



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN PSIQUIATRÍA

“Factores relacionados con la elección de la especialidad de psiquiatría vs especialidades troncales (gineco-obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna) en médicos residentes mexicanos”

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN:

PSIQUIATRÍA

PRESENTA

Cristobal Gabriel Vargas Barroso

Tutor Metodológico

Dra. Diana Patricia Guízar Sánchez

Coordinadora del departamento de Investigación Educativa en la Unidad de Posgrado de la Facultad de Medicina, UNAM

Tutor Teórico

Dr. Ricardo Ríos Flores

Jefe del Departamento Académico del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

CD.MX JUNIO DE 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

1. RESUMEN INTEGRATIVO	3
2. INTRODUCCIÓN	7
3. ANTECEDENTES	8
3.1 Perspectiva mundial de los médicos especialistas	8
3.1.1 Médicos Especialistas en México	9
3.2 La formación de los recursos humanos en salud	10
3.3 Factores que determinan la elección de una especialidad	13
3.3.1 Modelos teóricos en la elección de una especialidad médica	16
3.4 Panorama actual de la Salud mental y necesidad de especialistas en psiquiatría.....	26
3.5 Necesidades Futuras	38
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	40
5. JUSTIFICACIÓN	40
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	44
7. OBJETIVO	44
7.1 Objetivo General	44
7.2 Objetivos Específicos.....	44
8. HIPÓTESIS	44
8.1 Hipótesis general	44
9. MATERIAL Y MÉTODOS.....	45
9.1 Tipo de Estudio	45
9.2 Universo de estudio y tamaño de la muestra	45
9.3 Criterios de Selección.....	45
9.4 Variables	46
9.5 Instrumentos de medición.....	47
10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	48
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
11.1 Consentimiento informado	50
12. RESULTADOS.....	54
13. DISCUSIÓN.....	61
13.1 Datos demográficos	61
13.2 Datos académicos	63
13.3 Datos acerca de la personalidad	65
13.4 Fortalezas	68
13.5 Debilidades	69
14. CONCLUSIÓN.....	70
15. CONFLICTO DE INTERÉS	73
16. AGRADECIMIENTOS.....	74
17. BIBLIOGRAFÍA	75
13.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	86

1. RESUMEN INTEGRATIVO

En México, la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) refiere que las residencias con mayor número de médicos inscritos en el año 2012 fueron: cirugía general (16.45%), medicina interna (14.69%), pediatría (11.62%), medicina familiar (10.96%) y ginecología y obstetricia (10.22%). Sin embargo, con el paso del tiempo el número de aspirantes ha aumentado para estas especialidades, mientras que el número de plazas no lo ha hecho de manera proporcional para cubrir dicha demanda, los motivos del exceso de demanda de esta especialidades deben investigarse para poder determinar las estrategias para la regulación de las plazas de formación, y sumar esta variable a los análisis profesiográficos y epidemiológicos en la políticas de creación de plazas, asimismo, el conocimiento de las motivaciones educativas-profesionales en el adulto son una variable fundamental en la eficiencia de los programas de educación.

Objetivo: Describir cuales son los factores relacionados con la elección de la especialidad en psiquiatría en México en residentes de psiquiatría comparado con las especialidades troncales (gineco-obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna).

Metodología: Se trató de un estudio transversal, analítico, observacional y comparativo. Con una N de 98 participantes, cuyos participantes fueron médicos residentes que cursaban el primer año de psiquiatría, medicina interna, cirugía general y pediatría que hayan aprobado el examen nacional de residencias médicas 2019 a los cuales se le aplicó el cuestionario de elección de especialidad de Gutiérrez-Cirlos.

Resultados: Hubo un total de 288 participantes. El promedio de edad fue de 28 años con diferencia significativa para el grupo de ginecoobstetricia, que en promedio tuvo 30 años. Si bien como grupo total, un poco más de la mitad de los residentes perteneció al sexo femenino (56%),

hubo diferencias importantes que marcar por especialidad encuestada: para cirugía, el 69% perteneció al sexo masculino, para ginecoobstetricia, el 61% fueron mujeres y para pediatría el 70%, en medicina interna y psiquiatría la proporción fue parecida: 54% mujeres y 46% hombres, en el caso de la primera y 56% mujeres y 44% hombres en el caso de la segunda.

El estado civil de los médicos encuestados fue soltero el 90% de los casos, con proporciones muy parecidas entre las especialidades. Lo anterior estuvo en concordancia con no tener hijos: el 94% respondió que no. Finalmente, para la pregunta de la presencia de familiares médicos, los cirujanos, internistas y pediatras no tenían en un 70% de los casos, pero para ginecoobstetricia y psiquiatría, casi la mitad sí tenía familiares médicos.

Más de la mitad (56%) realizó su servicio social en una comunidad rural, sin diferencias entre las cuatro especialidades. Para cirugía, ginecoobstetricia, pediatría y psiquiatría, el promedio al finalizar la carrera fue menor a 9 hasta en el 81% de los casos, mientras que en medicina interna el promedio entre 9 y 10 se presentó en el 51%. Dos de cada tres tomaron un curso de preparación para el ENARM, excepto en psiquiatría que hasta el 82% tomaron un curso y también dos de cada tres lo presentaron por primera vez, si bien para ginecoobstetricia el 46% era la segunda vez que presentaba el ENARM mientras que para pediatría el 76% era la primera vez que lo presentaba. Este último apartado mostró diferencias estadísticamente significativas, con un valor de p de 0.03.

La decisión de realizar una especialidad se llevó a cabo durante el final de la carrera: uno de cada tres durante el internado casi por igual que durante el servicio social. Siete de cada diez residentes (en el caso de cirugía, ginecoobstetricia y pediatría) vs cinco de cada diez (psiquiatría y medicina interna) planean terminar la especialidad troncal completa con una subespecialidad.

Hubo diferencias significativas entre las cinco especialidades ($p < 0.02$) para la extraversión

y para la responsabilidad. El análisis post hoc con la prueba de Tukey mostró que las diferencias se dan entre psiquiatría (media de 2.8), cirugía general (media de 2.71) y medicina interna (media de 2.4) para la extroversión, mientras que para la responsabilidad las diferencias se dan entre cirugía general (media de 3.1) y la psiquiatría (media de 2.5). No hubo diferencias significativas para la amabilidad, estabilidad emocional y apertura entre las especialidades evaluadas.

Discusión: Se dividió la discusión en tres puntos importantes: datos demográficos, datos académicos y de personalidad. En cuanto los datos demográficos, se observó que los residentes de psiquiatría mantienen una edad promedio de 28 años, la cual es similar para las especialidades que se estudiaron a excepción de ginecología y obstetricia cuya edad promedio es mayor. Estos datos son cercanos a los publicados por otros estudios en donde los participantes, tienen en promedio 30 años (Sadr, 2016) o la mayor parte tienen entre los 30-40 años (Appleton, 2017), a excepción de los estudios en donde la población de interés fueron estudiantes de medicina en donde la edad en promedio fue de 23 años (Kerebih H, 2019), (Seow LSE, 2018), lo que es de interés y puede ser derivado del tiempo de formación de pregrado en medicina y los métodos de selección de una especialidad.

En los datos académicos se mantiene una proporción homogénea entre las especialidades, cerca de la mitad de los residentes de ginecoobstetricia aprobaron el ENARM en un segundo intento vs pediatría que tres de cada cuatro lo lograron en la primera ocasión, obteniendo una diferencia significativa ($p < 0.03$). En psiquiatría poco más del 80% de los residentes tomaron un curso de preparación para el ENARM siendo que dos terceras partes lo realizaban por primera vez, describir las motivaciones para tomar un curso de preparación del ENARM, pudiese darnos pistas de la percepción de dicha necesidad y saber si esto está relacionado con el número de veces que se ha realizado el ENARM.

Dos tercios de la muestra tomaron la decisión de su especialidad en las últimas etapas de la licenciatura, una tercera parte durante el internado y otra tercera parte en el servicio social. En un estudio de 2016 en donde se compararon a los psiquiatras consultores (ya formados) contra aprendices (residentes), se observó que del primer grupo el 50% ya tenía decidido al graduarse estudiar psiquiatría comparado con un 37% de los practicantes. Esto puede deberse a cambios generacionales, además de un fenómeno regional o internacional. (Denman, 2016).

Las variables que pudiesen explicar el motivo para descartar cirugía general como una opción, en análisis post hoc mostró que, en el caso de los residentes de medicina interna los modelos de rol negativos tuvieron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) así también para la presencia de acoso entre los residentes de psiquiatría vs la opción de cirugía general. Lo que puede ser un área de oportunidad de estudio y mejorar los modelos de rol además del nivel de acoso, al menos percibidos en las especialidades mencionadas, ya que no es algo que se haya estudiado previamente.

Conclusiones: El atractivo de la psiquiatría como especialidad varía en todo el mundo por varias razones. En la mayoría de los países, los estudiantes de medicina son reacios a elegir la psiquiatría y esto se ha convertido en un motivo de preocupación mucho más evidente en las últimas décadas. (Bhugra, 2016). Nuestro estudio es importante al ser en México el primero en acercarse a conocer los factores involucrados en la elección de la especialidad de psiquiatría comparado con las especialidades troncales. Esperamos que los resultados sean de relevancia para futuras preguntas de investigación, así como haber aclarado algunos puntos con respecto a los factores relacionados con la elección de psiquiatría en particular.

2. INTRODUCCIÓN

La elección de especialidad médica ha sido motivo de estudio, particularmente en las escuelas de medicina norteamericanas que han indagado sistemáticamente en este campo desde la década 1960-69. (MYERS, 1971)

El hecho que en las distintas especialidades médicas se encuentren individuos con características de personalidad y estilos similares, ha llevado a algunos investigadores a proponer que estas variables inciden en la elección de especialidad. El problema con estos estudios es que, por haberse realizado con especialistas con años de experiencia profesional, no es posible establecer si las características asociadas con una especialidad son preexistentes a la elección o derivan de la práctica de ésta. En otras palabras, no sabemos la relación causa efecto, si los médicos de ciertas especialidades adquieren ciertas características por estudiar esa especialidad o si bien al escoger una u otra especialidad están manifestando tener características individuales previas que le llevan a tomar esa decisión.

Se han revisado diferentes teorías acerca de la toma de decisiones para la elección de especialidad en medicina. Se han propuesto los antecedentes de los estudiantes, tipo de habilidad, personalidad y experiencia, como factores que influyen en su elección de carrera, proporcionando la base para conocer la naturaleza multifactorial en la toma de decisiones para la elección de la especialidad médica.

Los estudiantes eligen una especialidad que satisface sus preferencias, prioridades y es compatible con las restricciones impuestas por sus habilidades y condiciones de vida. Las características demográficas, personalidad y experiencias vitales previas influyen en cómo se enfrentan con la información en el ambiente de la facultad y esto acaba por determinar la carrera que eligen (Vaidya et al. en 2004., Goldace MJ, Fazel S. Smith, 2013).

En México, existen pocos estudios acerca de los motivos que le llevan a los estudiantes de medicina a elegir a alguna especialidad, en primera instancia en el 2012 (Huicochea, Muggenburg, Palacios, & Heinze, 2012) se cuestionó acerca de qué lugar ocupa la psiquiatría en la elección de especialidades en estudiantes de la UNAM, posteriormente en el 2017 el Dr. Carlos Gutiérrez Cirlos y su equipo describieron los factores relacionados a la elección de especialidad en México en cuatro especialidades troncales (Gutiérrez-Cirlos, Naveja-Romero, Leenen, & Sánchez-Mendiola, 2017). Sin embargo, se desconocen los factores que influyen en la elección de la especialidad de psiquiatría; siendo actualmente una especialidad necesaria dada la incidencia de trastornos de salud mental en nuestro país.

3. ANTECEDENTES

3.1 Perspectiva mundial de los médicos especialistas

El crecimiento demográfico es un problema mundial. Según las cifras de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (United Nations, 2016), la población global en el 2014 fue de 7,265,786,000 habitantes aproximadamente, lo que plantea retos para satisfacer las necesidades de los sistemas de salud.

Según estadísticas del 2015 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial había 139 médicos por cada 100,000 habitantes (DAMIAN FARROW, JOSEPH BAKER, 2015). En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sugiere 176 médicos por cada 100,000 habitantes (Pan American Health Organization, 2016). En México, de acuerdo con el último censo de población realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2016) en 2011, había 157 médicos por cada 100,000 habitantes. Desde el 2000, el número de médicos per cápita se ha incrementado substancialmente en México, pasando de 160 médicos por cada 100 000 habitantes en el 2000 a 220 en el 2014, sin embargo, esta cifra sigue siendo inferior al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) de 320, además

de que la distribución no es homogénea a lo largo del territorio (Department of Economic and Social Affairs United Nations (UN), 2018). Lo anterior impone retos en lo referente a la formación de médicos, ya que a pesar de que el personal es un elemento fundamental del Sistema Nacional de Salud, la planificación deja mucho que desear y se espera que en un futuro se fortalezcan las políticas públicas del sector.

3.1.1 Médicos Especialistas en México

En México, el número de plazas para cursar una especialidad son ofrecidas por las instituciones de salud y avaladas por las diferentes universidades del país. La Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), a través del comité de posgrado, es la instancia coordinadora del Examen Nacional para Aspirantes a las Residencias Médicas (ENARM). En este contexto en el 2016 compitieron 36,408 médicos generales por las 7810 plazas disponibles para iniciar los estudios de especialización (sSalud, 2019).

El Sistema Nacional de Salud cuenta con más de 26,789 residentes en 81 cursos de especialidad (27 de entrada directa y 54 de entrada indirecta) (México, 2019), de los cuales 78 son ofertados por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (Subdivisi & Especializaciones, 2018). La duración de los programas de especialización fluctúa entre 3 y 5 años; cabe mencionar que las especialidades médicas están representadas por 47 consejos, que certifican a los residentes al concluir su formación académica que es un requisito para que la Secretaría de Educación Pública emita la cédula profesional (Zurn, Dal Poz, Stilwell, & Adams, 2004).

La formación de especialistas, ha buscado responder en términos generales a los cambios demográficos y epidemiológicos del país; sin embargo, hay datos que sugieren no solo la necesidad de revisar y ajustar los programas académicos, sino también el número de especialistas a formar (Zurn et al., 2004). Actualmente en nuestro país existe una baja planeación entre la oferta de plazas

y las necesidades reales. Para subsanar este problema se debe tomar en cuenta que el envejecimiento de la población exige un aumento de recursos y personal para los programas de atención a enfermedades crónicas, la salud mental y los cuidados de larga duración, sin descuidar la atención materna e infantil, los padecimientos agudos transmisibles y la morbilidad prevalente.

La OCDE en el 2015 reporta en México la existencia de más médicos especialistas (ME) que médicos generales y familiares (MG) (65% vs 35%, respectivamente)⁵. Cifra similar a otros países de la OCDE Reino Unido (ME=71.4% vs MG=28.6%) y Corea (ME=27% vs MG=73%) pero contrastante con Chile (ME=51.8% vs MG=48.2%) y Francia (ME=49.8% vs MG=50.2%).

En un estudio nacional (Heinze-Martin et al., 2018), Se contabilizaron 147 910 especialistas para una población de 123 518 272 habitantes; 69 % contaba con certificación vigente de la especialidad. Se obtuvo una tasa de 119 especialistas por 100 000 habitantes; 54.2 % se encontraba en la Ciudad de México, Estado México, Jalisco y Nuevo León. En promedio había 1.7 especialistas varones por cada mujer. Dichas cifras son inferiores al recomendado internacionalmente e insuficiente para cubrir las necesidades en salud del país.

3.2 La formación de los recursos humanos en salud

Los recursos humanos para la salud (RHS) son un componente fundamental en el proceso de producción de servicios en cualquier sistema de salud (SS). Se entiende por RHS el conjunto de individuos que reciben algún tipo de entrenamiento para ejecutar tareas relacionadas con la producción de servicios de salud personales y poblacionales, a los procesos relacionados a esta producción y a su evaluación. La planeación de los RHS debe considerar sus formas de entrenamiento y participación laboral. Sin embargo, los RHS tienen la particularidad de que son el único activo con preferencias y capacidad de control sobre los procesos de diseño, planeación y ejecución de políticas en salud.

Las reformas sanitarias en América Latina y el Caribe (ALC) han sido sumamente ambiciosas en la modificación de estructuras y funciones de los SS con el fin de lograr objetivos sistémicos. Las reformas han modificado los esquemas de financiamiento, la rectoría del sistema y la prestación de servicios. Algunas de ellas incluso han modificado por completo la estructura previa del sistema para lograr una mayor integración y con ello mejorar la equidad y la eficiencia. En estas reformas, el papel del recurso humano frecuentemente es subestimado. Por lo tanto, es posible plantear que existen rezagos importantes tanto en su formación como en su vinculación institucional. Uno de los objetivos fundamentales de las reformas de los SS es poder enfrentar de manera exitosa las grandes transformaciones demográficas y epidemiológicas. Tanto la migración, como el envejecimiento y el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas en las poblaciones llaman a importantes ajustes en la asignación de recursos y la prestación de servicios. En esta última función se requiere de la participación de nuevas categorías de personal de salud (técnicos en salud, especialistas en promoción y prevención de la salud, entre otros) distintas a las tradicionales y con capacidad de adaptarse rápidamente a los requerimientos institucionales. Se ha planteado insistentemente que la estrategia de atención primaria a la salud (APS) es el mecanismo que tienen los sistemas para lidiar exitosamente con la demanda generada por los cambios demográficos como el envejecimiento y las enfermedades crónico-degenerativas con el fin de dar respuesta efectiva y con calidad a estas necesidades y preservar su sustentabilidad financiera.

La educación médica en México es heterogénea, ya que existen más de 140 escuelas de medicina entre públicas y privadas, con mayor número de estas últimas, sobre todo en los 10 años previos.

Algunas tienen cobertura nacional y otras solamente estatales y se incluyen también las de las fuerzas armadas, lo que implica diversidad en los programas académicos, así como en los procedimientos de elección y de evaluación de los alumnos. El crecimiento del número de escuelas de medicina ha tenido dos momentos significativos, el primero en los años 70, a expensas de

instituciones públicas, y el segundo desde los años 90, con un franco predominio de escuelas privadas.

En cuanto a la formación médica general debe señalarse que en México se gradúan anualmente más médicos que en el promedio de los países de la OCDE (12 versus 10 por cada 100 000 habitantes, respectivamente) (Development, 2019). Es uno de los países con mayor número de escuelas de medicina: (Frenk, 2010) según el Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (Pública, 2019) de la Secretaría de Educación Pública actualmente existen 160 escuelas de medicina en el país, de las cuales solo 70 están acreditadas ante el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, sin que se cuente con una política nacional que regule el volumen de nuevos estudiantes, la calidad de la formación o que dicho aumento responda a una planeación estratégica acorde con las necesidades epidemiológicas y demográficas de las entidades federativas o del país. La tasa de especialistas es menor al promedio de otros países (178 versus 119 por cada 100 000 habitantes), (Development, 2019) superior a la de países como Chile (119) pero inferior a la de Reino Unido (201) y Francia (181). En México en la planificación de especialistas, las instituciones de salud envían el número de puestos de residencia disponibles para cada especialidad a la CIFRHS anualmente, que se encarga de la planificación del ENARM. Después de haber aprobado, los residentes se asignan a las posiciones disponibles de acuerdo con su puntuación (Fajardo Dolci, Varela, & Montalvo, 2015).

En este contexto en el 2018 compitieron 41,423 médicos generales por las 8, 824 plazas disponibles para iniciar los estudios de especialización (sSalud, 2019). Ver tabla 1.

Tabla 1. Evolución del ENARM DEL 2014 al 2018

	ENARM 2014	ENARM 2015	ENARM 2016	ENARM 2017	ENARM 2018
Total de sustentantes	26, 663	34, 629	36, 117	38, 380	41, 423

Total de seleccionados	7, 133	7, 735	7, 986	8, 480	8, 546
Plazas ofertadas en total	7, 201	7, 564	8, 277	8, 787	8, 824
Plazas para psiquiatría	147	144	173	191	180

En la formación de posgrado hay mayor uniformidad, ya que, si bien hay diversidad en los programas, un número significativo sigue el programa de la Universidad Nacional Autónoma de México, ya que cerca del 50% de los estudiantes de especialidad están inscritos en esta universidad y siguen el mismo programa, el Plan Único de Especialidades Médicas, vigente desde 1994, y que además ha sido adoptado por otras universidades.

Existen otros programas, algunos de universidades públicas autónomas y otros de privadas, avalados por la Secretaría de Educación Pública, como el de La Universidad La Salle (PIEM) y algunas universidades estatales.

3.3 Factores que determinan la elección de una especialidad

La selección de una carrera entre estas especialidades generalmente depende de diferentes factores intrínsecos (es decir, relacionados con atributos personales y preferencias) así como extrínsecos (es decir, relacionados con el entorno de trabajo). Otros factores incluyen ajuste personal, género, estilo de vida controlable, experiencia clínica previa, efecto modelo, recompensa financiera, prestigio, presión laboral, seguridad laboral futura, horas de trabajo, calidad de la formación profesional, elección de la subespecialidad y naturaleza del paciente cuidado (Borges & Savickas, 2002; Hojat, Erdmann, & Gonnella, 2013).

Un aspecto importante en ese sentido radica en los rasgos de personalidad; Los rasgos de personalidad que caracterizan a un individuo son estables en el tiempo y preceden a la

elección de especialidad.

