevamente la Escala MINI, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el instrumento de medición de satisfacción con redes de apoyo SSQ6, se actualizará la información sociodemográfica y de estilos de vida.

¿Qué molestias o riesgos puedo presentar por participar en este estudio?

La aplicación de estas escalas no representa ningún riesgo. Los datos personales obtenidos mediante esta investigación serán protegidos en todo momento. Para garantizar la confidencialidad de las respuestas, se asignará un código aleatorio de identificación. Este código será conocido únicamente por el participante y por un miembro del equipo de investigación cuya única función será llevar una relación entre el código y el nombre del participante, esto con la finalidad de facilitar el proceso de aplicar nuevamente las pruebas el siguiente año, así como para, en caso de detectarse riesgo suicida actual, se le pueda brindar atención inmediata.

¿Qué beneficios obtengo por participar en este estudio?

Los resultados obtenidos en este estudio ayudarán a conocer la dimensión de este problema y de los factores más asociados, esto permitirá diseñar protocolos de atención específicos para la población de los médicos residentes en formación. Usted podrá conocer los resultados de sus pruebas solicitándolo mediante su código de participación. En caso de que usted quisiera recibir atención, proporcionando voluntariamente su código de participación se le facilitará recibir atención psicológica y/o psiquiátrica en un centro especializado.

En caso de que en cualquier momento del estudio se detectara la presencia de psicopatología de alto riesgo (riesgo suicida actual), se romperá la confidencialidad en beneficio del paciente y se le remitirá a un centro especializado para ser evaluado por un médico psiquiatra y recibir el tratamiento adecuado.

Usted no está bajo ninguna obligación para participar en el estudio. Si Usted no desea participar, simplemente indíquelo y su formación académica no cambiará en lo absoluto.

Usted se podrá retirar del estudio en cuanto usted así lo decida. Su formación académica no cambiará en lo absoluto.

Entiendo que yo _____ estoy participando voluntariamente en el estudio. Yo puedo retirar mi consentimiento en

cualquier momento sin perjuicio o pérdida de cualquier beneficio, que, por otro lado, tenga derecho.

Cualquier pregunta que yo tenga relacionada con algún aspecto de este estudio o con mis derechos como persona en investigación, será contestada por la Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica por un médico especialista en la materia al 52289917 ext. 4402

_____ Nombre y firma del participante	____/____/____ Fecha: dd/mm/aaaa
_____ Nombre y firma del aplicador	____/____/____ Fecha: dd/mm/aaaa
_____ Nombre y firma del testigo 1	____/____/____ Fecha: dd/mm/aaaa
_____ Nombre y firma del testigo 2	____/____/____ Fecha: dd/mm/aaaa

2. Cuestionario de factores sociodemográficos y de estilos de vida

1. Sexo:	
2. Fecha de nacimiento:	
3. Lugar de origen:	
4. ¿Con quién vives?	a) Vivo solo b) Con roomies c) Con mi pareja d) Con mi familia
5. Tus ingresos económicos para cubrir necesidades básicas son:	a) Más que suficientes b) Suficientes c) Insuficientes
6. Relación de pareja:	a) Soltero b) Tengo pareja
7. ¿Experimentas o has experimentado violencia de pareja? (cualquier ataque intencional de distintos tipos, como: sexual,	a) Si, actualmente b) Previamente c) Ni actual ni previamente

físico, verbal, económico o psicológico, de un miembro de la pareja contra el otro en una relación con el objetivo de controlar, dominar a la persona o sentirse superior en la pareja).	
8. ¿Cuántas horas a la semana le dedicas a algún pasatiempo? (entretenimiento o juego que se practica, juega e implementa con el objetivo de pasar el rato, relajarse y divertirse, sin relación con el estudio o quehacer médico).	a) Menos de una hora a la semana b) Al menos una hora a la semana.
9. ¿Haces ejercicio?	a) Actualmente realizo ejercicio al menos una vez a la semana b) Actualmente no realizo ejercicio, no lo realizaba anteriormente c) Actualmente no realizo ejercicio, lo realizaba anteriormente.
10. Número de horas de sueño diario promedio:	
11. Tomando en cuenta los últimos tres meses: ¿Cuántos tiempos de comida haces en el día?	
12. ¿Cómo calificarías la calidad de tu alimentación? (la alimentación debería de ser completa, variada, balanceada, suficiente, adecuada e higiénica)	a) Buena b) Regular c) Mala
13. ¿Experimentas o has experimentado violencia familiar? (Acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, económica, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco y que tenga por efecto causar un daño).	a) Si, actualmente b) Previamente c) Ni actual, ni previamente
14. ¿Algún familiar de cualquier grado tiene o ha tenido un problema de salud mental? (depresión trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, autismo, discapacidad intelectual, trastorno por déficit de atención, esquizofrenia,	a) Si b) No

trastornos por uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria).	
15. ¿Cómo eran en promedio tus calificaciones en primaria, secundaria, preparatoria y universidad?	a) 90-100 b) 80-90 c) 70-80 d) Menos de 70
16. ¿Alguna vez has recibido acoso por parte de tus compañeros? (Comportamiento violento e intimidatorio continuo e intencional que se ejerce de manera verbal, física o psicológica entre niños y adolescentes durante la etapa escolar).	a) Si b) No
17. ¿Alguna vez has recibido tratamiento psiquiátrico?	a) Actualmente estoy en tratamiento b) Alguna vez, pero actualmente no c) Nunca he recibido tratamiento psiquiátrico

3. MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Escala MINI)

MINI
MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW
Versión en Español 5.0.0 DSM-IV
E.E.U.U: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan University of South Florida, Tampa
FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorin, L. I. Bonora, J. P. Lépine Hôpital de la Salpêtrière, Paris
Versión en español:
L. Fernando, J. Bobes, J. Gibert Instituto IAP - Madrid - España
M. Soto, O. Soto University of South Florida, Tampa Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco
© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan D. V. & Lecrubier Y.

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296	F32.x

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Recidivante	<input type="checkbox"/>	26 episodio único 296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único 296.30-396.36 recidivante	F32.x F33.x
B. TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C. RIESGO DE SUICIDIO	Riesgo <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto			
D. EPISODIO MANIACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANIACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E. TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F. AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J. DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x

ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K. DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-304.90/305.20-305.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-304.90/305.20-305.90	F11.1-F19.1
L. TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M. ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N. BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
Anorexia nerviosa tipo compulsiva/purgativa	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

4. Maslach Burnout Inventory Human Services Survey

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene el sentimiento, poniendo una equis (X) en la casilla correspondiente y

número que considere más adecuado según la intensidad del sentimiento. La escala de valoración es la siguiente:

		Evaluaciones / preguntas	Nunca	Alguna vez al año	Una vez al mes	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo							
4	PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mi							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes							
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente							

12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés							
17	PA	Tengo facilidad de crear una atmósfera relajada a mis pacientes							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar juntos con los pacientes/compañeros							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades							
21	PA	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas							

5. Cuestionario de Redes de Apoyo Versión Español 6-ítems

Pregunta ¿Qué tan satisfecho se siente?	Nada satisfecho	Poco satisfecho	Algo satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado					
Contar con alguien para					

ayudarle a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión					
Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades					
Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo					
Contar con alguien que le ayude a sentirse mejor cuando se siente realmente deprimido					
Contar con alguien que le consuele cuando está muy disgustado					
Puntuación:					