Los médicos representan un grupo homogéneo en términos de desarrollo intelectual y cognitivo al tiempo que parecen compartir rasgos de personalidad comunes basados en su elección de la medicina como una carrera. Durante la escuela, experimentan un plan de estudios bastante uniforme, que incluye aprendizajes similares y experiencias comunes por lo que las diferencias entre los médicos se hacen evidentes con el paso del tiempo. Después de la graduación, los médicos entran en una variedad de especialidades médicas que difieren significativamente en los lugares de trabajo, los deberes laborales, las habilidades necesarias y los intereses vocacionales, de hecho, las especialidades difieren tanto que casi constituyen ocupaciones distintas. Para todos decidir convertirse en médico es una opción educativa que conduce a obtener un grado médico, en contraste, la selección de una especialidad se asemeja más a una elección ocupacional (Borges & Savickas, 2002).

Los intentos de documentar que las opciones de especialidad médica se relacionan con rasgos de personalidad han ocurrido desde los años sesenta (El Sheikh, Shaker, Hussein, & Ramy, 2014). El éxito en identificar patrones de personalidad que se distinguen entre médicos de diferentes especialidades médicas puede llevar a desarrollar perfiles de personalidad de diversas especialidades médicas con el objetivo de ayudar a los estudiantes de medicina a elegir una especialidad (Borges & Osmon, 2001).

Algunas especialidades médicas parecen atraer a médicos con determinados rasgos de personalidad, por ejemplo, los cirujanos suelen altamente extrovertidos mientras que los psiquiatras muestran altos niveles de apertura a la experiencia. Aunque hay algunos estudios sobre rasgos de personalidad entre médicos, poco se sabe sobre la composición de la profesión médica con respecto a los tipos de personalidad; cuando el análisis se ajusta para

otros factores potencialmente importantes como el género, la edad, la presencia de hijos y el tipo de admisión a la escuela de medicina vemos que la elección de determinada especialidad médica se ve influenciada de alguna manera.

Algunos aspectos sobre de la personalidad que predomina en psiquiatría en particular son:

- Los residentes de psiquiatría se caracterizan por una mayor tolerancia a la frustración, madurez emocional, estabilidad y orientación a la realidad. Los residentes de psiquiatría suelen ser más gentiles y corteses que los de medicina interna tienden a ser más realistas y prácticos al tiempo que mostraron alto nivel y capacidad para el pensamiento abstracto, aprendizaje más rápido y una comprensión más rápida de ideas, por otro lado, mostraron menos probabilidades de experimentar un efecto emocional negativo ante el estrés. Los psiquiatras también se pueden describir como social y activo debido a que su interacción se centra en lo social en lugar de objetos y cosas. Friedman y Slatt (1988) encontraron que los estudiantes de medicina que eligieron psiquiatría como especialidad arrojaron puntajes altos en la introversión-sentir-percibir (Abdulghani et al., 2013; Borges & Savickas, 2002). Los psiquiatras parecen ser abiertos a la experiencia al tiempo que son agradables, también pueden ser descritos como imaginativos, curiosos, necesitados de variedad, capaces de experimentar sentimientos profundamente. Además, los psiquiatras parecen ser simpáticos, confiados, cooperativos y altruistas. Exhiben rasgos asociados con la conciencia como ser organizados, persistentes y escrupulosos (Borges & Savickas, 2002).

Sin embargo, la elección de especialidad de los estudiantes de medicina está influenciada por muchos otros factores. Otros aspectos prácticos que influyen son la disponibilidad de residencia la carga de trabajo, factores relacionados con el estilo de vida, tipo de

interacciones del paciente y oportunidades de investigación.

Además de los ya comentados, existen otras variables que influyen destacadamente en la elección de una especialidad entre los estudiantes de medicina incluyen: Variables a nivel de los estudiantes, como el género, inteligencia, personalidad, cantidad de ingresos esperados, el prestigio que implica determinada especialidad, cantidad y tipo de atención directa al paciente asociada con una especialidad dada y en particular, el deseo de un determinado estilo de vida ha sido identificado como un factor central que explica las tendencias en la elección de especialidad entre los estudiantes de medicina (Bexelius et al., 2016).

Entre los factores psicosociales que a nivel individual pueden estar relacionados con la elección de especialidad, surge el agotamiento como componente potencialmente importante. Burnout se define generalmente como un estado relacionado con el trabajo caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional, fuertes sentimientos de despersonalización (Por ejemplo, sentimientos negativos y cínicos hacia otros), y un bajo sentido de logro personal, ha sido bien descrito en médicos, residentes y estudiantes de medicina. Se ha considerado la hipótesis de que mayores niveles de burnout en los estudiantes de medicina estarían significativamente asociados a elegir opciones más controlables con especialidades de mayor ingreso y mayor estabilidad en el estilo de vida (Sitkin & Pachankis, 2016).

3.3.1 Modelos teóricos en la elección de una especialidad médica

Lawson y Hoban han revisado diferentes teorías que han sido formuladas acerca de la toma de decisiones para la elección de carrera en medicina (Lawson & Hoban, 2003). Se han propuesto los antecedentes de los estudiantes, del tipo de habilidad, personalidad y

experiencia, como factores que influyen en su elección de carrera, proporcionando la base para conocer la naturaleza multifactorial en la toma de decisiones para la elección de carrera médica. Los estudiantes eligen una carrera que satisface sus preferencias y prioridades y es compatible con las restricciones impuestas por sus habilidades y condiciones de vida. Las características demográficas, personalidad y experiencias vitales previas influyen en cómo se enfrentan con la información en el ambiente de la facultad, y esto acaba por determinar la carrera que eligen. Siguiendo otro enfoque, se ha categorizado a los estudiantes según tengan orientación biosocial o biocientífica. Los primeros estarían interesados en trabajar directamente en los problemas psicológicos y sociales de los pacientes. En atención primaria predominaría la orientación biosocial y en las otras especialidades la biocientífica. Sería más probable que los estudiantes elijan atención primaria si tienen una orientación biosocial. Por otra parte, se ha subrayado que las actitudes hacia temas de medicina general y la influencia de otras personas tienen el mayor impacto sobre la preferencia de los estudiantes por atención primaria, mientras que ser varón, tener expectativas de mayores ingresos y tener actitudes positivas hacia la práctica quirúrgica influyen en la elección de una especialidad que no sea atención primaria.

Recientemente se ha implicado en la toma de decisiones el "estilo de vida de las especialidades". Dorsey et al. (Dorsey, Jarjoura, & Rutecki, 2003) lo definen por las siguientes características: tiempo personal libre para la práctica de requerimientos de ocio, familia y aspiraciones vocacionales y control de las horas semanales totales empleadas en responsabilidades profesionales, lo que está relacionado con la cantidad de tiempo que queda para actividades independientes de la práctica médica y su reflejo en las horas totales trabajadas y el número de visitas nocturnas. Estos autores encuadran 16 especialidades dentro de un "estilo de vida controlable" (anestesia, dermatología, medicina de urgencias, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, patología, psiquiatría y radiología) o "estilo de

vida incontrolable" (medicina de familia, medicina interna, obstetricia y ginecología, cirugía ortopédica, pediatría, cirugía general y urología), encontrando que de 1996 a 2002 se produjo en EEUU un incremento lineal en el porcentaje de graduados que elegían especialidades con "estilo de vida controlable". Después de controlar por ingresos, horas de trabajo y años de formación postgraduada, el porcentaje de variabilidad que dependía de un "estilo de vida controlable" aumentaba desde un 37 a un 55%. Como consecuencia se producía una alteración en la distribución de los graduados por especialidad, que para la medicina de familia suponía pasar de un 73% de puestos de residencia de esta especialidad ocupados en 1996 a un 47% en 2002.

En un estudio posterior (Dorsey, Jarjoura, & Rutecki, 2005), en base a las respuestas al Cuestionario de Graduación de la Asociación de Colegios Médicos Americanos, estos autores analizan las diferencias por sexos, llegando a la conclusión de que el "estilo de vida controlable" estaba fuertemente asociado con las tendencias en cuanto a elección de especialidad, tanto para hombres como para mujeres. Así, entre 1996 y 2003 la proporción de mujeres que elegían especialidades con un "estilo de vida controlable" aumentaba de 18 a 36%, mientras que para los hombres era del 28 al 45%. En EEUU los estudiantes han creado un acrónimo para referirse a especialidades con "estilo de vida controlable": E-ROAD, correspondiente a emergencias, radiología, oftalmología, anestesia y dermatología.

A conclusiones similares llegaron Lambert y Holmboe (E. M. Lambert & Holmboe, 2005) tras estudiar las respuestas al Cuestionario de Graduación de EEUU entre 1990 y 2003. Tanto los hombres como las mujeres demostraban una disminución de su interés por especialidades con "estilo de vida no controlable" de casi el 20%. La popularidad de las especialidades con "estilo de vida controlable" ha estado inversamente relacionada con la popularidad de la atención primaria entre los estudiantes de medicina de EEUU.

Newton et al. (Newton, Grayson, & Thompson, 2005) han hablado de un "estilo de vida amable", entendiendo por tal el que permite tiempo libre, oportunidades de disfrutar la vida fuera del trabajo, horas de trabajo predecibles, tiempo para desarrollar actividades fuera del trabajo y tiempo familiar. Estos autores analizan las preferencias de especialidad y las preocupaciones por ingresos y estilo de vida de 1.334 estudiantes de cuarto curso de dos facultades entre 1998 y 2004. Eran los propios estudiantes los que decidían el estilo de vida de cada especialidad, mostrando en sus percepciones un continuum desde un "estilo de vida amable" (radiología, rehabilitación, medicina de urgencias, oftalmología, anestesia, urología, dermatología y otorrinolaringología) a "nada amable" (cirugía general, obstetricia-ginecología). Contrariamente a los estudios anteriores, las respuestas de los estudiantes encuadraban las especialidades de atención primaria como con un "estilo de vida intermedio". Tanto el estilo de vida como los ingresos influían crecientemente en la elección de carreras por los estudiantes durante el periodo de estudio. Sin embargo, la preocupación por el estilo de vida y los ingresos no caracterizaban a todas las especialidades, encontrando que los estudiantes que elegían ciertas especialidades (radiología, rehabilitación, medicina de urgencias, oftalmología, psiquiatría, medicina de familia y pediatría general) era más probable que valoraran el estilo de vida que los ingresos, mientras que otros (los que elegían subespecialidades de medicina interna, ortopedia, cirugía general y obstetricia-ginecología) era más probable que valorar los ingresos sobre el estilo de vida.

El modelo teórico más citado es el de Bland y Meurer (Bland, Meurer, & Maldonado, 1995), aunque no ha sido probado empíricamente. Estos autores han desarrollado una teoría por la cual la elección de especialidad contiene tres componentes: factores asociados con características de los estudiantes, tipo de escuela y percepciones de los estudiantes de las características de la especialidad médica. La elección de una carrera por parte de un estudiante se realiza cuando este encuentra aquellas características que mejor cuadran con

sus propias necesidades.

Bland y Meurer propusieron un modelo sobre los factores que influyen en la elección de una especialidad, agrupados en cinco categorías: el tipo de escuela en la que se formó el estudiante (pública o privada), las características del estudiante (demografía, personalidad), los valores del estudiante al ingreso de la formación médica (preferencias personales), las necesidades a ser cumplidas durante la especialidad (ingreso, prestigio, tiempo libre) y la forma en que los estudiantes perciben la especialidad (Figura 1).

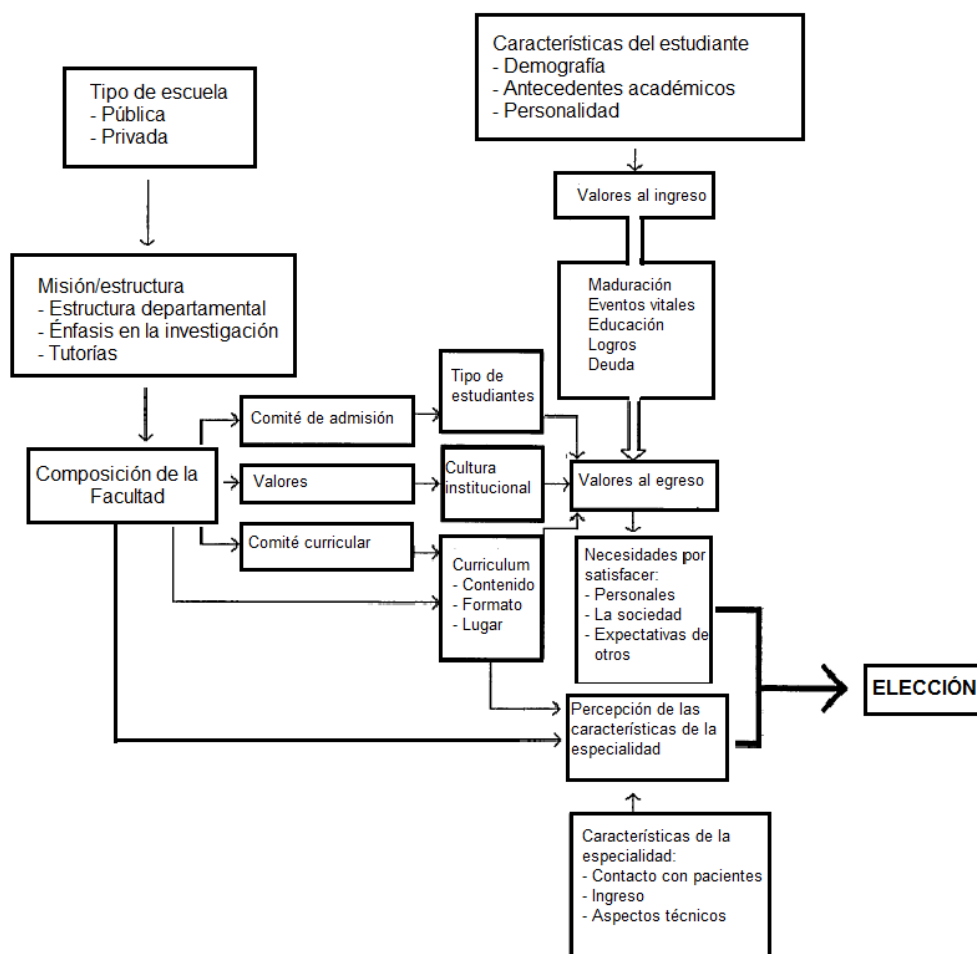


Figura 1: Modelo de Bland-Meurer sobre los factores relacionados con la elección de la especialidad. Modificado de: Bland C, Meurer L, Maldonado G. Determinants of Primary Care Specialty Choice: A Non-Statistical Meta-analysis of the Literature. Acad Med 1995; 70: 620-41.

El modelo de Bland-Meurer tiene aplicación para todas las especialidades, con particularidades por país y especialidad. Otros autores han propuesto un modelo específico para la elección de una especialidad de atención primaria, en el que se le da más peso al proceso de decisión desde la entrada a la carrera de medicina hasta que termina y la forma en que se modificó el proceso durante la carrera.

En una nueva revisión elaborada por Querido (figura 2), se retoma el modelo de Bland-Meurer con énfasis en que el tipo de escuela de medicina es diferente para cada país. Lo anterior de acuerdo con la clasificación de las escuelas de medicina y el acceso a la educación de posgrado. De acuerdo con dicho modelo de la educación médica propuesto por Wjnen-Meijer, la educación médica en México se caracteriza por entrar a la carrera una vez terminado el bachillerato superior y acceso a la especialidad médica (residencia) al finalizar la carrera. Este modelo (denominado “ruta I”) es parecido a lo que sucede en otras escuelas de medicina en América Latina y en Europa.

El modelo propuesto en 2016 por Querido retoma el de 1995 de Bland-Meurer, pero particulariza la elección y los factores en relación con el tipo de escuela de medicina, e incluye, a manera de revisión sistemática de la bibliografía, las publicaciones con información relevante generada en los últimos 30 años. Los factores se resumen en el modelo (figura 2), pero pueden definirse en cinco grupos, cada uno de ellos más o menos determinante, de acuerdo con el ejemplo mencionado antes. Los grupos de factores son los siguientes:

I. Características de la escuela de medicina

Durante la carrera de medicina, los estudiantes de alguna manera “pertenecen” a la escuela de medicina y se nutren de la misión, orientación y estructura de la escuela en la que se forman, ya sea pública o privada. La selección de los estudiantes también determina la orientación que tendrán al final de la carrera. La secuencia de las rotaciones clínicas (con mayor o menor carga hacia rotaciones quirúrgicas o de atención primaria (definida como la atención a medicina interna, pediatría, medicina familiar o medicina general), puede influir en la elección de la especialidad. De

la misma forma, el diseño curricular del plan de estudios (tradicional o basado en problemas) puede afectar la elección.

II. Características del estudiante

Las características inherentes al estudiante (edad, sexo, personalidad), las ambientales (lugar de nacimiento y residencia, año de estudios, origen étnico y educación de los padres), tienen relación con la elección de especialidad. Se ha descrito que las mujeres eligen más especialidades relacionadas con el manejo crónico de enfermos, cuidados paliativos y con un estilo de vida controlable, si bien estas diferencias tienden a disminuir en varios países, como Suecia y Holanda.

III. Valores del estudiante

El estudiante inicia la formación médica con unos valores que se modifican de acuerdo con la maduración, eventos vitales y el endeudamiento al solicitar un crédito, en el caso de que la escuela de medicina tenga un costo. Si el estudiante modifica su estado civil (contrae matrimonio o vive en unión libre con una pareja), sus prioridades se modifican, tanto por la formación de una familia como por las expectativas de la pareja. Una visión positiva hacia el tipo de paciente que se va a atender y la preferencia personal hacia la especialidad, también son determinantes en la elección.

IV. Necesidades personales por satisfacer

Las necesidades por satisfacer pueden clasificarse en: necesidades personales, necesidades de la sociedad y expectativas de los otros (compañeros, familia, maestros). Las necesidades personales incluyen los ingresos que se esperan obtener, las opciones de carrera al terminar, el status, el balance vida-trabajo, el estilo de vida y el contar con tiempo libre. Las horas de trabajo, el sitio de trabajo, el hecho que el trabajo constituya un reto también pueden ser determinantes.

V. Percepción de las características de la especialidad

El poder obtener un lugar como residente modifica la elección. La exposición a determinadas experiencias curriculares durante la formación médica también parece ser determinante. Las experiencias clínicas, rotaciones, el hacer procedimientos médicos y el contacto con cierto tipo de paciente están relacionados con la carrera a elegir. También las experiencias extracurriculares

como el haber estado enfermo en la infancia y los modelos de rol pueden ser determinantes hacia elegir o descartar una especialidad. Actualmente, la representación del especialista en los medios o en internet, parece tener influencia en la decisión.

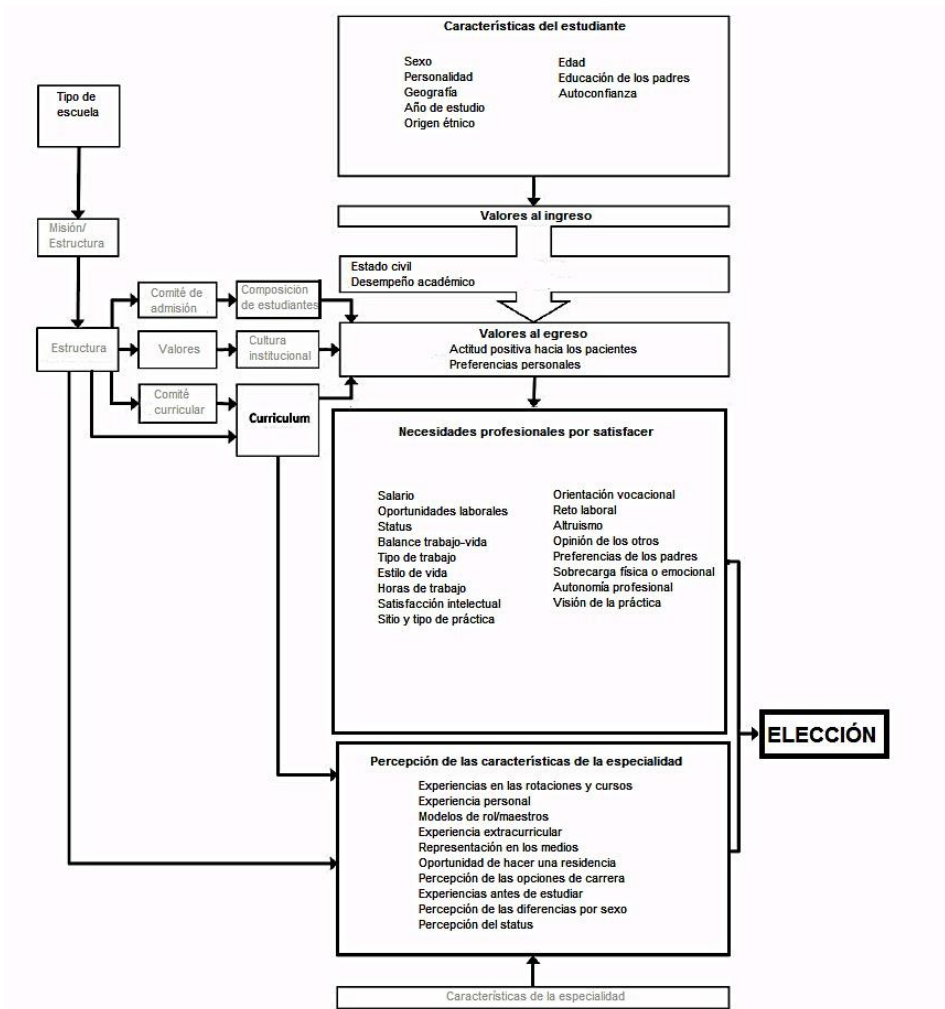


Figura 2. Factores relacionados con la elección de una especialidad, adaptados al modelo de Bland-Meurer, revisado por Querido S. Modificado de Querido S, Vergouw D, Wigersma L, et al. Dynamics of career choice among students in undergraduate medical courses. A BEME systematic review: BEME Guide No. 33. Med Teach 2016; 38: 18-29.

Como hemos podido ver el proceso de elegir una especialidad está determinado por múltiples factores que pueden ser predictores, tales como: las percepciones de la especialidad, dadas por experiencias curriculares y extracurriculares, las necesidades individuales a futuro

(opciones de carrera, expectativas de ingreso, estilo de vida, horas de trabajo) y el sexo. Sin embargo, el proceso de decisión y las interrelaciones para tomar la decisión, no está por completo comprendido. La toma de decisión es un proceso dinámico, complejo y multifactorial, por lo que la investigación mixta en educación (cualitativa y cuantitativa) puede dar más información de la percepción interna que influye en el proceso.

El prestigio profesional es un factor que se ha evaluado como determinante para la elección de la especialidad. Algunos médicos escogen una especialidad que les da más jerarquía y prestigio; esa especialidad está más orientada a la técnica y no a la persona. Lo anterior puede explicarse por la teoría de dominancia social. Las especialidades que dan más prestigio (en general más orientadas a la técnica) incluyen a cirugía, medicina interna y anestesiología, mientras que la medicina general, la psiquiatría y la geriatría se encuentran entre las de menor prestigio (y en general están más orientadas a aspectos sociales). La teoría de la dominancia social puede explicar la elección de una especialidad con más prestigio debido a que el individuo tiene una preferencia individual por la jerarquía y por lo tanto por el prestigio, en un sistema social determinado. En la medicina, la mejor manera de obtener jerarquía es entrar a una especialidad con alto prestigio.

Se ha observado que el éxito profesional y los rasgos de personalidad están relacionados entre sí, para explicar este fenómeno se ha usado el modelo de los Cinco Grandes Factores o de los Cinco Grandes Rasgos de la Personalidad (Big Five personality traits, o Five Factor Model, por sus siglas en inglés) incluye los rasgos que también, por sus siglas en inglés, se pueden agrupar en el acrónimo OCEAN:

Openess: apertura al cambio o a nuevas experiencias.

Conscientiousness: responsabilidad.

Extraversión: extraversión (o extroversión).

Agreeableness o amabilidad.

Neuroticism o inestabilidad emocional.

El modelo de los cinco grandes (FFM) provee un marco conceptual para describir la personalidad de una forma clara. El modelo incluye características afectivas, de experiencia y de motivación y utiliza las dimensiones de extroversión, apertura al cambio, responsabilidad, amabilidad y neuroticismo (inestabilidad emocional):

- La apertura al cambio describe a las personas con imaginación, curiosidad, sensibilidad y necesidad de variedad.

- La responsabilidad se refiere a ser organizado, persistente y con orientación a metas.

- La extraversión se relaciona más con la dominancia social y las emociones positivas.

- La amabilidad se relaciona con la confianza, el altruismo, la cooperación y la simpatía.

- El neuroticismo (inestabilidad emocional) se refiere a un afecto negativo, con ansiedad, enojo y depresión.

Los especialistas en medicina interna se han descrito como rígidos, fríos, escépticos, con preferencia a trabajar con cosas más que con personas. En otros trabajos se les ha encontrado con un mayor grado de conciencia, son más organizados y persistentes, pero en general son menos extrovertidos, pues se enfocan en el mundo interno más que en la interacción social. Lo anterior se explica, además, debido a que casi todos tienden a realizar una subespecialidad.

Los especialistas en ginecoobstetricia tienden a ser más extrovertidos y con un pensamiento y juicio más sensible. Los estudiantes que eligen esta especialidad son más conscientes, organizados, persistentes, escrupulosos y orientados a metas. Tienen puntuaciones más bajas con relación a la apertura al cambio y a la amabilidad, en general son menos simpáticos, confiados y cooperadores. Los médicos familiares o los psiquiatras son más altruistas que los ginecoobstetras.

Los pediatras tienden a ser más del tipo ESTJ: extrovertidos, sensoriales, con pensamiento racional y con juicio calificador, de acuerdo con el indicador de Myers-Briggs. La dimensión corresponde más al neuroticismo, la extraversión y la amabilidad.

Una de las especialidades más estudiadas, con varios indicadores, es la cirugía. En general los

cirujanos tienen más capacidad de adaptación al cambio, son extrovertidos y abiertos. Es importante señalar que las diferencias de personalidad mencionadas son mínimas, entre los especialistas en formación y se sugiere que estas diferencias emergen más una vez que los especialistas empiezan a trabajar al terminar la residencia. Así, los cirujanos, tienen que mostrar una importante adaptación al cambio cuando deben de dejar todo lo que hacen para atender una emergencia. Entonces la maduración es una variable más que debe ser considerada para explicar los diferentes tipos de personalidad entre varias especialidades.

En resumen, tenemos que, al momento de iniciar la carrera de medicina, se considera que, en general, los médicos en formación son un grupo bastante homogéneo en cuanto a rasgos de personalidad, salvo algunas excepciones, como aquellos que se dedicarán a la cirugía, que muestran el rasgo de extroversión (o extrovertidos) desde el inicio de la formación. La extroversión está relacionada de forma positiva con un mejor salario, promociones y satisfacción laboral, mientras que el neuroticismo se asocia a menor apertura y menor salario. En las personas con trabajo orientado a las personas, la amabilidad es un factor que mejora el salario, pero este factor no parece estar relacionado en las profesiones con mayor orientación técnica.

Lo anterior se mantiene durante la carrera de medicina, los estudiantes y graduados comparten rasgos de personalidad y las diferencias de personalidad se expresan cuando ya están en un trabajo estable después de haberse graduado de la carrera de medicina. Después de graduarse, los médicos entran a diferentes especialidades que requieren de habilidades, obligaciones de trabajo e intereses vocacionales. Se puede decir que un estudiante elige la carrera de medicina por vocación y por la educación que representa, mientras que la especialidad o el posgrado se elige más por el trabajo que se desempeñará, por lo que elegir una especialidad es más una elección laboral.

3.4 Panorama actual de la Salud mental y necesidad de especialistas en psiquiatría.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como un estado

completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. “No hay salud, sin salud mental” es el lema que la OMS ha enfatizado desde 2005. El concepto de salud mental implica bienestar personal, independencia, competencia, dependencia intergeneracional y aceptación de la capacidad de crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual. La buena salud mental permite a las personas reconocer sus habilidades, superar el estrés cotidiano de la vida, trabajar de forma productiva y hacer aportaciones a su comunidad. La salud mental mejora la actitud de individuos y comunidades y les permite alcanzar sus propios objetivos (WHO, 2013).

En salud, a nivel mundial, se presentan desafíos importantes como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y otras enfermedades no transmisibles. México no es la excepción (Maj, 2008; WHO, 2013) (Salud, 2019) (Evaluation., 2019); a su vez, resulta de interés la comorbilidad de padecimientos físicos con los trastornos mentales, ya que aumentan riesgo de padecer y complicar la evolución clínica de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (Pan American Health Organization, 2016).

La aparición conjunta de trastornos mentales y enfermedades crónicas contribuye a que las tasas de mortalidad sean mayores en los pacientes con trastornos mentales que en el resto de la población. Por ejemplo, los pacientes con depresión o esquizofrenia tienen entre un 40 y 60% más probabilidades de morir prematuramente que el resto de la población. Además, esta relación hace que el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes sea más costoso y difícil (Medina Mora & Marín Navarrete, 2015).

Un ejemplo ampliamente estudiado, es la presencia del trastorno depresivo comórbido con otras enfermedades no transmisibles, que disminuye la propensión para seguir los tratamientos o las recomendaciones médicas (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000) y, en consecuencia, representa un mayor riesgo de cronicidad temprana, discapacidad y mortalidad. En el caso de que la comorbilidad sea con enfermedades

infecciosas, la consecuencia sería el no cumplimiento del régimen terapéutico que puede conllevar una resistencia microbiana a los medicamentos existentes. El impacto negativo de la comorbilidad depresiva en la calidad de vida y en varios aspectos funcionales de las personas con enfermedades físicas, está relacionado también con un aumento de la utilización de los servicios de salud y el costo asociado (Sartorius, 2018). En el caso de tratamientos altamente especializados, como son las radioterapias, quimioterapias o las combinaciones antivirales para el tratamiento del VIH, la no consideración de la comorbilidad depresiva puede representar importantes pérdidas económicas, así como resultados clínicos negativos.

Se estima que entre 450 y 500 millones de personas en el mundo presentaron algún trastorno mental durante 2016 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Si bien existen discrepancias en cuanto a los números precisos, la OMS calcula que más de 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, & Berglund, 2007).

Las enfermedades mentales impactan y generan costos tanto a nivel individuo (personal), como a nivel colectivo (sociedad). Para conocer las implicaciones que las cifras de incidencia de salud mental tienen en materia de salud personal, es necesario hacer referencia a los Años perdidos por enfermedad calculado por la OMS y, como su nombre lo indica, está definido como el número de años de vida sana que se pierde por concepto de alguna enfermedad (World Health Organization, 2017).

Las cifras recientes en México muestran que, el 8.5% de los años perdidos por enfermedad, son debido a trastornos de la depresión (Gómez-Dantés et al., 2016).

La importancia del tratamiento de las enfermedades mentales está vinculada a que es

una enfermedad funcional. Es decir, los costos de no contar con salud mental producen, además de la pérdida en la calidad de vida de las personas, pérdidas en el valor agregado en la economía nacional. Los efectos de una débil salud mental están relacionados con los niveles de desempleo y los menores niveles de productividad, de aquí parte el efecto y costo que tiene a nivel sociedad.

Existe un estudio reciente presentado por la Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica (AMIIF) y Manatt Jones (Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica A.C., 2016), sobre las implicaciones de salud en la productividad, específicamente para la industria automotriz guanajuatense. Del 7.3% de pérdida en el valor agregado por causas de salud, el 6.03% corresponde al presentismo y sólo el 1.3% al ausentismo. En este caso, las pérdidas de valor agregado por concepto de depresión representaron el 5% del total de las pérdidas a causa del presentismo. Vale la pena mencionar que el término presentismo laboral se refiere a acudir y estar presente en el puesto de trabajo, pero dedicando parte de la jornada laboral a otras funciones que no son propias del puesto de trabajo.

El 15% de la carga económica mundial por enfermedad y el 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos mentales (DAMIAN FARROW, JOSEPH BAKER, 2015). La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia al alza. Para el 2030 la depresión será la segunda causa de disminución de años de vida saludable a escala mundial y la primera en los países desarrollados (Mathers & Loncar, 2006).

Uno de los avances más importantes de la psiquiatría moderna, por llamarla de alguna forma, desde finales del siglo XX a la actualidad, ha sido establecer criterios clínicos para definir los lineamientos de diagnóstico para los trastornos mentales, con base en valoraciones clínicas.

Si bien no existen estudios de laboratorio o gabinete capaces de definir o diagnosticar completamente ningún trastorno mental, éstos suelen usarse en algunos casos para confirmar el diagnóstico o para descartar otros posibles padecimientos por comorbilidad, es decir, la presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo.

Todos los trastornos mentales se deben en mayor o menor medida a una combinación entre predisposición genética y detonadores ambientales y sociales derivados de las experiencias y el estilo de vida (Initiative, 2000). Tabla 2.

Tabla 2. Determinantes sociales y ambientales de la salud mental.
Factores protectores
<ul style="list-style-type: none"> • Individuales. Alimentación adecuada, cercanía o apego a la familia, logros escolares, autocontrol, habilidades sociales, optimismo, creencias morales, valores, autoestima.
<ul style="list-style-type: none"> • Familiares. Padres que proveen cuidado y ayuda, armonía familiar, familia segura y estable, relaciones de apoyo, normas y moral sólida en la familia, comunicación afectiva, y expresión emocional.
<ul style="list-style-type: none"> • Escolares. Sentimiento de pertenencia, clima escolar positivo, grupo de pares prosocial, colaboración y apoyo, oportunidades de éxito y reconocimiento de logros, reglas de la escuela en contra de la violencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Sociales. Relación cercana con una persona significativa (compañero(a)/mentor), oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes, seguridad económica, buena salud física, acceso al mercado laboral, vivienda digna.
Factores de riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Individuales. Componentes genéticos, daño cerebral prenatal, nacimiento prematuro, daño al nacer, desnutrición al nacer, discapacidad física e intelectual, salud deficiente en la infancia, falta de vínculos afectivos estables, enfermedad crónica, habilidades sociales deficientes, autoestima baja, aislamiento, impulsividad.
<ul style="list-style-type: none"> • Familiares. Madre adolescente, padre o madre solteros, familia numerosa, modelos con rol antisocial, violencia familiar, familia disfuncional, divorcio o separación, negligencia con el cuidado del niño, experiencias de rechazo; padres en situación de desempleo prolongado, abuso de sustancias y/o con problemas mentales.
<ul style="list-style-type: none"> • Escolares. Peleas/riñas, carencia de vínculos afectivos en la escuela (amigos y maestros), manejo inadecuado de la conducta, fracaso o deserción escolar, cambios de escuela, relaciones insatisfactorias, falta de expectativas, expectativas falsas.
<ul style="list-style-type: none"> • Sociales. Desventaja socioeconómica, discriminación social y cultural, violencia y criminalidad en la zona de vivienda, condiciones inadecuadas de la vivienda, falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo, aislamiento social.

- **Eventos.** Abuso físico, sexual y emocional, muerte de un familiar, enfermedad, desempleo, falta de hogar, encarcelamiento, pobreza, accidentes de trabajo, responsabilidad en el cuidado de un enfermo o discapacitado, guerra, violencia o desastres naturales.

Existe una creencia extendida en la sociedad de que no es posible tratar los trastornos mentales o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones (Tapia, Castro, Poblete, & Soza, 2015). Esta ignorancia y estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y pueden disuadir a las personas afectadas de recurrir a los servicios de salud apropiados.

En la mayoría de los países, las denuncias de violación a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental son frecuentes. Dichas violaciones incluyen la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y de la intimidad. Pocos países cuentan con marcos legales para proteger debidamente los derechos de las personas con trastornos mentales (Hewlett & Moran, 2014).

Además, en la tabla 3 se muestran algunos grupos vulnerables con un riesgo elevado de padecer trastornos mentales (Juárez-Ramírez et al., 2014).

Tabla 3. Grupos vulnerables en México.

- **Familias en situación de pobreza.** Mayor riesgo de depresión, trastornos de ansiedad, estrés.
- **Individuos desempleados.** Mayor riesgo de depresión.
- **Adultos en plenitud.** La edad avanzada está asociada con el riesgo de demencias; además, suelen ser víctimas de maltrato, abandono e indiferencia.
- **Víctimas de violencia y abuso.** Desarrollo de depresión, estrés postraumático, drogadicción y trastorno de ansiedad.
- **Población rural.** Debido a una mayor prevalencia del abuso en el consumo de alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores.
- **Niñas y niños en situación de calle.** Uso de drogas, violencia social, abuso sexual, prostitución y explotación. Ocasiona retraimiento emocional, ansiedad, depresión y problemas para relacionarse.
- **Personas con discapacidad.** Mayor riesgo de desarrollar desajustes psicosociales o experimentar desintegración familiar.
- **Madres adolescentes.** Falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, etc.
- **Población migrante.** Víctima de discriminación, pérdida de apego familiar, estrés, pérdida de identidad, auto-devaluación.

La tabla 4 muestra una breve descripción de las características de los principales trastornos mentales y su prevalencia global (Sullivan, Daly, & O'Donovan, 2012).

Tabla 4. Características de los trastornos mentales.

Trastorno	Características clínicas	Prevalencia mundial estimada
Trastornos de ansiedad (incluye fobias)	Miedo y ansiedad anormales. En las fobias, están asociados con la exposición a un detonante específico.	28%
Depresión	Profunda falta de energía y motivación, incapacidad de experimentar placer, humor depresivo, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y pensamiento lento.	17%
Dependencia y abuso de sustancias (incluye alcoholismo y tabaquismo)	Abuso o dependencia de sustancias, acompañado de episodios de ansiedad durante periodos de abstinencia.	5-20%
Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad	Niveles de actividad y desatención excesivos. La hiperactividad, añade inquietud física.	8%
Trastorno bipolar	Fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Tiene dos fases: una eufórica y una depresiva.	2%
Trastorno obsesivo compulsivo	Pensamientos recurrentes e intrusivos; comportamientos repetitivos intencionales sobre los que el individuo no tiene control y que él mismo reconoce como excesivos o irrazonables.	1.6%
Esquizofrenia	Tiene diferentes formas. Se caracteriza por alucinaciones, delirios e irregularidades en el pensamiento; además hay apatía, ausencia de motivación y aislamiento social.	1%
Trastornos de la conducta alimentaria	La anorexia se caracteriza por un rechazo a la comida y un miedo obsesivo a engordar; en la bulimia, los pacientes comen compulsivamente para después emplear conductas compensatorias (uso de laxantes, vómito provocado, etc.).	1%

Autismo	Comunicación e interacción social deficiente; presencia de patrones de conducta o actividad repetitivos y estereotipados; puede ser de leve a severamente limitante.	0.8%
----------------	--	------

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos (Medina-Mora et al., 2007). Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza (HERNÁNDEZ-Bringas & Flores-Arenales, 1994). De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2016). Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otro tipo de lesiones auto infligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones.

La tabla 5 muestra la prevalencia y edad de inicio de las patologías psiquiátricas más frecuentes (Medina-Mora et al., 2007).

Tabla 5. Prevalencia y edad de inicio de las patologías psiquiátricas más frecuentes.

Trastorno mental	Prevalencia	Edad de inicio (mediana)
Fobia específica	7.0 %	9
Dependencia al alcohol	3.4 %	29
Depresión	7.2 %	45
Fobia social	2.9 %	15
Trastorno de estrés postraumático	1.5 %	31
Agorafobia	1.0 %	21
Consumo perjudicial de alcohol	7.6 %	28
Trastorno de pánico	1.0 %	31

Trastorno negativista desafiante	2.7 %	11
Trastorno bipolar	1.9 %	23
Trastorno de ansiedad generalizada	0.9 %	47
Consumo perjudicial de drogas	7.8 %	20
Trastorno de ansiedad por separación	4.5 %	17
Dependencia a las drogas	0.5 %	26

En el año 2010, los costos directos e indirectos de la salud mental a nivel mundial alcanzaron los \$2, 493, 000 millones de dólares. Anualmente, el costo por país ronda entre el 2.5 y el 4.5% del PIB correspondiente (Hewlett & Moran, 2014). Estas causas suelen ser debido a:

- Ausentismo laboral. En muchos países desarrollados, del 35 al 45% del ausentismo laboral se debe a los problemas de salud mental.
- Desmotivación y desapego. La depresión puede provocar una mayor propensión a enfermedades físicas y desapego en las responsabilidades familiares y personales.
- Violencia y riesgos. El alcoholismo y drogadicción están presentes en la mayoría de las acciones violentas (homicidios, suicidios y violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general, así como contagio por VIH-sida).

La atención de la salud mental presenta grandes desigualdades a nivel internacional. Por ejemplo, en los países de ingresos bajos y medios, el gasto público en salud mental es de menos de dos dólares per cápita (DAMIAN FARROW, JOSEPH BAKER, 2015), mientras en los países de ingresos altos alcanza, en promedio, \$58.73 dólares per cápita. En México, el presupuesto para salud mental en 2017 fue de \$2,586 millones de pesos, o poco más de \$1.00 dólar per cápita. (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2019)

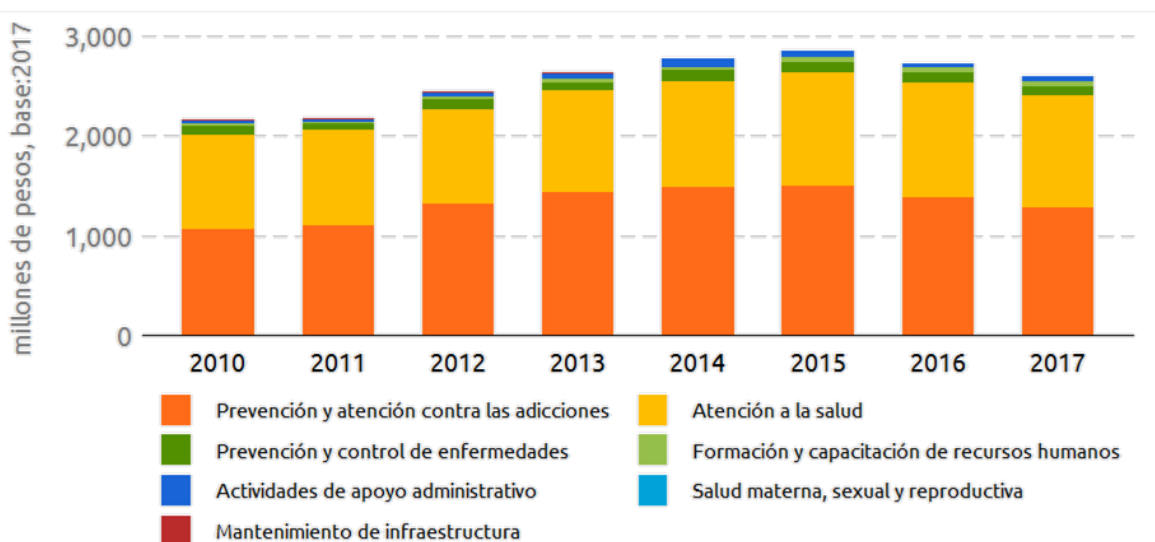
En México, el gasto en salud mental está distribuido en las siguientes instituciones:

- El Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME)
- El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
- La Secretaría de Salud (SS)

Para el periodo 2010 – 2015, el presupuesto aprobado para salud mental presentó un comportamiento creciente. Sin embargo, en 2016 se redujo en 4% y el recorte en 2017 fue de 5% (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2019).

En la figura 3 se observa el total del presupuesto designado a salud mental por la secretaría de salud federal durante el periodo de tiempo de 2010 al 2017, en este último año fue de \$2,586 millones de pesos, equivalentes al 2.2% del presupuesto de la Secretaría de Salud. Así mismo se observa en colores la distribución del total del presupuesto en las diferentes áreas y actividades que conformaban el plan de salud mental durante este mismo periodo de tiempo en millones de pesos cada una.

Figura 3. Gasto en salud mental



Actualmente, sólo el 20% de las personas con un trastorno mental en México recibe tratamiento (Medina Mora & Marín Navarrete, 2015). Uno de los principales problemas es

que la mayoría de los médicos no psiquiatras desconocen los manuales de diagnóstico psiquiátrico, lo que repercute en la elaboración de diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados que pocos pacientes son canalizados a los especialistas en salud mental (Sectorial & Salud, 2018).

Según la OMS, para aumentar la disponibilidad de los servicios de salud mental hay que realizar cinco acciones clave: incluir a la salud mental en los programas de salud pública, mejorar la organización de los servicios de salud mental, integrar la salud mental a la atención primaria, aumentar los recursos humanos para la atención de salud mental y generar política pública de largo plazo en salud mental pública (Damian Farrow, Joseph Baker, 2015).

La Organización Panamericana de la Salud sugiere que los recursos financieros necesarios para aumentar los servicios son relativamente modestos: entre 3 y 4 dólares per cápita en países de ingresos medios como México. Para conseguir estos recursos, recomienda que los gobiernos coordinen esfuerzos con los diferentes grupos de interés, incluyendo benefactores, profesionales de la salud mental, los enfermos mentales y sus familiares (Pan American Health Organization, 2016).

Un dato aún de mayor interés es que de cada cinco personas que padecen un trastorno sólo uno recibe un tratamiento (Medina Mora & Marín Navarrete, 2015), y una persona con un trastorno mental visita cinco médicos antes de ver a un psiquiatra, de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM).

Recientemente, la Organización de las Naciones Unidas, ONU, reconoció la creciente importancia de la salud mental como un asunto de interés público, al incluirla en los Objetivos Globales del Desarrollo Sostenible, ODS. El objetivo 3, busca garantizar una vida saludable para promover el bienestar en todas las edades y destaca el compromiso de trabajar en la prevención y tratamiento de enfermedades no transmisibles, incluyendo los

trastornos conductuales, neurológicos y del desarrollo humano. Se pretende para 2030 reducir en un tercio la mortalidad prematura y fortalecer la prevención y tratamiento del abuso de sustancias adictivas y el consumo nocivo de alcohol (Unidas, 2017).

Con el objetivo de proporcionar una visión regional y más detallada de la situación de la salud mental en los países y territorios de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), se elaboró en el 2001 el “Atlas de salud mental”, desde entonces, se han publicado tres actualizaciones (Pan American Health Organization, 2016). Dicho informe, entre otros datos, proporciona información actualizada sobre la disponibilidad de recursos y servicios de salud mental existentes en todo el mundo. De acuerdo con el Atlas de Salud Mental del 2014, el promedio mundial es de 21.1 trabajadores de salud mental por cada 100 000 habitantes en las zonas geográficas evaluadas (incluye: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales, entre otros). Las diferencias entre las subregiones son notables: se notificó una fuerza laboral mayor en el Caribe no latino con una tasa de 69.2 profesionales, mientras que en América del Sur la tasa fue de 27.7, y en Centroamérica, México y el Caribe latino solamente de 8.7 profesionales por 100,000 habitantes (Pan American Health Organization, 2016). En específico, la tasa media de psiquiatras para la región de las Américas fue de 2 por cada 100,000 habitantes. Respecto a la tasa de psiquiatras en nuestro país, existen por un lado, las cifras reportadas por la OMS, en donde, probablemente se reflejan los datos referentes a los psiquiatras que laboran principalmente en hospitales del sector público (Heinze-Martin, Olmedo-Canchola, Bazán-Miranda, Bernard-Fuentes, & Guízar-Sánchez, 2018); sin embargo, Heinze y Cols. (Heinze, Del Carmen Chapa, & Carmona-Huerta, 2016), ampliaron el conocimiento sobre el total de psiquiatras incluyendo ambos sectores (público y privado); estos estudios permiten generar una visión actual del país y proponer medidas de incremento para la formación de profesionales en psiquiatría, además de la necesidad

constante de actualización del censo de especialistas en conjunto con el incremento poblacional, a fin de saber si se está cumpliendo con los requerimientos establecidos por las organizaciones internacionales, pero principalmente con la demanda actual de la sociedad y las necesidades epidemiológicas.

La formación de médicos psiquiatras es de suma importancia debido al aumento en la incidencia de padecimientos psiquiátricos y los nuevos descubrimientos en neurociencias y su afianzamiento con el resto de las ramas médicas.

En México desde el 2016 se inició una búsqueda por conocer el número de especialistas (Heinze et al., 2016), existen aproximadamente 2.7 médicos psiquiatras por cada cien mil habitantes, siendo el promedio mundial de 4.15/100 000 (OMS, 2005). Existía en ese reporte del 2016 en México una tasa de 3.4 psiquiatras por cada 100,000 habitantes. Se obtuvo en el 2018 un número total de especialistas en psiquiatría de 4429, de los cuales eran 2836 hombres y 1593 mujeres y de esos estaban certificados el 35.2% y el 38.5% respectivamente por género, lo cual correspondía a que únicamente el 35.1% del total de especialistas psiquiatras en México estaba certificado.

3.5 Necesidades Futuras

La formación de personal médico en psiquiatría en las últimas décadas ha tenido algunas dificultades. Se ha observado que la percepción negativa de la psiquiatría en la sociedad puede desalentar a los médicos generales de entrar a los campos de la salud mental (Farooq et al., 2014; Goldace MJ, Fazel S. Smith, 2013).

Las estimaciones confiables del personal de salud que se contratará para satisfacer las necesidades futuras de la población son esenciales para la planificación (Birch et al., 2007). La capacidad de proyectar médicos especialistas es de gran importancia por varias razones: 1) el

número total de médicos especialistas es mayor que el de los médicos generales y familiares en las tres principales instituciones públicas, 2) los médicos especialistas son responsables de un gran proporción de intervenciones en los niveles de atención secundaria y terciaria y 3) el número promedio de consultas de especialistas por día es menor que el de los médicos generales y especialistas en familia que brindan atención de primer nivel.

Cuando se trata de proyecciones, no existe un modelo perfecto apropiado para todas las situaciones. Para muchos países, el principal factor limitante es la falta de disponibilidad de información que puede servir como entrada de proyección confiable. Por lo tanto, se han desarrollado diferentes enfoques para diferentes países. Por ejemplo, Kurowski et al. (Kurowski, Wyss, Abdulla, & Mills, 2007) desarrolló un modelo para pronosticar los recursos humanos en Tanzania basado en tres elementos: cantidad de servicios, tareas y productividad, que considera la posibilidad de proyectar recursos humanos para expandir la cobertura de las intervenciones de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En Etiopía, se adoptó un enfoque diferente para llevar a cabo un pronóstico general del sistema de salud de los recursos humanos. Tomó en consideración la ubicación del servicio de salud, los niveles de personal, el crecimiento de la población y el crecimiento económico (AHWO, 2010). A pesar de sus diferentes enfoques metodológicos, ambas experiencias muestran que los países tuvieron que hacer enormes esfuerzos para aumentar la cantidad de recursos humanos para cumplir con los requisitos.

En México, la disponibilidad de información sobre el sistema de salud ha mejorado en los últimos años al nivel que es factible llevar a cabo diferentes tipos de ejercicios de proyección. Un ejercicio pionero realizado por Myers en 1970 utilizó datos sobre médicos en relación con la población, que eran el único tipo de datos disponibles en ese momento (MYERS, 1971).

De acuerdo a las cifras a nivel mundial, el interés que muestran los médicos para estudiar la especialidad en psiquiatría se ubica entre el 3 al 4.5% (Maj, 2008).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el estudiante de medicina puede existir incertidumbre en cuanto a sus preferencias en la elección futura de alguna especialidad; en caso de elegir una especialidad poco acorde a los principales factores que determinan la elección certera de la misma. Se han considerado la influencia de variables que en un momento determinado pueden influir en la elección de una especialidad en medicina; como tal la universidad de procedencia dadas las bases académicas de las misma, normatividad, códigos de ética, diseños de los planes de enseñanza de cada universidad e incluso si se trata de una institución de enseñanza particular o pública pudiesen afectar las aspiraciones de sus alumnos; en el caso de la presencia de hijos el asumir la paternidad en un momento dado dada la repercusión económica y en el estilo de vida que ello implica puede incidir directamente en la elección de la especialidad en medicina, la solvencia económica y modo de vida influyen fuertemente en los aspirantes a la hora de elegir una especialidad.

5. JUSTIFICACIÓN

El bajo reclutamiento en psiquiatría es un problema mundial, destacado en una serie de publicaciones (Barkil-Oteo, 2012). La psiquiatría como carrera ha sido considerada negativamente e impopular entre los estudiantes de medicina. Alrededor del 3.6% de los graduados británicos deciden una carrera en psiquiatría, mientras que alrededor del 6% son necesarios (Centre for Workforce Intelligence, 2014). Una caída percibida en la proporción de graduados de facultades de medicina del Reino Unido que eligen una carrera de posgrado en psiquiatría, y las bajas tasas de competencia para los puestos de primer año de capacitación de especialistas básicos (CT1) en psiquiatría (Psychiatrists, 2019) (Alison Carr, 2011), ha llevado a muchas preguntas sobre la forma

en que la psiquiatría se enseña en la escuela de medicina y cómo la psiquiatría podría ser una opción profesional atractiva (Brown T, 2011) (Gask L, 2011)(T. Brown & Ryland, 2019).

En una revisión sistemática realizada en el 2017 en Reino Unido (Choudry & Farooq, 2017), se encontró que la satisfacción laboral y el estado de salud familiar fueron elegidos por los estudiantes que tienden a escoger la psiquiatría. Los modelos que seguir y el estímulo de los profesores pueden aumentar el número de estudiantes que desean seguir la psiquiatría como carrera. Los principales factores que parecieron disuadir a los estudiantes de medicina de seguir la psiquiatría como carrera incluyeron: una aparente falta de base científica de la psiquiatría y el no ser aparentemente una especialidad lo suficientemente clínica, la percepción de que la psiquiatría está más preocupada por los problemas sociales, la burocracia, el papeleo, así como el aparente mal pronóstico de los pacientes.

Otras revisiones han analizado un aspecto, como el efecto de la experiencia clínica de la psiquiatría en las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la especialidad (Qureshi, Carney, & Iversen, 2013). Lyons (Lyons, 2013) destacó el impacto de la enseñanza de baja calidad que conduce a actitudes negativas hacia la psiquiatría y destacó la necesidad de abordar los planes de estudio de la psiquiatría e introducir nuevas estrategias de enseñanza. El-Sayeh et al (El-Sayeh Hany, 2006) han resaltado previamente la importancia de la enseñanza y los diversos métodos que podrían utilizarse para tratar de mejorar la experiencia de los estudiantes y, a su vez, ayudar a atraer a los estudiantes hacia la psiquiatría. La encuesta reciente de Korszun et al (Korszun, Dharmaindra, Koravangattu, & Bhui, 2011) destacó que el número de médicos en comparación con los académicos y los aprendices estuvo de acuerdo en que no tenían tiempo para enseñar a los estudiantes de medicina ($p < 0,001$). Tanto los médicos (42%) como los académicos (47%) consideraron que enseñar a los estudiantes de medicina no contribuía a sus perspectivas profesionales futuras en comparación con el 21% de los aprendices ($p < 0.001$). Menos médicos consideraron que la enseñanza es un componente significativo de su evaluación en comparación

con aprendices y académicos. La combinación de malas prácticas de enseñanza debido a la falta de recursos o compromiso y el estigma refuerzan la mala imagen de la psiquiatría.

Cómo hemos visto hasta el momento el reclutamiento en psiquiatría es un proceso complejo, que depende de las actitudes de los estudiantes de medicina, la imagen de la psiquiatría, la disponibilidad de puestos y otros factores (Brockington & Mumford, 2002). Una razón para la disminución del reclutamiento en psiquiatría, que surge una y otra vez (Holm-Petersen, Vinge, Hansen, & Gyrd-Hansen, 2007; T. W. Lambert, Turner, Fazel, & Goldacre, 2006; Zarrinpar, 2002), es la percepción negativa de los estudiantes de medicina y los que abandonan tempranamente el campo de la psiquiatría, en relación con la falta de desafío intelectual, dudas sobre la efectividad de tratamientos psiquiátricos, malas opiniones de sus colegas y profesores sobre psiquiatría, y bajo prestigio de psiquiatría dentro de la medicina, mientras que el miedo a la violencia también podría ser un problema (G. et al., 2009).

Muchos argumentarían que nuestra disciplina ha ganado estatus por un tremendo aumento del conocimiento adquirido en las últimas décadas. Sin embargo, hay indicios de que la base de conocimiento diagnóstico y terapéutico de la psiquiatría se encuentra en una crisis de credibilidad y que la coherencia de nuestra disciplina se ve amenazada por la existencia de subgrupos ideológicos de facto. Además, nuestros pacientes y sus cuidadores nos critican cada vez más (ya que Internet ofrece nuevas posibilidades para ese fin); otras profesiones o incluso algunas otras pseudo-profesiones como entrenadores o “coachings” tienen un rol dentro del manejo de la salud mental con fronteras poco definidas con nuestra especialidad que pretenden tomar un rol dentro de nuestro campo de manera masiva; y nuestra imagen en la sociedad y en la medicina es menos positiva de lo que muchos de nosotros podríamos pensar. Por lo tanto, para un observador externo, muchos de los criterios que definen el elegir una profesión como la nuestra, están en peligro.

Dentro de la psiquiatría, en parte como una reacción a los desafíos discutidos

anteriormente, se puede observar un proceso de desintegración, con subgrupos sustanciales de nuestra profesión que se concentran en segmentos y tratamientos específicos, intelectualmente y financieramente más gratificantes, que a menudo también implican un estigma más bajo, mayor estatus, mejores posibilidades de carrera en la academia y un estilo de vida más controlable, lo que deja a otros tareas menos gratificantes, como el cuidado de pacientes suicidas y violentos o aquellos con trastornos mentales persistentes o dependencia de drogas y alcohol. Un proceso general relacionado que promueve las tendencias centrífugas en psiquiatría es la desaparición del médico general a al médico especialista, que generalmente tiene más prestigio y recompensas financieras.

En mayo de este año, se publicó otro estudio en el Reino Unido que toca nuevamente este tema “¿Puede el diseño curricular influir en las actitudes de los estudiantes de medicina hacia la psiquiatría? Una comparación de dos enfoques diferentes” (de Cates, de Cates, Singh, & Marwaha, 2019) en donde se realizó una encuesta transversal naturalista de métodos mixtos única de dos cohortes secuenciales en una escuela de medicina del Reino Unido, antes y después de la reestructuración de todo el plan de estudios. Se concluyó en dicho estudio que factores curriculares pueden afectar la percepción que tiene un estudiante de medicina de la psiquiatría como disciplina y carrera. Además, sugieren que la integración a lo largo del curso y junto con otras especialidades puede normalizar los enfoques de la salud mental, y esto puede ayudar (junto con otras medidas) a mejorar las actitudes generales sobre la psiquiatría al mismo tiempo que mejora el conocimiento y las habilidades. Esto es importante no solo para el reclutamiento de psiquiatría, sino también para fomentar una buena comprensión de la salud mental para todos los futuros médicos, independientemente de su destino profesional final.

Todo lo anterior nos hace llegar a la necesidad de conocer cuáles son los motivos de los residentes de psiquiatría para elegir dicha especialidad como su futuro profesional en México por primera ocasión en esta especialidad, para que poder así aproximarnos más a la naturaleza de este

fenómeno y poder describirlo en primera instancia para posteriormente hacer otros estudios con base en los hallazgos y así crear estrategias para aumentar el número de psiquiatras en nuestro país que den servicio a la necesidad en salud mental.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores relacionados con la elección de la especialidad de psiquiatría vs las especialidades troncales (gineco-obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna) en médicos residentes en México?

7. OBJETIVO

7.1 Objetivo General

Describir cuales son los factores relacionados con la elección de la especialidad en psiquiatría en México en residentes de psiquiatría comparado con las especialidades troncales (gineco-obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna).

7.2 Objetivos Específicos

1. Describir las variantes sociodemográficas que puedan explicar sus motivos de elección.
2. Identificar si existe algún patrón u asociación entre los factores propuestos que intervienen en la elección de especialidad entre los residentes de psiquiatría encuestados para la toma de dicha decisión en México.

8. HIPÓTESIS

8.1 Hipótesis general

La elección de las residencias médicas en estudio dependerá principalmente de los siguientes factores: prestigio que brinda la especialidad, expectativa de ingresos económicos altos, modelos

a seguir, experiencia en sedes clínicas y relación razonable entre salario y estilo de vida.

9. MATERIAL Y MÉTODOS

9.1 Tipo de Estudio

Se trató de un estudio transversal, analítico, observacional y comparativo

9.2 Universo de estudio y tamaño de la muestra

Tamaño de la muestra

A partir de la siguiente formula se calculó una muestra de 98 sujetos, considerando un intervalo de confianza de 95%, un poder estadístico del 80%, y un nivel de significancia donde la $p \leq 0.05$.

$$n = \frac{Z^2 pq}{d^2}$$

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (0.00036).

Z = valor de Z crítico (1.96)²

d = nivel de precisión absoluta (0.05)²

N (tamaño de la muestra) = 98

Población

Médicos residentes que cursen el primer año de psiquiatría, medicina interna, cirugía general y pediatría que hayan aprobado el examen nacional de residencias médicas 2019.

9.3 Criterios de Selección

Los criterios de inclusión fueron:

1. Médicos residentes aceptados a la especialidad en psiquiatría, medicina interna, pediatría, ginecología y cirugía general en el examen nacional de residencias médicas 2019.
2. De nacionalidad mexicana, hispanohablantes.
3. Que aceptaran participar en el estudio.

4. Que se encontraran inscritos en el Plan Único de Especializaciones Médicas.

Criterios de exclusión

1. Estudiantes que no contestaron como mínimo el 80% de la escala.

Criterios de eliminación

1. Estudiantes que no aceptaron participar en el estudio.

9.4 Variables

Nombre de la variable	Definición Conceptual	Tipo de variable	Escala de medición
Rasgos de personalidad	Patrón perdurable de experiencias internas y de comportamiento que caracterizan a un individuo determinado.	Categoría	Nominal
Nivel de prestigio de psiquiatría	El valor que los residentes le otorguen de manera individual al elegir psiquiatría en relación con la visión que tendrá la sociedad hacia ellos.	Categoría	Nominal
Expectativa de ingresos	El promedio de la cantidad de ingreso mensual en pesos que el participante estima obtendrá por ejercer su especialidad al terminar la misma	Cuantitativa	De intervalo
Experiencia previa en psiquiatría	El tiempo de duración de la rotación en la materia clínica de psiquiatría durante su formación de posgrado.	Cuantitativa	De intervalo
Estilo de vida del psiquiatra	El estilo de vida estimado por los encuestados será el que predomine en ellos al terminar la residencia en psiquiatría (Del lat. <i>Sexus</i>)	Categoría	Nominal
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra dentro de una misma especie.	Categoría	Nominal Dicotómica

Edad	(Del lat. <i>Aetas, -atis, vida, tiempo que se vive.</i>) Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Cuantitativa	De intervalo
Universidad de procedencia	Institución de formación académica a nivel licenciatura.	Cuantitativa	Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cuantitativa	Nominal
Presencia de hijos	Contar con la tutoría legal aunado al vínculo social, parental y/o sanguíneo.	Cuantitativa	Nominal

9.5 Instrumentos de medición

9.5.1 Cuestionario de elección de especialidad. (Gutiérrez-Cirlos et al., 2017)

Este cuestionario que se realizó en 2017 por el Dr. Gutiérrez-Cirlos y sus colaboradores, está dividido en cinco secciones con un número total de 157 preguntas. Estas secciones son: Sección I, la cual contiene 21 preguntas y mide los factores para elegir una especialidad; Sección II, la cual contiene 21 preguntas y mide los factores para descartar una especialidad; Sección III, la cual contiene 40 preguntas en pares de adjetivos y es un cuestionario ipsativo de la personalidad; Sección IV, la cual contiene 60 preguntas y es un cuestionario normativo de la personalidad; y la Sección V, la cual contiene 15 preguntas y mide los factores demográficos.

10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información obtenida se analizó mediante el programa IBM-SPSS Statistics 21.0 para IOS. La descripción de las características demográficas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medias y desviaciones estándar (D.E.) para las variables continuas. Como pruebas de hipótesis para la comparación de las dimensiones categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrada (χ^2) y para las variables derivadas de las otras secciones del instrumento se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de una vía para detectar diferencias significativas ($p < 0.05$) entre las cinco especialidades. Para el análisis post hoc se utilizó la prueba de Tukey. La prueba de Wald se utilizó para evaluar si existen diferencias en la participación en el estudio entre las cinco especialidades.

Debido a que los factores de confusión introducen, por definición, un sesgo en las medidas de asociación es evidente que se debe intentar prevenir y controlar dicho efecto antes de presentar los resultados definitivos de la investigación. Los factores de confusión pueden prevenirse en la fase de diseño o bien eliminarse en la fase de análisis, en este caso cada sujeto del grupo (especialidad médica, ejemplo psiquiatría) se emparejó con uno o más sujetos de los otros grupos (ginecología, medicina interna, cirugía y pediatría) que se encontraban en la misma categoría del factor de confusión por las variables sociodemográficas.

11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A todos los médicos residentes se le solicitó consentimiento informado previo a su participación. El no participar en el proyecto no trajo ninguna consecuencia en su formación profesional. Se guardó la absoluta confidencialidad de los que accedieron a participar.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. Investigación con riesgo mínimo. Los datos generados en la investigación fueron utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983).

Para asegurar la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos de cada individuo que participó en el presente estudio, se utilizaron códigos especiales de identificación. Es decir, en lugar de utilizar el nombre y apellidos reales, o incluso el número de cuenta de la institución, se asignó un código primario incremental, único e irrepetible para su identificación. Por otro lado, el número de personas con acceso a dicha información fue limitado y se manejó un esquema de copias controladas, es decir, sólo tuvieron acceso el titular del proyecto y los colaboradores registrados ante el comité.

Los resultados obtenidos no afectaron al sustentante en ningún momento de la evaluación de su desempeño. Los participantes tuvieron la opción de retirarse de la investigación en el momento en que así lo expresen.

El proyecto no inició hasta no contar con la aprobación de las Comisiones de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría.

11.1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROYECTO

“Factores relacionados con la elección de la especialidad de psiquiatría vs especialidades troncales (gineco-obstetricia, cirugía general, pediatría y medicina interna) en médicos residentes mexicanos”.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz, este estudio requiere de su consentimiento voluntario. Lea cuidadosamente la siguiente información y no dude en preguntar todo aquello que no entienda claramente.

Objetivo del estudio

El objetivo es realizar un estudio exploratorio sobre los factores de influencia en la elección de especialidad en una muestra de médicos residentes de especialidades troncales y la especialidad de psiquiatría del Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Procedimiento

En caso de aceptar participar en el proyecto dando autorización en este consentimiento informado, se le presentará posteriormente el cuestionario de factores de elección de especialidad, haciendo énfasis en que podrán terminar su participación en cualquier momento en el que lo decida pese a haber aceptado el formato de consentimiento informado, la información obtenida se guardará de

forma automática en una base de datos con el número de expediente previamente asignado, por lo que sus datos personales no aparecerán en ningún reporte de la investigación. No existirá ninguna otra interacción con los participantes al menos que decidan ponerse en contacto con los investigadores mediante las formas y horarios mencionados en el apartado correspondiente.

Para asegurar la confidencialidad y privacidad de los datos, se utilizarán códigos especiales de identificación. Es decir, en lugar de utilizar el nombre y apellidos o incluso el número de cuenta de la institución, se asignará un código primario incremental, único e irrepetible para su identificación. Por otro lado, el número de personas con acceso a dicha información será limitado y se manejará un esquema de copias controladas, es decir, sólo tendrán acceso el titular del proyecto y los colaboradores registrados ante el comité.

Se asignará un código a los expedientes de cada participante, por lo que su nombre y datos personales no aparecerán en ninguno de los reportes o artículos científicos que se elaboren con la información obtenida.

Beneficios

Aunque no recibirá un beneficio directo, su participación contribuye a las futuras generaciones, ya que, al conocer los factores antes comentados podemos visualizar áreas de oportunidad en la elección de una especialidad médica.

La elección de una especialidad está determinada por diversos factores, los cuales han sido estudiados con mayor interés debido a que, con menos frecuencia, los médicos graduados eligen especialidades de atención primaria (pediatría, medicina familiar o medicina interna), lo que tiene impacto en los sistemas de salud y en la atención de los enfermos.

Este estudio busca aportar información sobre diversos factores que explican por qué un médico residente elige la especialidad en psiquiatría.

Este estudio es completamente sin costo para los participantes y no tiene fines de lucro.

Riesgos

Algunas preguntas podrían hacerle sentir incómodo, por lo que se enfatiza que la participación es voluntaria, confidencial y que puede dejar de contestar el cuestionario en línea en cualquier momento pese a haber dado previamente su consentimiento.

En caso de presentar demasiada incomodidad o malestar emocional relacionado con responder el cuestionario, podrán ponerse en contacto con los investigadores quienes evaluarán la situación.

En caso de no aceptar participar en este proyecto no tendrá ningún tipo de repercusión en el ámbito laboral o académico en cualquiera que sea la sede en la que se encuentre desarrollando su formación de posgrado o en la institución académica (UNAM) en la cual se encuentra inscrito.

Aplicación del cuestionario de factores relacionados a elegir una especialidad (Gutiérrez-Cirlos)

Si usted acepta participar en este estudio, se le dará acceso para contestar un cuestionario de 157 preguntas, que estiman un promedio de tiempo de 15 minutos para la respuesta. Su participación es totalmente confidencial y sus respuestas serán almacenadas automáticamente por el formato usado de Google Forms.

Este cuestionario consta de 157 preguntas y está dividido en cinco secciones: I (21 preguntas) y mide los factores para elegir una especialidad; II, (21 preguntas) y mide los factores para descartar una especialidad; III, (40 preguntas) cuestionario ipsativo de la personalidad; IV, (60 preguntas) cuestionario normativo de la personalidad; y V, (15 preguntas) y mide los factores demográficos.

Disposiciones Generales y Contacto

Si usted tiene necesidad de información complementaria no dude en comunicarse con la responsable del proyecto, Dr. Cristobal Gabriel Vargas Barroso, durante horas regulares de trabajo de lunes a

viernes de las 08:00hrs a las 17:00hrs con excepción de una hora que comprende de las 14:00 a las 15:00hrs que corresponde al horario de comida, en el teléfono 5543408530 o al correo cristobal.vargas.ulsa@gmail.com. O con los colaboradores: Dr. Ricardo Ríos al teléfono 5541605120 o al correo dr_riosflores@imp.edu.mx; Dra. Diana Patricia Guízar Sánchez al teléfono 5623700 ext. 81062 o al correo guizar.diana@gmail.com.

12. RESULTADOS

En la **tabla 1** se resumen las características demográficas de los 288 participantes. El promedio de edad fue de 28 años con diferencia significativa para el grupo de ginecoobstetricia, que en promedio tuvo 30 años. Si bien como grupo total, un poco más de la mitad de los residentes perteneció al sexo femenino (56%), hubo diferencias importantes que marcar por especialidad encuestada:

- Para cirugía, el 69% perteneció al sexo masculino.
- Para ginecoobstetricia, el 61% fueron mujeres y para pediatría el 70%.
- Para medicina interna y psiquiatría la proporción fue parecida: 54% mujeres y 46% hombres, en el caso de la primera y 56% mujeres y 44% hombres en el caso de la segunda.

El estado civil de los médicos encuestados fue soltero el 90% de los casos, con proporciones muy parecidas entre las especialidades. Lo anterior estuvo en concordancia con no tener hijos: el 94% respondió que no. Finalmente, para la pregunta de la presencia de familiares médicos, los cirujanos, internistas y pediatras no tenían en un 70% de los casos, pero para ginecoobstetricia y psiquiatría, casi la mitad sí tenía familiares médicos.

Tabla 1. Distribución (frecuencias absolutas y porcentajes) de las características demográficas de los 288 médicos residentes encuestados.

	QX	GO	MI	PED	PSIQ	Total	p
Población encuestada	36 (12.5%)	28 (9.7%)	61 (21.2%)	63 (21.9%)	100(34.4%)	288	
Edad en años (promedio)	28.1	30.4	28	27.7	28	28.3	<0.001
Sexo							0.002
Femenino	11 (31%)	17 (61%)	33 (54%)	44 (70%)	56 (56%)	161 (56%)	
Masculino	25 (69%)	11 (39%)	28 (46%)	19 (30%)	44 (44%)	127 (44%)	
Estado civil							0.38
Soltero	31 (86%)	24 (86%)	55 (90%)	55 (87%)	94 (94%)	259 (90%)	
No soltero	5 (14%)	4 (14%)	6 (10%)	8 (13%)	6 (6%)	29 (10%)	

Tiene hijos							0.79
No	34 (94%)	25 (89%)	58 (95%)	59 (94%)	95 (95%)	271 (94%)	
Sí	2 (6%)	3 (11%)	3 (5%)	4 (6%)	5 (5%)	17 (6%)	
Tiene familiares médicos							0.11
No	26 (72%)	13 (46%)	42 (69%)	44 (70%)	52 (52%)	177 (61%)	
Sí	10 (28%)	15 (54%)	19 (31%)	19 (30%)	48 (48%)	111 (39%)	

QX= cirugía, GO= ginecoobstetricia, MI= medicina interna, PED= pediatría, PSIQ= psiquiatría. Valores obtenidos con la prueba de ANOVA para la variable edad y Chi-cuadrada con 10,000 simulaciones para el resto de las variables.

En la **Tabla 2** se presentan las características académicas de los 288 encuestados. Más de la mitad (56%) realizó su servicio social en una comunidad rural, sin diferencias entre las cuatro especialidades. Para cirugía, ginecoobstetricia, pediatría y psiquiatría, el promedio al finalizar la carrera fue menor a 9 hasta en el 81% de los casos, mientras que en medicina interna el promedio entre 9 y 10 se presentó en el 51%. Dos de cada tres tomaron un curso de preparación para el ENARM, excepto en psiquiatría que hasta el 82% tomaron un curso y también dos de cada tres lo presentaron por primera vez, si bien para ginecoobstetricia el 46% era la segunda vez que presentaba el ENARM mientras que para pediatría el 76% era la primera vez que lo presentaba. Este último apartado mostró diferencias estadísticamente significativas, con un valor de p de 0.03.

La decisión de realizar una especialidad se llevó a cabo durante el final de la carrera: uno de cada tres durante el internado casi por igual que durante el servicio social. Siete de cada diez residentes (en el caso de cirugía, ginecoobstetricia y pediatría) vs cinco de cada diez. (psiquiatría y medicina interna) planean terminar la especialidad troncal completa con una subespecialidad.

Tabla 2. Distribución (frecuencias absolutas y porcentajes) de las características académicas de los 288 médicos residentes encuestados.

Población encuestada	Especialidad					Total	p
	QX	GO	MI	PED	PSIQ		
	36 (12.5%)	28 (9.7%)	61 (21.2%)	63 (21.9%)	100 (34.4%)	288	

Servicio social							0.56
Comunidad	17 (47%)	16 (57%)	33 (54%)	39 (62%)	56 (56%)	161 (56%)	
Docencia/Investigación/otro	19 (53%)	12 (43%)	28 (46%)	24 (38%)	44 (44%)	127 (44%)	
Promedio al finalizar la carrera							0.31
Menor a 9	23 (64%)	20 (71%)	30 (49%)	42 (67%)	81 (81%)	196 (68%)	
9 a 10	13 (36%)	8 (29%)	31 (51%)	21 (33%)	19 (19%)	92 (32%)	
Curso ENARM							0.78
Sí	24 (67%)	20 (71%)	37 (61%)	42 (67%)	82 (82%)	205 (71%)	
No	12 (33%)	8 (29%)	24 (38%)	21 (33%)	18 (18%)	93 (39%)	
Veces que presentó ENARM							0.03
1	22 (62%)	12 (43%)	38 (62%)	48 (76%)	74 (74%)	194 (67%)	
2	7 (19%)	13 (46%)	21 (35%)	12 (19%)	22 (22%)	75 (26%)	
>2	7 (19%)	3 (11%)	2 (3%)	3 (5%)	4 (4%)	19 (7%)	
Elección de la especialidad							0.65
Antes de la carrera	2 (5%)	3 (11%)	4 (6%)	4 (6%)	13 (13%)	26 (9%)	
En la carrera, antes del internado	11 (31%)	9 (32%)	20 (33%)	15 (24%)	33 (33%)	88 (31%)	
Durante el internado	9 (25%)	10 (36%)	17 (28%)	16 (25%)	21 (21%)	73 (25%)	
Durante el servicio social	6 (17%)	4 (14%)	11 (18%)	20 (32%)	20 (20%)	61 (21%)	
Después del servicio social	8 (22%)	2(7%)	9 (15%)	8 (13%)	13 (13%)	40 (14%)	
Término de formación							<0.001
Troncal completa	3 (8%)	8 (29%)	17 (28%)	8 (13%)	45 (45%)	81 (28%)	
Sub sin troncal	7 (20%)	0 (0%)	15 (25%)	4 (6%)	8 (8%)	34 (12%)	
Sub con troncal	26 (72%)	20 (71%)	29 (47%)	51 (81%)	47 (47%)	173 (60%)	

Una de las secciones más importantes del estudio fue la relacionada con los factores que fueron

determinantes para elegir una especialidad.

Una de las variables de relevancia fue describir cual era la especialidad por la que menos se mostraba interés al elegir una u otra especialidad. La **Figura 1** muestra esta respuesta en los residentes de psiquiatría, siendo la primera opción que menos interés generaba en los psiquiatras al elegir su especialidad fue cirugía general en un 37% de ellos y, en segundo lugar, pediatría en un 25% muy cercano en la tercera opción ginecoobstetricia en un 23% y solo el 15% descartó medicina interna.

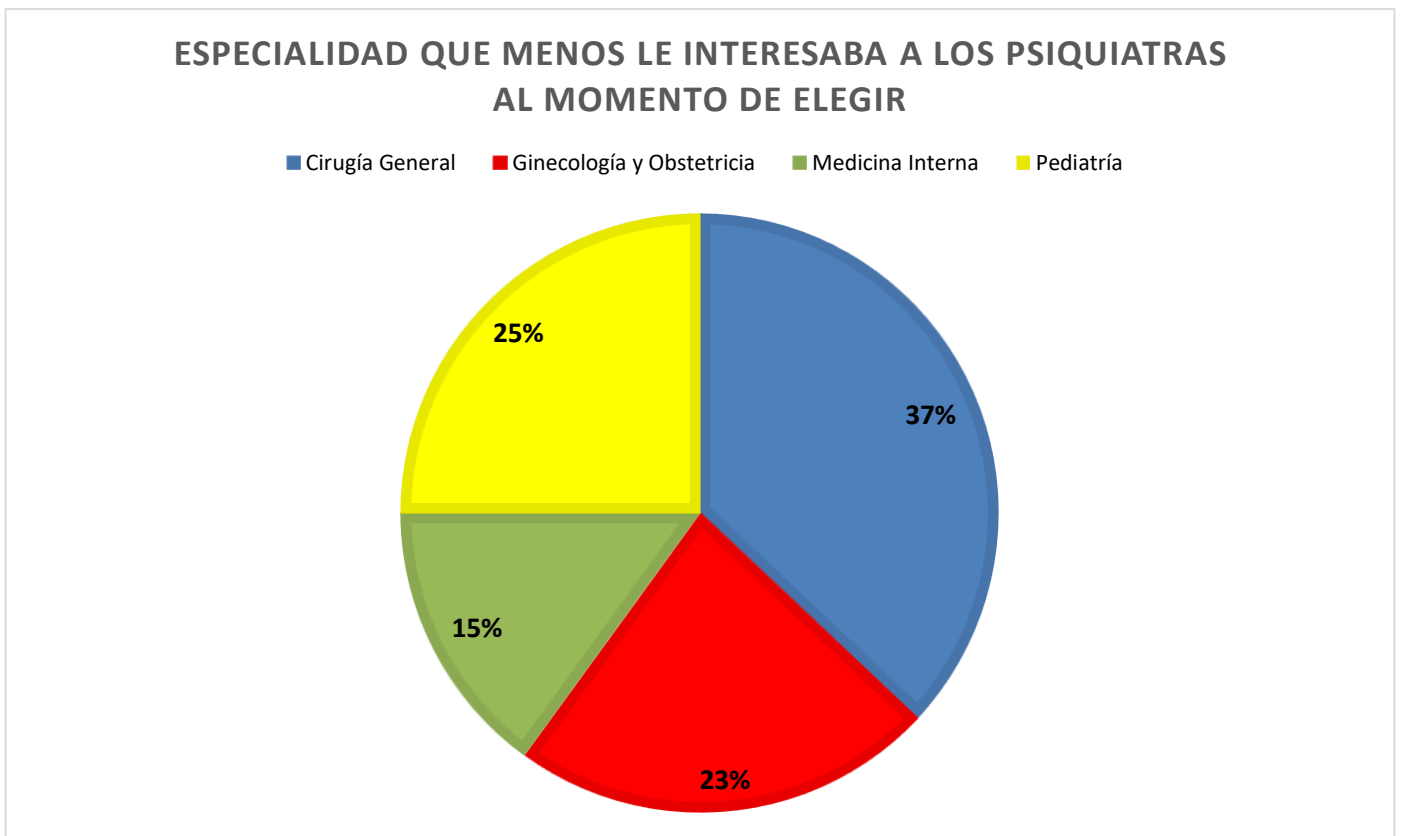


Figura 1. Especialidades con menor interés entre el grupo de psiquiatras.

En la **figura 2** se observa que en relación con la decisión de elegir la especialidad que más le interesaba al encuestado en el momento de la elección, los resultados fueron significativos para el interés por el tipo de paciente en la elección de psiquiatría y pediatría, además de un buen programa académico en el caso de medicina interna.

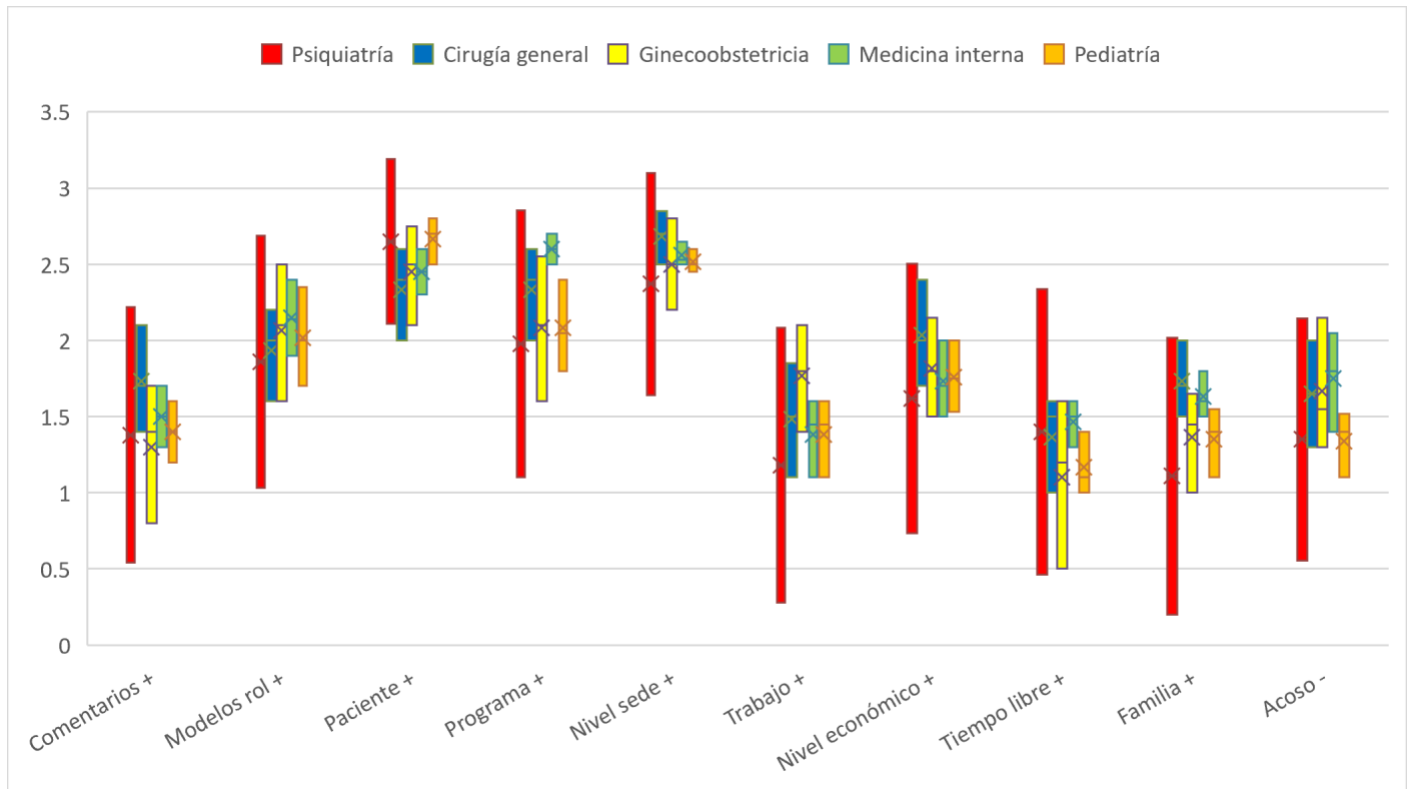


Figura 2. Respuestas para los factores relacionados con la elección de las cinco especialidades estudiadas (la que resultaba más interesante al momento de elegir). Se muestran las medias (puntos) para las cinco especialidades. El análisis post hoc mostró diferencia estadísticamente significativa ($*p < 0.05$) entre cirugía general y psiquiatría/pediatría para el tipo de paciente, y entre medicina interna y pediatría para un programa académico interesante. Entre cirugía general y psiquiatría respecto a un buen futuro económico a corto plazo y finalmente entre ginecoobstetricia y psiquiatría respecto a la posibilidad de obtener trabajo en la sede.

En cuanto a la decisión de descartar una especialidad, es decir, la que menos interesante resultaba para el encuestado al momento de la decisión, los resultados fueron significativos para los modelos de rol negativos y la constancia de conductas abusivas para no elegir cirugía, un hospital poco renombrado para descartar cirugía general o tener poco tiempo libre para descartar pediatría. En estos dos últimos factores no se encontraron diferencias significativas, si bien parece existir una tendencia. Los resultados anteriores se resumen en las **Figuras 2 y 3** en las que además se muestra el análisis post hoc (prueba de Tukey) para identificar diferencias significativas entre especialidades.

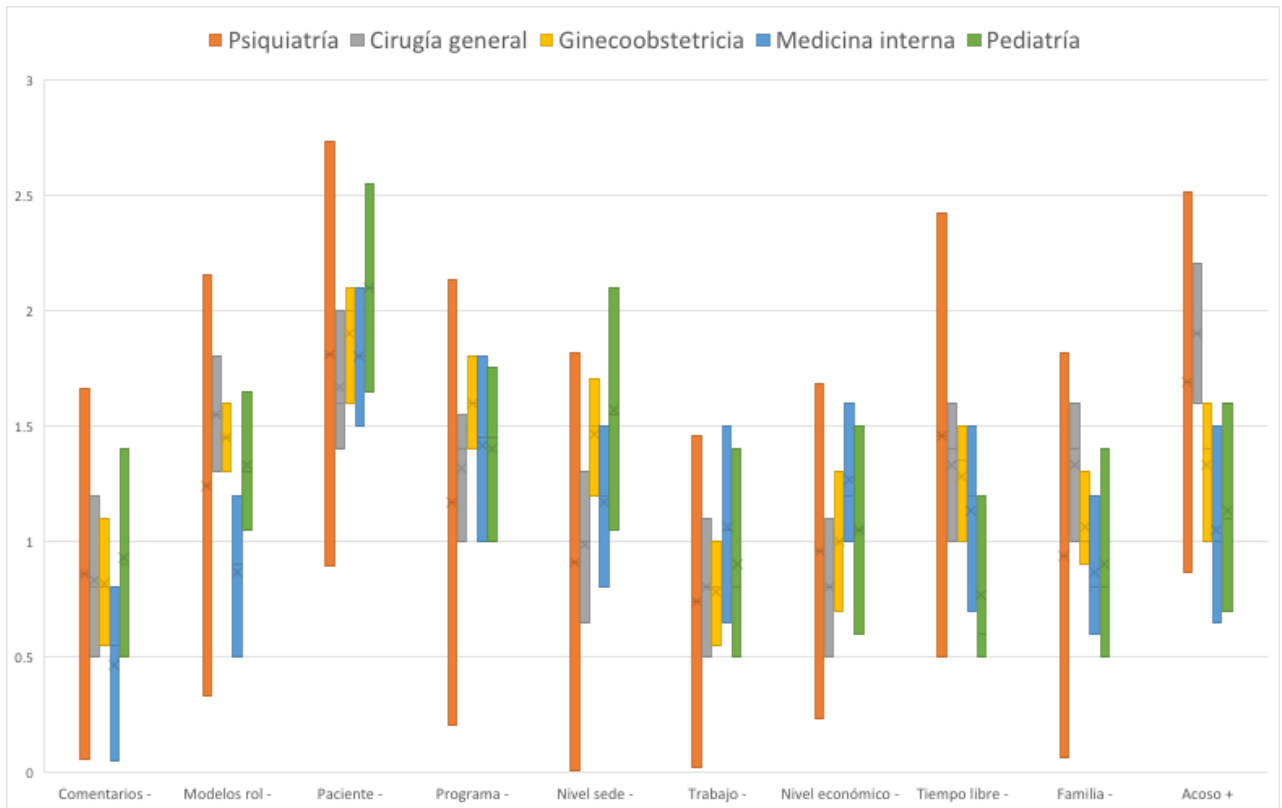


Figura 3. Respuestas para los factores relacionados con descartar una de las cinco especialidades estudiadas (la que resultaba menos interesante al momento de elegir). Se muestran las medias (puntos) para las cinco especialidades. El análisis post hoc mostró diferencia estadísticamente significativa ($*p < 0.05$) entre cirugía general y medicina interna para los modelos de rol negativos, y entre cirugía general y psiquiatría respecto a las otras tres (medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia) para la presencia de acoso.

Hubo diferencias significativas entre las cinco especialidades ($p < 0.02$) para la extraversión y para la responsabilidad. El análisis post hoc con la prueba de Tukey mostró que las diferencias se dan entre psiquiatría (media de 2.8), cirugía general (media de 2.71) y medicina interna (media de 2.4) para la extroversión, mientras que para la responsabilidad las diferencias se dan entre cirugía general (media de 3.1) y la psiquiatría (media de 2.5). No hubo diferencias significativas para la amabilidad, estabilidad emocional y apertura entre las especialidades evaluadas (**Figura 4**). Con relación al cuestionario ipsativo, el bajo número de participantes no permitió tener resultados lo suficientemente estables para su análisis.

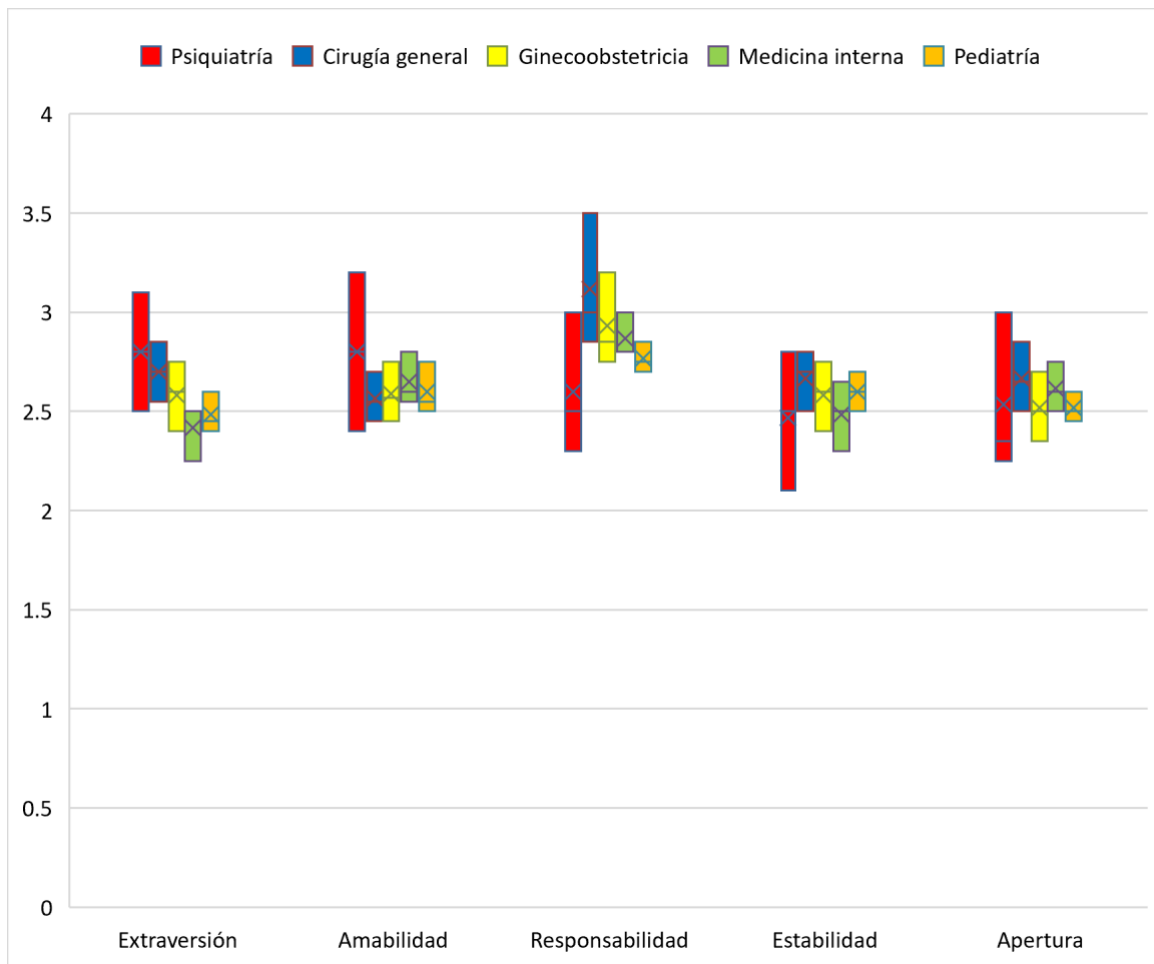


Figura 4. Respuestas del cuestionario normativo de personalidad. Se muestran las medias (puntos) e intervalos de confianza del 95% (líneas) por rasgos de personalidad para las cinco especialidades. El análisis post-hoc mostró diferencia estadísticamente significativa (* $p < 0.05$) entre psiquiatría, cirugía general y medicina interna para el rasgo de extraversión y entre cirugía general y psiquiatría para el rasgo de responsabilidad.

13. DISCUSIÓN

Después de obtener los resultados, vemos que en nuestro país la mayor parte de los aceptados mediante el ENARM a las especialidades troncales vs los que ingresan a psiquiatría, tienen algunas diferencias que vale la pena mencionar y discutir, haciendo énfasis que los estudios que buscan responder a las razones por las que los médicos eligen psiquiatría, son pocos y no son homogéneos porque varían tanto en la manera de aproximarse a ese proceso de selección desde la etapa de formación en la que encuestan a los participantes, los métodos por los cuales abordan esa decisión aunque en la mayoría incluyen cuestionarios y por último en las variables que se incluyen para explicar las causas de la elección que son muy variables, por mencionar a algunos: factores previos a estudiar medicina, factores escolares durante la escuela de medicina, aspectos profesionales, actitudes hacia la psiquiatría y el estigma de la salud mental así como características de la personalidad (Seow LSE, 2018). Además, algunos de estos estudios, son primeras aproximaciones en países emergentes como Irán o Etiopía, siendo principalmente en el continente europeo la zona donde más se desarrolla literatura en este tema.

13.1 Datos demográficos

Primeramente, con respecto a los datos demográficos vemos que los residentes de psiquiatría mantienen una edad promedio de 28 años, la cual es similar para las especialidades que se estudiaron a excepción de ginecología y obstetricia cuya edad promedio es mayor. Estos datos son cercanos a los publicados por otros estudios en donde los participantes, tienen en promedio 30 años (Sadr, 2016) o la mayor parte tienen entre los 30-40 años (Appleton, 2017), a excepción de los estudios en donde la población de interés fueron estudiantes de medicina en donde la edad en promedio fue de 23 años (Kerebih H, 2019), (Seow LSE, 2018). Esto pudiese estar relacionado con el hecho que la carrera de medicina necesita de un tiempo prolongado de formación de posgrado para poder entonces al finalizar acceder a un proceso de selección de una especialidad médica, así como la elección de psiquiatría suele ser posterior a la exposición a el área clínica de psiquiatría, siendo uno

de los factores más asociados a la elección de la especialidad

Así mismo pudimos obtener que los residentes de medicina interna son los que más se acercan en cuanto a la proporción de mujeres y hombres, para la primera especialidad siendo de 54% y 46% y en la segunda de 56% y 44%, respectivamente, lo que si bien no fue un dato estadísticamente significativo, se logra ver una tendencia en otras especialidades como cirugía hacia los hombre y hacia las mujeres en ginecología y pediatría, por lo que valdría la pena estudiar otras variables asociadas que ayuden a entender esta proporción así como darle un seguimiento a las futuras generaciones para observar si esto cambia debido al aumento del número de mujeres que terminan la licenciatura en medicina y que logran aprobar el ENARM.

Comparando estos datos específicamente en el apartado de psiquiatría, nuestro estudio arrojó un porcentaje de distribución por sexo de 56% mujeres y 44% hombres, lo cual coincide con la mayor parte de estudios en donde hay una mayoría de mujeres dentro de la psiquiatría en diferentes regiones (Denman, 2016), (Appleton, 2017), (Seow LSE, 2018), (Doris, 2020); sin embargo nuevamente en los estudios tanto de Irán como de Etiopía llama la atención que la distribución es del 80% en promedio para mujeres y 20% para hombres (Sadr, 2016), (Kerebih H, 2019). Lo anterior es algo que tendría que estudiarse con la intención de buscar las variables mediadoras para explicar dicho fenómeno tomando en cuenta la cantidad de mujeres que actualmente culminan los estudios en medicina.

En cuanto a los datos de estado civil y la presencia o ausencia de hijos, vemos que de forma homogénea tanto en las especialidades troncales como en psiquiatría es por mucho lo más frecuente que sean solteros y sin hijos. Este dato sociodemográfico del estado civil es algo que no es común de interrogar, sin embargo, en un estudio iraní, el resultado es contrastante ya que el porcentaje de casados es de 84% (Sadr, 2016), lo cual llama la atención ya que pudiesen estar relacionados con características culturales como el modelo de familia, así como cambios generacionales.

La presencia de familiares médicos fue mayor tanto para ginecología como para psiquiatría, no así para el resto de las especialidades, lo cual es interesante para estudiar posteriormente ya que no es un factor estudiado de manera particular en la selección de la especialidad psiquiatría, sería importante analizar si los familiares están en la misma especialidad seleccionada o en otra diferente, ya que lo anterior podría explicar si es otro factor dentro de estas especialidades en las que si hay una tendencia a contar con familiares médicos.

13.2 Datos académicos

En el apartado de datos académicos se mantiene una proporción homogénea entre las especialidades, siendo la mayoría de los sujetos estudiados quienes realizaron su servicio social en una comunidad rural lo que nos hace pensar que lo anterior no fue una variable que influyera en la elección de alguna de las opciones de especialización estudiadas. Llama la atención, sin ser un dato significativamente estadístico que los residentes de medicina interna fueron los únicos que tuvieron la mayoría un promedio en la licenciatura mayor a 9. No es un dato que se haya estudiado en el campo en particular de la psiquiatría, en nuestros resultados es de destacar que la mayor parte (81%) obtuvo una calificación menor a 9, de hecho, fue la especialidad cuyo porcentaje de ese grupo de calificaciones, obtuvo el mayor porcentaje.

En donde si se obtuvo una diferencia significativa ($p < 0.03$) fue que casi la mitad de los residentes de ginecoobstetricia aprobaron el ENARM en un segundo intento vs pediatría que tres de cada 4 lo lograron en la primera ocasión. También llamó la atención en particular en psiquiatría que poco más del 80% de los residentes tomaron un curso de preparación para el ENARM siendo que dos terceras partes lo realizaban por primera vez, siendo un dato que podría ser valioso estudiar, ya que describir las motivaciones para tomar un curso de preparación del ENARM, pudiese darnos algunas pistas de la percepción de dicha necesidad, así como saber si esto está relacionado con el número de veces que se ha realizado el ENARM.

Particularmente en la especialidad de psiquiatría, un estudio iraní encontró que los que eligieron

psiquiatría, tenían un rango que iba desde uno hasta cinco intentos de acreditar lo necesario para acceder al proceso de especialización, de los cuales el 46% era la primera ocasión que lo realizaba (Sadr, 2016), lo que es similar a nuestros resultados.

Para las especialidades estudiadas, la mayor parte de los sujetos, dos tercios de ellos tomaron la decisión de su especialidad en las últimas etapas de la licenciatura, una tercera parte durante el internado y otra tercera parte en el servicio social, en nuestros resultados fue más bien en las etapas meramente clínicas con contacto más cercano a los pacientes, que la mayoría eligió la especialidad a realizar. En un estudio de 2016 en donde se compararon a los psiquiatras consultores (ya formados) contra aprendices (residentes), se observó que del primer grupo el 50% ya tenía decidido al graduarse tenía decidió estudiar psiquiatría comparado con un 37% de los practicantes. Esto pudiese hacer pensar que puede ser un dato que va cambiando por generaciones, sería importante analizarlo para corroborar esta transición y saber si es un fenómeno regional o internacional. (Denman, 2016).

Además, la mitad de los residentes de psiquiatría como de medicina interna planean terminar la especialidad con una subespecialidad vs un 70% en el resto de las especialidades, lo cual si bien no es estadísticamente significativo, vale la pena estudiar ya que esta decisión aumenta el número de años invertidos en formación y podría retrasar la incorporación a la vida laboral de los especialistas, así como tendríamos que conocer las motivaciones de planearlo de una u otra forma, el momento durante la residencia en el que eligen tomar una subespecialidad, la cantidad de alternativas de subespecialidad que existen en cada una de ellas así como la oferta educativa; ya que todas estas variables, dentro de otras posibles, pudieses explicar estos datos. No hay estudios de forma puntual en psiquiatría que busquen estas opciones, sin embargo, si se ha buscado encontrar las razones por las cuales los psiquiatras se ven atraídos por la rama de psiquiatría infantil en Francia (Revet, 2021).

Uno de los datos más relevantes que se obtuvo de este estudio fue conocer cuál era la especialidad troncal por la que menos se interesaban los residentes de psiquiatría al momento de elegir dicha especialidad, siendo la primera de ellas cirugía general en poco más de un tercio de ellos,

seguido de pediatría y ginecoobstetricia en cerca de una cuarta parte para cada una de ellas, resultando que solo un 15% descartó medicina interna; esto pudiese estar relacionado con el tipo de pacientes a tratar e incluso de manera histórica, años antes la psiquiatría era una especialidad de entrada indirecta en la que el primer año se cursaba en medicina interna, lo cual tiene sentido desde el punto de vista de proceso diagnóstico, ya que la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, para poder delimitar un trastorno de manera específica, se tiene que descartar alguna otra causa médica, mayormente del área de medicina interna. Aunque no solo de forma histórica, sino aún en otros países sigue siendo una opción como se demuestra en un artículo del Reino Unido de 2016 (Denman, 2016), en donde se estudió el momento de elección para la especialidad de psiquiatría en donde incluyeron la variable de escoger mientras realizaban otra especialidad.

Ahora bien, en cuanto a las variables que pudiesen explicar el motivo para descartar cirugía general como una opción, en análisis post hoc mostró que, en el caso de los residentes de medicina interna los modelos de rol negativos tuvieron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) así también para la presencia de acoso entre los residentes de psiquiatría vs la opción de cirugía general. Estos datos, resultan importantes ya que en la carrera de medicina, durante la preparación en las diferentes áreas clínicas, incluyendo el periodo de internado médico y servicio social, el área de cirugía general se encuentra como parte importante de los planes académicos, por lo que todos los sujetos estudiados tuvieron esta exposición a dicha rama, lo que generó que dos de las tres especialidades no quirúrgicas estudiadas, detectaron de forma significativa alguna variable negativa por la cual no elegir cirugía general. Lo anterior hace pensar que tendría que ser algo que llame la atención para quienes forman parte del proceso de formación de cirugía general, como un área de oportunidad de estudio y así mejorar los modelos de rol además del nivel de acoso, al menos percibidos en las especialidades mencionadas, ya que no es algo que se haya estudiado previamente.

13.3 Datos acerca de la personalidad

Mencionando los datos obtenidos en el análisis de los rasgos de personalidad, fue de relevancia

el encontrar diferencias significativas entre todas las especialidades estudiadas entre los rasgos de extraversión y de responsabilidad ($p < 0.02$).

El análisis post hoc con la prueba de Tukey demostró que la media del rasgo de extraversión en psiquiatría fue el mayor en comparación de las demás, así como en el rasgo de responsabilidad en cirugía general fue estadísticamente significativo comparado con psiquiatría, siendo en cirugía general mayor. No se encontraron datos significativos en los otros rasgos. Estos resultados difieren un poco en lo comentado en el apartado de antecedentes ya que se cuenta con otros estudios en los que la extraversión suele ser mayor en el área de cirugía general con respecto a las demás sin embargo en este estudio vemos que la especialidad de psiquiatría fue la más alta en dicho rasgo (Bexeliu Ts, 2016). Lo anterior es contrastante con un estudio del 2018 realizado en Singapur entre estudiantes de medicina de dos instituciones médicas públicas, en el cual incluyeron a la personalidad como uno de los factores no relacionados con la escuela como una de las variables que intervienen en la elección de psiquiatría como especialidad, donde encontraron que los estudiantes que tenían mayor probabilidades de elegir psiquiatría tenían mayores niveles de amabilidad y neuroticismo así como los que tuvieron menor probabilidad de escoger psiquiatría registraron menores niveles en extraversión y en imaginación o apertura al cambio (Seow LSE, 2018). Este resultado habría que buscar repetirlo en otros contextos ya que es posible que estuviese relacionado con factores culturales regionales, así como en nuestro estudio se realizó en residentes de primer y segundo año de la especialidad mientras que en el artículo de referencia lo hicieron en estudiantes de medicina por lo que pudiese ser otro factor que explicase esos cambios, así como una última posibilidad es que haya sido un hallazgo de nuestro estudio que no sea replicable en otros estudios futuros, por lo que es importante continuar haciendo investigación en esta área en particular.

También es importante señalar el resultado con respecto al rasgo de responsabilidad, que en psiquiatría fue la que menor puntaje en la media obtuvo y cirugía general la que mostro mayor puntaje en la media, lo que puede interpretarse, bajo el modelo de los cinco grandes de la

personalidad, que los psiquiatras tienden a mostrarse con mayor apertura social y percibir emociones positivas con mayor facilidad pero a la vez con mayores dificultades para la organización, persistencia y orientación hacia metas. Esto último toma relevancia con respecto al desenlace de los egresados ya que, si bien la extroversión se ha relacionado con mejor desempeño laboral y mayor recompensa económica, mostrar disminuido el rasgo de responsabilidad pudiese contrastar con lo previamente mencionado, por lo que quizás sería de importancia ver como estos rasgos de personalidad de comportan al final de la residencia o en quienes ya tienen cierto tiempo practicando la psiquiatría y comparar los resultados.

El resultado del cuestionario ipsativo, mostró una gran heterogeneidad, lo cual, asociado al número de participantes, hizo que no se lograra realizar un análisis de los datos que permitiera una discusión al respecto en este punto. Por lo anterior consideramos de gran importancia darle seguimiento mediante otros estudios que utilicen este cuestionario como referencia para poder tener resultados fiables en este modelo de los cinco grandes de la personalidad en los estudiantes de psiquiatría. Así mismo, valdría la pena comparar este cuestionario con otras herramientas como las que se han usado en estudios en Suecia y en Finlandia, en donde se usó el Inventario de los Cinco Grandes (S-BFI por sus siglas en inglés, Big Five Inventory). para evaluar los rasgos de personalidad, extraversión, amabilidad, escrupulosidad, neuroticismo y apertura a la experiencia; en el primer estudio (Bexelius TS, 2016 Aug) y la versión abreviada del S-BFI en el segundo estudio (Mullola S, 2018, Mar 27) respectivamente, esto con la intención de saber cual herramienta es la que es mejor para medir esos rasgos en población mexicana.

Los obtenido en esta investigación, consideramos no son solo datos importantes sino necesarios, ya que como mencionábamos en los antecedentes y en la justificación, el aproximarse al análisis de los factores que están relacionados con la elección de una especialidad es una manera en la que, mediante la información obtenida, se pueden primeramente conocer dichos factores y después usarlos para desarrollar perfiles de especialidades y con base en eso, poder hacer estrategias

dirigidas a cubrir las necesidades tanto de los aspirantes como de la población clínica.

Algunas de estas estrategias pudiesen ser tomar en cuenta exponer a los estudiantes de medicina a rotaciones de psiquiatría al final de su formación con la intención de darles a conocer esta rama de la medicina como una opción para su especialización. Desarrollar una metodología para disminuir la percepción de acoso o roles negativos en Cirugía General durante el internado y el servicio social, ya que un 75% de las especialidades no quirúrgicas estudiadas, rechazó esa opción en parte por Otra es poder darles a los residentes de especialidades afines como medicina interna poder derivarse a psiquiatría como una opción en su programa de estudios, además de en los primeros años de psiquiatría brindarles un refuerzo de los conocimientos de medicina interna y neurología. Basado en el resultado del rasgo de responsabilidad de personalidad en psiquiatría, se podría desarrollar un programa de evaluación inicial de las dificultades que les puede llegar a generar la disminución en ese rasgo, con un seguimiento a lo largo de su formación ya que, eso pudiese ser una de las causas relacionadas con la deserción de la especialidad, lo cual se tendría que atender con la intención de no perder recursos humanos en salud mental debido al déficit que tenemos en nuestro país. En cuanto a la población clínica, algo que debe ser una prioridad es cambiar el estereotipo del profesional de salud mental, ya que por los resultados y los artículos de la discusión, hay una transición hacia el género femenino que prevalece en la psiquiatría, así como ser en su mayoría personas jóvenes, solteras y sin hijos; es importante hacer campañas que incluyan esa imagen para gradualmente incidir culturalmente en el arquetipo de los psiquiatras en general, con una proyección plural en sus cualidades.

13.4 Fortalezas

Los resultados son importantes en algunas áreas, dando algunas fortalezas en ese sentido principalmente en algunos datos demográficos, pero mayormente en los datos asociados a descartar alguna de las posibles especializaciones, así como los rasgos de personalidad asociados con elegir una especialidad en particular por parte de los participantes.

13.5 Debilidades

Sin embargo, al ser un estudio inicial, encontramos debilidades también, siendo la mayor de ellas la dificultad para poder analizar el cuestionario ipsativo debido a una heterogeneidad en los resultados y a la cantidad de muestra, además que, al ser un estudio inicial en este tipo de información surgen más preguntas relacionadas para poder entender con mayor exactitud como los factores propuestos, interaccionan con otros posibles que sería interesante seguir estudiando tanto en los datos sociodemográficos, académicos y de personalidad.

Así mismo, otra debilidad que tiene este estudio, fue que la muestra se realizó por conveniencia teniendo el sesgo de no estar aleatorizada y no ser un método probabilístico por lo que puede no ser necesariamente representativa de la población que estudiamos, aunado a que metodológicamente al tener una única medida de las variables, es decir ser un estudio transversal, se encuentran dificultades para interpretar las asociaciones encontradas, no es posible predecir si existe causalidad entre las variables y no es posible hacer pronósticos finales completamente fiables.

14. CONCLUSIÓN

El atractivo de la psiquiatría como especialidad varía en todo el mundo por varias razones. En la mayoría de los países, los estudiantes de medicina son reacios a elegir la psiquiatría y esto se ha convertido en un motivo de preocupación mucho más evidente en las últimas décadas. (Bhugra, 2016)

Como hemos podido ver, el estudio que hemos realizado es importante al ser en México el primero en acercarse a conocer los factores involucrados en la elección de la especialidad de psiquiatría comparado con las especialidades troncales.

Esperamos que estos resultados sean de relevancia para futuras preguntas de investigación, así como haber aclarado algunos puntos con respecto a los factores relacionados con la elección de psiquiatría en particular.

Incluso este estudio, pudiese ser de relevancia para poder realizar posteriormente un estudio como el que se realizó en 2017 en Estados Unidos, en donde se midió la estabilidad y factores relacionados con la elección de la especialidad de psiquiatría de los estudiantes de medicina, en donde se encontró que la estabilidad de la elección de la especialidad de psiquiatría desde la matriculación hasta la graduación, en poco más del 50%, fue mayor que para cualquier otra especialidad. Sin embargo, casi el 80% de los futuros psiquiatras no indicaron inclinación hacia la especialidad en la matriculación. (Matthew N. Goldenberg, 2017) Esto sería de gran valor para conocer si esto es similar en México y así también ayudar a desarrollar estrategias para aumentar el número de profesionales de salud mental que se necesitan en nuestro país.

Así mismo, es importante señalar que se han visto otros factores en la elección de la especialidad de psiquiatría que nosotros no tomamos en cuenta como el nivel de espiritualidad o religiosidad, lo que pudiese ser importante por el contexto cultural en el que vivimos, ya que hay algunos estudios en donde se ha incluido esa variable (Menegatti-Chequini, 2016), para lo cual la WPA

(World Psychiatry Association) ya tiene una declaración de posición al respecto (Moreira-Almeida, 2016), en donde se reconoce la importancia de considerar la dimensión espiritual en la formación, la investigación y la práctica clínica psiquiátricas.

Durante las últimas décadas, numerosos estudios han informado que la religión y la espiritualidad generalmente se asocian con mejores habilidades de afrontamiento e indicadores de salud positivos, particularmente con respecto a la salud mental. La religión-espiritualidad se ha asociado, por ejemplo, con menores tasas de suicidio, depresión, ansiedad y abuso de sustancias, mejor recuperación en casos de depresión y mayor bienestar general. En respuesta a la creciente importancia de la religión, así como de la espiritualidad en la práctica clínica, se han llevado a cabo más investigaciones, con el propósito de investigar los perfiles religiosos y espirituales de los psiquiatras y sus actitudes hacia la inclusión de la religión y de la espiritualidad en el manejo y cuidado de sus pacientes. Lo interesante de observar de esos estudios fue que la mayoría de los psiquiatras coinciden en la importancia y la necesidad de integrar los aspectos religiosos-espirituales en la práctica clínica. Además, la formación sobre cómo lidiar con la religiosidad de un paciente puede ayudar a los psiquiatras a desarrollar una mejor relación con el paciente y puede contribuir a una recuperación más rápida del paciente.

En miras al futuro es importante los resultados que obtuvimos para correlacionarlos con otras preguntas de investigación que también son importantes como saber factores dentro de los psiquiatras que los hace tener inclinación por hacer investigación, como se hizo en un estudio en el que se buscó conocer que hace que los residentes de psiquiatría eligieran una carrera en investigación en salud mental, lo cual es relevante para responder a las necesidades en esa área y poder ver las variables que pudiesen influir para que eso ocurra. (Laliberté, 2016)

Así mismo se puede correlacionar estos resultados con la posibilidad de hacer cambios y mejoras en la formación de los residentes, ya que con los cambios tecnológicos actuales y la velocidad con la que estos ocurren, hay algunos estudios que están buscando usar otras

herramientas en la formación de los psiquiatras como simuladores en realidad virtual así como otras modalidades, que demostraron en una revisión sistemática reciente del año 2020 que pueden ser efectivas para la formación médica (Piot, 2020), lo cual toma relevancia en las condiciones actuales que se han presentado debido a la pandemia de COVID-19.

Hablando justamente de la situación actual de salud mental, en la que se ha visto incrementada su demanda por la aparición del nuevo virus SARS CoV-2 y su comportamiento pandémico, ha hecho que se tengan transformaciones importantes en los servicios de salud para satisfacer las necesidades de atención médica aguda de los pacientes infectados. Esto ha afectado significativamente la educación médica, tanto de pregrado como de posgrado, con posibles implicaciones a largo plazo para el reclutamiento psiquiátrico, como se ha documentado en un estudio que dentro de las conclusiones incluye la necesidad de garantizar que haya una fuerza laboral psiquiátrica adecuada para abordar no solo las repercusiones de la pandemia en la salud mental actuales, sino también en el futuro. (F., 2020)

15. CONFLICTO DE INTERÉS

Declaramos que los participantes de esta investigación no tienen ningún conflicto de interés para la realización de este proyecto, así como no haber recibido algún beneficio económico o de alguna otra índole. Manifestamos que la motivación de este proyecto es únicamente aportar datos que sean de utilidad a la comunidad científica.

16. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer de manera muy importante a mis tutores de tesis, la Dra. Diana P. Guízar y al Dr. Ricardo Ríos, ya que su apoyo constante en algunos de los momentos más complicados en mi proceso de residencia médica, han sido la pieza clave para que pueda continuar con el mismo, además de ser más valioso para mí debido a las circunstancias en las que decidieron tomar el rumbo de este proyecto, así como la orientación que recibí para obtener ayuda de forma personal.

Agradezco también a todos los sujetos que decidieron participar en este proyecto ya que, sin su participación, no hubiese sido posible la continuación de este estudio, a todos aquellos que me ayudaron a poder obtener la muestra suficiente, gracias.

Así mismo, agradecer a mi familia, a mi esposa, mis hijas, mis padres y amigos, por no mencionar a todos, que han sido un sostén y una motivación para continuar adelante en esta etapa en particular, en la que ha sido complicado por temas personales, ellos en particular saben el esfuerzo realizado y que hayan estado conmigo, fue vital para la culminación de esta.

17. BIBLIOGRAFÍA

- Abdulghani, H. M., Al-Shaikh, G., Alhujayri, A. K., Alohaideb, N. S., Alsaeed, H. A., Alshohayeb, I. S., ... Shaik, S. A. (2013). What determines the selection of undergraduate medical students to the specialty of their future careers? *Medical Teacher*, 35(SUPPL. 1), 25–30. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.765548>
- AHWO. (2010). *Human Resources for Health Country Profile Ethiopia Human Resources for Health Country Profile*.
- Appleton, A., Singh, S., Eady, N., & Buszewicz, M. (2017). Why did you choose psychiatry? a qualitative study of psychiatry trainees investigating the impact of psychiatry teaching at medical school on career choice. *BMC psychiatry*, 17(1), 276. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1445-5>
- Asociación Mexicana de Industrias de Investigación Farmacéutica A.C. (2016). *Estudio Salud y Productividad de la Industria Automotriz del Estado de Guanajuato*.
- Barkil-Oteo, A. (2012). Psychiatry's identity crisis. *The Lancet*, 379(9835), 2428. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61067-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61067-8)
- Bexelius, T. S., Olsson, C., Järnbert-Pettersson, H., Parmskog, M., Ponzer, S., & Dahlin, M. (2016). Association between personality traits and future choice of specialisation among swedish doctors: A cross-sectional study. *Postgraduate Medical Journal*, 92(1090), 441–446. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133478>
- Bioética, R. C. De. (1985). Annual congress of the Austrian and German Societies of Hematology and Oncology. Vienna, October 6-9, 1985. *Blut*, 51(3), 145–239. <https://doi.org/10.1007/BF00320029>
- Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R., & MacKenzie, A. (2007). Human resources planning and the production of health: A needs-based analytical

-
- framework. *Canadian Public Policy*, 33(SUPPL.), 0–16. <https://doi.org/10.3138/9R62-QoV1-L188-1406>
- Bland, C. J., Meurer, L. N., & Maldonado, G. (1995). Determinants of primary care specialty choice: A non-statistical meta-analysis of the literature. *Academic Medicine*, 70(7), 620–641.
- Borges, N. J., & Osmon, W. R. (2001). Personality and medical specialty choice: Technique orientation versus people orientation. *Journal of Vocational Behavior*, 58(1), 22–35. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2000.1761>
- Borges, N. J., & Savickas, M. L. (2002). Personality and medical specialty choice: A literature review and integration. *Journal of Career Assessment*, 10(3), 362–380. <https://doi.org/10.1177/10672702010003006>
- Brockington, I., & Mumford, D. (2002). Recruitment into psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 180(APR.), 307–312. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.4.307>
- Brown, N., & Bhugra, D. (2007). “New” professionalism or professionalism derailed? *Psychiatric Bulletin*, 31(8), 281–283. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.016543>
- Brown, T., & Ryland, H. (2019). Recruitment to psychiatry: a global problem. *BJPsych International*, 16(1), 1–3. <https://doi.org/10.1192/bji.2017.29>
- Bhugra, D. (2016). Medical students choice of psychiatry – an international survey. *European Psychiatry*, 33(S1), S29-S29. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.850
- Centre for Workforce Intelligence. (2014). *In-depth review of the psychiatrist workforce Main report*. (November), 69.
- Choudry, A., & Farooq, S. (2017). Systematic review into factors associated with the recruitment crisis in psychiatry in the UK: students’, trainees’ and consultants’ views. *BJPsych Bulletin*, 41(6), 345–352. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.055269>
- Cooper, R. A. (2003). Where Is Psychiatry Going and Who Is Going There? *Academic Psychiatry*,

27(4), 229–234. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.4.229>

Craddock, N., Antebi, D., Attenburrow, M. J., Bailey, A., Carson, A., Cowen, P., ... Zammit, S. (2008). Wake-up call for British psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 6–9. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.053561>

DAMIAN FARROW, JOSEPH BAKER, A. C. M. (2015). WORLD HEALTH STATISTICS 2015. In *WORLD HEALTH ORGANIZATION* (Vol. 151). <https://doi.org/10.1145/3132847.3132886>

Davenport, F. M. (1959). Viral and Rickettsial Infections of Man. *American Journal of Public Health and the Nations Health*, 49(7), 971–971. <https://doi.org/10.2105/ajph.49.7.971>

de Cates, A. N., de Cates, P., Singh, S. P., & Marwaha, S. (2019). Can curriculum design influence medical students' attitudes to psychiatry? A comparison of two different approaches. *Medical Teacher*, 41(8), 939–948. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1602253>

Denman, M., Oyebode, F., & Greening, J. (2016). Reasons for choosing to specialise in psychiatry: differences between core psychiatry trainees and consultant psychiatrists. *BJPsych bulletin*, 40(1), 19–23. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.048678>

Department of Economic and Social Affairs United Nations (UN). (2018). Population and Vital Statistics Report. *Statistical Papers Series A, LXX*(January). <https://doi.org/10.1063/1.3436592>

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101–2107. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.14.2101>

Doris, M., Grimason, A., Hughes, D., O'Neill, E., Parks, L., & Carragher, A. (2020). Who wants to be a psychiatrist? Northern Ireland foundation doctors (2006-2018) are positive toward psychiatry as career choice. *BJPsych bulletin*, 44(4), 134–138. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.86>

-
- Dorsey, E. R., Jarjoura, D., & Rutecki, G. W. (2003). Influence of Controllable Lifestyle on Recent Trends in Specialty Choice by US Medical Students. *Journal of the American Medical Association*, 290(9), 1173–1178. <https://doi.org/10.1001/jama.290.9.1173>
- Dorsey, E. R., Jarjoura, D., & Rutecki, G. W. (2005). The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Academic Medicine*, 80(9), 791–796. <https://doi.org/10.1097/00001888-200509000-00002>
- El Sheikh, M. M., Shaker, N. M., Hussein, H., & Ramy, H. A. (2014). Impact of personality temperaments and characters on academic performance and specialty selection among a group of Egyptian medical graduates. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), 499–507. <https://doi.org/10.1177/0020764013501485>
- Fajardo Dolci, G., Varela, J. S., & Montalvo, C. L. (2015). *Médicos especialistas en México* (Colección; G. Fajardo Dolci, Ed.). Ciudad de México: CONACYT.
- Farooq, K., Lydall, G. J., Malik, A., Ndetei, D. M., Bhugra, D., Alemu, Y. B., ... Pearson, R. (2014). Why medical students choose psychiatry - A 20 country cross-sectional survey. *BMC Medical Education*, 14(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-12>
- Fava, G. A. (2009). The decline of pharmaceutical psychiatry and the increasing role of psychological medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(4), 220–227. <https://doi.org/10.1159/000214443>
- Frenk, J. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376, 1923–1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
- G., M., B., W., G., R., J., R., F., C., M., R., & P., L. (2009). Psychiatric training - A dangerous pursuit. *Psychiatric Bulletin*, 33(5), 189–192. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.0190>
- Goldace MJ, Fazel S. Smith, L. T. (2013). Choice and rejection of psychiatry as a career: surveys of

- UK medical graduates from 1974 to 2009. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 228–234.
- Gómez-Dantés, H., Fullman, N., Lamadrid-Figueroa, H., Cahuana-Hurtado, L., Darney, B., Avila-Burgos, L., ... Lozano, R. (2016). Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 388(10058), 2386–2402. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31773-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31773-1)
- Goodwin, G. U. Y. M., & Geddes, J. R. (1988). EDITORIAL AUTHOR'S PROOF What is the heartland of psychiatry? 18–20.
- Greig F. (2020). COVID-19, medical education and the impact on the future psychiatric workforce. *BJPsych bulletin*, 1–5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.112>
- Gutiérrez-Cirlos, C., Naveja-Romero, J. de J., Leenen, I., & Sánchez-Mendiola, M. (2017). Factores relacionados con la elección de una especialidad en médicos residentes mexicanos. *Gaceta Medica de Mexico*, 153(7), 800–809. <https://doi.org/10.24875/GMM.17002959>
- Heinze-Martin, G., Olmedo-Canchola, V. H., Bazán-Miranda, G., Bernard-Fuentes, N. A., & Guízar-Sánchez, D. P. (2018). Los médicos especialistas en México. *Gaceta de México*, 154(3), 342–351. <https://doi.org/10.24875/gmm.18003770>
- Heinze, G., Del Carmen Chapa, G., & Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: Año 2016. *Salud Mental*, 39(2), 69–76. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.003>
- HERNÁNDEZ-BRINGAS, H. H., & FLORES-ARENALES, R. (1994). *El suicidio en México*. 251 p.
- Hewlett, E., & Moran, V. (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. *OECD Health Policy Studies*, (July), 1–8. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
- Hojat, M., Erdmann, J. B., & Gonnella, J. S. (2013). Personality assessments and outcomes in

-
- medical education and the practice of medicine: AMEE Guide No. 79. *Medical Teacher*, 35(7), 1267–1301. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.785654>
- Holm-Petersen, C., Vinge, S., Hansen, J., & Gyrd-Hansen, D. (2007). The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 308–311. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01036.x>
- Huicochea, I. V., Muggenburg, M. E., Palacios, J., & Heinze, G. (2012). Preferencias de especialidad médica entre los estudiantes de pregrado de la facultad de medicina de la unam: ¿en qué lugar se ubica la psiquiatría? *Salud Mental*, 35(6), 465–473.
- INEGI. (2016). Programa anual de trabajo 2016. Retrieved from http://sc.inegi.org.mx/repositorioNormateca/PAT_16.pdf
- Initiative, T. (2000). National Action Plan for Promotion , Prevention and Early Intervention for Mental Health 2000 Prevention and Early Intervention. *Prevention*.
- Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., De Snyder, N. S., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: Adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 35(4), 284–290.
- Katschnig, H. (2010). Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 9(1), 21–28. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x>
- Kerebih H, Salelew E, Hailesilassie H. Factors associated with medical students' choice of psychiatry as future specialty: a cross-sectional study. *Adv Med Educ Pract*. 2019;10:751-758 <https://doi.org/10.2147/AMEP.S210286>
- Korszun, A., Dharmaindra, N., Koravangattu, V., & Bhui, K. (2011). Teaching medical students and recruitment to psychiatry: Attitudes of psychiatric clinicians, academics and trainees.

Psychiatrist, 35(9), 350–353. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.110.032946>

Kurowski, C., Wyss, K., Abdulla, S., & Mills, A. (2007). Scaling up priority health interventions in Tanzania: The human resources challenge. *Health Policy and Planning*, 22(3), 113–127. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm012>

Laliberté, V., Rapoport, M. J., Andrew, M., Davidson, M., & Rej, S. (2016). Career Interests of Canadian Psychiatry Residents: What Makes Residents Choose a Research Career?. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(2), 86–92. <https://doi.org/10.1177/0706743715625952>

Lambert, E. M., & Holmboe, E. S. (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Academic Medicine*, 80(9), 797–802. <https://doi.org/10.1097/00001888-200509000-00003>

Lambert, T. W., Turner, G., Fazel, S., & Goldacre, M. J. (2006). Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. *Psychological Medicine*, 36(5), 679–684. <https://doi.org/10.1017/S0033291705007038>

Langley, M., Lomas, B., Schofield, Z., & Doody, G. (2015). A guide to a new short course to promote interest and engagement in psychiatry in medical students. *Psychiatric Bulletin*, 39(4), 200–204. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.046797>

Lawson, S. R., & Hoban, J. D. (2003). Predicting career decisions in primary care medicine: a theoretical analysis. *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 23(2), 68–80. <https://doi.org/10.1002/chp.1340230204>

Lyons, Z. (2013). Attitudes of medical students toward psychiatry and psychiatry as a career: A systematic review. *Academic Psychiatry*, 37(3), 150–157. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.11110204>

Maj, M. (1998). Critique of the DSM - IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. *British*

Journal of Psychiatry, 172, 458–160.

Maj, M. (2008). The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry*, 7(3), 129–130.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00178.x>

Malhi, G. S. (2008). Professionalizing psychiatry: From “amateur” psychiatry to “a mature” profession. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 255–258. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01249.x>

Manohari, S. M., Johnson, P. R., & Galgali, R. B. (2013). How to teach psychiatry to medical undergraduates in India?: A model. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 23–28.
<https://doi.org/10.4103/0253-7176.112196>

Marneros, A. (2008). Psychiatry’s 200th birthday. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 1–3.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.051367>

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 2011–2030. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030442>

Matthew N. Goldenberg, D. Keith Williams, and John J. Spollen, (2017). Stability of and Factors Related to Medical Student Specialty Choice of Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 174:9, 859-866.

McWilliam, P., & Botwinski, C. (1990). Structured Clinical Examination. *Medical Teacher*, 12(314), 259–264. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090915-01>

Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190(JUNE), 521–528. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025841>

Medina Mora, M. E., & Marín Navarrete, R. (2015). La depresión y otros trastornos psiquiátricos. In *La depresión y otros trastornos psiquiátricos. Documento de postura*.

Menegatti-Chequini, M., Gonçalves, J., Leão, F., Peres, M., & Vallada, H. (2016). A preliminary

- survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. *BJPsych Open*, 2(6), 346-352. doi:10.1192/bjpo.bp.116.002816
- Mondragón-Barrios, L. (2009). [Informed consent: a dialogic praxis for the research]. *Revista de Investigacion Clinica; Organo Del Hospital de Enfermedades de La Nutricion*, 61(1), 73–82. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19507477><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC2788237>
- Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(1), 87–88. <https://doi.org/10.1002/wps.20304>
- Mullola S, Hakulinen C, Presseau J, Gimeno Ruiz de Porras D, Jokela M, Hintsa T, Elovainio M. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. *BMC Med Educ*. 2018 Mar 27;18(1):52. doi: 10.1186/s12909-018-1155-9. PMID: 29587722; PMCID: PMC5870817.
- MYERS, C. N. (1971). PROYECCION DE LA DEMANDA DE MEDICOS EN MEXICO: 1965-1980. *Revista Demografía y Economía*, V. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Newble, D. (2004). Techniques for measuring clinical competence: objective structured clinical examinations. *Medical Education*, 44(0), 199–203. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2004.01755.x>
- Newton, D. A., Grayson, M. S., & Thompson, L. F. (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students' career specialty choices: Data from two U.S. medical schools, 1998-2004. *Academic Medicine*, 80(9), 809–814. <https://doi.org/10.1097/00001888-200509000-00005>

-
- Pan American Health Organization. (2016). *Regional Mental Health Atlas*.
- Piot, M-A, Dechartres, A, Attoe, C, et al. Simulation in psychiatry for medical doctors: A systematic review and meta-analysis. *Med Educ*. 2020; 54: 696– 708. <https://doi.org/10.1111/medu.14166>
- Poole, R., & Bhugra, D. (2008). Editorial: Should psychiatry exist? *International Journal of Social Psychiatry*, 54(3), 195–196. <https://doi.org/10.1177/0020764008088862>
- Qureshi, H., Carney, S., & Iversen, A. (2013). Narrative review of the impact of clinical psychiatry attachments on attitudes to psychiatry. *Psychiatrist*, 37(3), 104–110. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.037820>
- Revet, A., Raynaud, J. P., Marcelli, D., Falissard, B., Catheline, N., & Benvegna, G. (2021). Career Choice and Attractiveness of Child and Adolescent Psychiatry as a Medical Specialty: A National French Questionnaire Survey. *Frontiers in psychiatry*, 12, 560141. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.560141>
- Rao, N. R. (2003). Recent Trends in Psychiatry Residency Workforce with Special Reference to International Medical Graduates. *Academic Psychiatry*, 27(4), 269–276. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.4.269>
- Sadr, S. S., Nayerifard, R., Samimi Ardestani, S. M., & Namjoo, M. (2016). Factors Affecting the Choice of Psychiatry as a Specialty in Psychiatry Residents in Iran. *Iranian journal of psychiatry*, 11(3), 185–190.
- Sartorius, N. (2018). Depression and diabetes. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.03.009>
- Sectorial, P., & Salud, D. (2018). *Programa de Acción Específico Salud Mental*.
- Seow LSE, Chua BY, Mahendran R, et al Psychiatry as a career choice among medical students: a cross-sectional study examining school-related and non-school factors. *BMJ Open* 2018;8:e022201. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022201

-
- Sitkin, N. A., & Pachankis, J. E. (2016). Specialty Choice among Sexual and Gender Minorities in Medicine: The Role of Specialty Prestige, Perceived Inclusion, and Medical School Climate. *LGBT Health, 3*(6), 451–460. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0058>
- Søndergård, L. (2007). Recruitment problems in psychiatry: Just a matter of more exposition? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 116*(4), 235–237. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01080.x>
- Subdivisi, D. E. E. D. E. P., & Especializaciones, D. E. (2018). *PUEM Psiquiatría*.
- Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: The emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics, 13*(8), 537–551. <https://doi.org/10.1038/nrg3240>
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: Características e intervenciones. *Salud Mental, 38*(1), 53–58. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.007>
- Unidas, N. (2017). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y El Caribe. “Patrimonio”: *Economía Cultural Y Educación Para La Paz (Mec-Edupaz)*, 1(11).
- UNION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES. (2017). *the Profile of a Psychiatrist*. Retrieved from <http://www.uemspychiatry.org/board/reports/Chapter6-11.10.03.pdf>
- United Nations. (2016). Population and vital statistics report. *Statistical Papers Series A Vol. LXVI*, 67, 1–27.
- WHO. (2013). *Plan de Accion para la Salud Mental 2013-2020*.
- World Health Organization. (2002). *Imbalances in the health workforce*. (March). Retrieved from http://www.who.int/hrh/documents/en/imbalances_briefing.pdf
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2017). *MENTAL HEALTH ATLAS 2017*.

Zarrinpar, A. (2002). Psychiatry and stigmatization. *Journal of the American Medical Association*, 287(14), 1856. <https://doi.org/10.1001/jama.287.14.1856-JMSO410-2-1>

Zurn, P., Dal Poz, M. R., Stilwell, B., & Adams, O. (2004). Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2, 1–12. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-2-13>

13.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Septiembre- Noviembre 2019	Noviembre 2019 a Septiembre del 2020	Septiembre - Noviembre 2020	Noviembre 2020- Febrero 2021	Febrero- Marzo 2021	Marzo- Julio 2021
Elaboración del anteproyecto						
Protocolo final y solicitud de aprobación por los comités de tesis y ética						
Difusión del estudio para captura de muestra						
Obtención de la información mediante la aplicación de instrumentos						
Concentración de datos						
Análisis de resultados						
Elaboración de informe final y entrega de resultados						

14.- ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario sobre los factores relacionados al momento de elegir una especialidad.

Este cuestionario busca evaluar algunos factores relacionados con la elección de una especialidad troncal en médicos residentes inscritos al PUEM (Plan Único de Especializaciones Médicas). Su participación es voluntaria; la información será confidencial y no tendrá repercusión en su desempeño académico. Con la información obtenida gracias a su colaboración, se busca mejorar la calidad en el proceso de selección de plazas para médicos residentes. En caso de tener alguna pregunta favor de contactar a Carlos Gutiérrez-Cirlos Madrid, especialista en medicina interna en el INCMNSZ y profesor de asignatura de la Facultad de Medicina, UNAM, correo electrónico: cirlos@hotmail.com. Le agradeceré que, cuando responda, cierre otros programas de su navegador y le dedique un tiempo exclusivo a la encuesta, sin dejar preguntas en blanco.

I.- En esta sección se exploran algunos de los factores que posiblemente tuvieron una influencia positiva en la elección de la especialidad. Después de la primera pregunta, que sirve para saber qué especialidad eligió, se presentan 10 factores y para cada factor se hacen dos preguntas: la primera se relaciona con qué tan presente estuvo el factor y la segunda en la forma en cómo influyó dicho factor en la toma de decisión.

IMPORTANTE: los factores se refieren **AL MOMENTO** en el que tomó la decisión. Por lo tanto, es importante que piense en el **TIEMPO ESPECÍFICO** cuando pasó por el proceso de elección de la especialidad.

1.- ¿Cuál especialidad eligió como **PRIMERA OPCIÓN** al momento de inscribirse al ENARM? (se refiere a la especialidad que más le interesaba, aunque no se haya podido inscribir a ella).

Cirugía general Ginecoobstetricia Medicina interna Pediatría

2.- El conjunto de comentarios positivos de familiares, compañeros, profesores, residentes, otros médicos:

2a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir la especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

2b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

3.- Buenos ejemplos (*rol model*) a seguir al momento que eligió la especialidad que más le interesaba:

3a ¿Qué tan presentes tenía estos factores al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

3b ¿Qué tan determinantes fueron en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

4.- Interés en el tipo de paciente con el cual se suele trabajar:

4a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

4b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

5.- Un buen programa académico de la especialidad al momento de inscribirse:

5a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

5b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

6.- Un buen nivel académico de la sede en la que pensó cursar la especialidad al momento de elegir:

6a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

6b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

7.- Buena posibilidad de obtener trabajo en la sede donde eligió cursar la especialidad:

7a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

7b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

8.- Un buen futuro económico inmediato (primeros cinco años después de graduarse):

8a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

8b ¿Qué tanto influyó éste factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

9.- Contar con tiempo libre:

9a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

9b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

10.- Posibilidad de formar una familia (cónyuge, hijos):

10a ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

10b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

11.- La ausencia de abuso (acoso, bullying, discriminación):

11a.- ¿Qué tan presente tenía este factor al elegir?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

11b ¿Qué tan determinante fue este factor en su elección?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

11.- En esta sección se exploran los factores que hacen que una especialidad sea **MENOS ATRACTIVA**. Por lo tanto, la primera pregunta se relaciona con la especialidad que **MENOS** le interesaba al momento de elegir. Se presentan 10 factores negativos sobre los cuales se vuelven a hacer las mismas dos preguntas: qué tan presente estuvo ese factor negativo y qué tanto influyó dicho factor en la decisión de descartar dicha especialidad.

IMPORTANTE: de nuevo es importante que piense en el **TIEMPO ESPECÍFICO** en el que pasó por el proceso de elección de la especialidad.

12.- Elija la especialidad que **MENOS** le interesaba al momento de elegir (la que menos interesante le resultaba y que fue descartada):

Cirugía general Ginecoobstetricia Medicina interna Pediatría

13.- Comentarios negativos de familiares médicos, compañeros, profesores o residentes para que decidiera no cursar dicha especialidad:

13a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

13b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

14.- Ejemplos negativos, es decir, especialistas, residentes con mal desempeño, mala actitud, desinterés, maltrato a pacientes, entre otros:

14a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

14b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

15.- El desinterés por el tipo de paciente:

15a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

15b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

16.- Un programa académico poco interesante:

16a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

16b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

17.- Un bajo nivel académico de la sede, es decir, deficiencias graves en clases, sesiones, programa académico, profesores, compañeros:

17a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

17b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

18.- Imposibilidad de obtener trabajo en la sede:

18a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

18b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

19.- Imposibilidad de obtener un buen futuro económico inmediato (en los primeros cinco años después de terminar la especialidad):

19a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

19b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

20.- No contar con tiempo libre (esparcimiento, familia, actividades extra hospitalarias) en la especialidad descartada, al momento de inscribirse:

20a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

20b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

21.- No poder formar una familia (cónyuge, hijos):

21a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

21b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

22.- La constancia de conductas abusivas sobre los residentes (acoso, bullying, discriminación):

22a ¿Qué tan presente tenía este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

22b ¿Qué tan determinante fue este factor para descartar dicha especialidad?

Nada Poco Moderadamente Muy Prefiero no contestar

III.- El siguiente grupo de preguntas explora cómo la personalidad puede influir en la elección de una especialidad troncal. A continuación, se le presentan 40 pares de adjetivos. Léalos con atención y marque el adjetivo de cada par que le **describe mejor**. Cuando ninguno de los dos adjetivos le describa bien, también en ese caso ha de elegir uno de ellos (**el que le describa menos mal**). Los pares de adjetivos se presentan en **bloques de cinco**. Es importante que responda a todas las preguntas, también las que le resultan difícil optar por uno de los dos adjetivos. El programa no le permitirá pasar al bloque en la siguiente página si no ha contestado todas las preguntas.

III. Me describe mejor, soy una persona:

- 23.- Amable — Convencional
- 24.- Relajada — Egoísta
- 25.- Generosa — Impuntual
- 26.- Irritable — Cortés
- 27.- Perfeccionista — Rutinaria
- 28.- Organizada — Tradicional
- 29.- Aventurera— Miedosa
- 30.- Asertiva — Respetuosa
- 31.- Minuciosa — Cordial
- 32.- Fría — Creativa
- 33.- Reservada — Resistente
- 34.- Pacífica — Cumplidora
- 35.- Sociable — Egocéntrica
- 36.- Tranquila — Distráida
- 37.- Tosca — Divertida
- 38.- Modesta — Liberal
- 39.- Calmada — Desconfiada
- 40.- Satisfecha — Honrada
- 41.- Emprendedora — Vergonzosa
- 42.- Activa — Feliz
- 43.- Conservadora — Serena
- 44.- Introversa — Contenta

45.- Despistada —	Imaginativa
46.- Inteligente —	Enérgica
47.- Sencilla	— Equilibrada
48.- Descuidada	— Extrovertida
49.- Habladora —	Desanimada
50.- Rencorosa —	Ordenada
51.- Constante —	Innovadora
52.- Malhumorada	— Disciplinada
53.- Estable —	Solidaria
54.- Justa	— Lista
55.- Inquieta	— Solitaria
56.- Retraída —	Cooperadora
57.- Criticona	— Razonable
58.- Abierta	— Bondadosa
59.- Comprensiva	— Trabajadora
60.- Intelectual —	Optimista
61.- Prudente —	Tímida
62.- Responsable	— Espontánea

IV.- Test normativo: en las siguientes preguntas aparecen frases que describen distintos comportamientos. Lea cada afirmación con atención y elija entre las opciones de respuesta el grado en que le describe cada una de las frases. **Describa cómo es en general, no cómo le gustaría ser.** Responda cómo se ve a sí mismo, en relación con otras personas que conozca de su mismo sexo y de edad aproximada. No hay respuestas correctas o incorrectas. **Responda con sinceridad y de forma honesta.** Sus respuestas son totalmente anónimas y serán tratadas de forma confidencial. Las afirmaciones se presentan en bloques de cinco. Es importante que dé una respuesta a cada afirmación. El programa no le permitirá pasar al bloque en la siguiente página si no ha contestado todas las preguntas.

Lea cada afirmación con atención y elija entre las opciones de respuesta el grado en que le describe cada una de las frases:

63. Me cuesta divertirme.

- A. Muy en desacuerdo
- B. En desacuerdo
- C. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
- D. De acuerdo

E. Muy de acuerdo

64. Me encanta soñar despierto.
65. En las fiestas hablo con mucha gente diferente.
66. Difícilmente me enojo.
67. Me gustan las emociones fuertes.
68. Me gusta ayudar a la gente.
69. Hago solo el trabajo suficiente como para arreglármelas.
70. Prefiero la variedad antes que la rutina.
71. Me siento intimidado fácilmente.
72. Dedico poco tiempo a otras personas.
73. Destaco en lo que hago.
74. A menudo estoy de mal humor.
75. Prefiero cooperar con los demás antes que competir.
76. Prefiero un estilo de vida relajado.
77. Presiono a los demás para lograr lo que quiero.
78. Nunca haría deportes extremos (paracaidismo, bungee jumping)
79. Creo en la importancia del arte. Trabajo duro.
80. Me agobio fácilmente.
81. Hago amigos fácilmente.
82. Me encanta leer documentos complejos que requieren esfuerzo.
83. Tomo decisiones sin pensar.
84. Le doy poca importancia a la poesía.
85. Cometo excesos con frecuencia.
86. Mantengo la distancia con los demás.
87. A menudo estoy triste.
88. Creo que los demás tienen buenas intenciones.
89. Cuando estoy bajo presión suelo mantener la calma.
90. No me interesan los problemas de los demás.
91. Estoy contento conmigo mismo.
92. Disfruto de la vida.
93. Creo que los delincuentes deberían recibir ayuda en lugar de castigo.
94. Me desagradan los eventos con mucha gente.
95. Soy capaz de controlar mis antojos.
96. Pocas veces presumo de mí mismo.

97. Tengo iniciativa.
98. Empiezo mis tareas inmediatamente.
99. Me emociono pocas veces.
100. Me gusta el orden.
101. Considero que la gente en general es mala.
102. Hago muchas cosas en mi tiempo libre.
103. Me cuesta comprender ideas abstractas.
104. Me cuesta ponerme a trabajar.
105. Me considero una persona con ideas conservadoras.
106. Suelo juzgar mal las situaciones.
107. Tengo un autoconcepto elevado.
108. Incumplo las reglas.
109. Me dejo llevar por el pánico fácilmente.
110. A menudo olvido recoger las cosas que utilizo.
111. Difícilmente me siento avergonzado.
112. La idea de cambio me resulta desagradable.
113. Pago mis deudas puntualmente.
114. Soy rencoroso.
115. Experimento mis emociones de forma intensa.
116. En reuniones sociales, me gusta quedarme en segundo plano.
117. Tengo poca imaginación.
118. Soy sensible a las emociones de los demás.
119. Difícilmente me altero por las cosas que me ocurren.
120. Elijo mis palabras con cuidado.
121. Nunca haría trampas para evadir impuestos.

V.- Para finalizar, por favor, conteste los siguientes datos demográficos:

123.- Año de nacimiento (en cuatro cifras)

124.- Sexo

Femenino Masculino

125.- Estado civil

Soltero(a) Casado (a) Viudo(a) Unión libre

126.- ¿Tiene hijos?

Sí No

127.- ¿Tiene familiares (padre, madre, hermanos) médicos?

Sí en la misma especialidad en la que está inscrito Sí en diferente especialidad en la que está inscrito

No

128.- ¿En dónde realizó su servicio social?

Comunidad rural Investigación Docencia Otro

129.- Escuela o facultad donde cursó sus estudios de medicina (seleccione una opción):

AGUASCALIENTES	UNIV. AUT. DE AGUASCALIENTES
AGUASCALIENTES	UNIV. CUAHUTEMOC
BAJA CALIFORNIA	CENTRO EST. UNIV. XOCHICALCO, U. ENSENADA
BAJA CALIFORNIA	CENTRO EST. UNIV. XOCHICALCO, U. TIJUANA
BAJA CALIFORNIA	UNIV. AUT. DE B.C., U. ENSENADA
BAJA CALIFORNIA	UNIV. AUT. DE B.C., U. MEXICALI
BAJA CALIFORNIA	UNIV. AUT. DE B.C., U. TIJUANA
CAMPECHE	UNIV. AUT. DE CAMPECHE
CHIAPAS	INST. EST. SUPERIORES DE CHIAPAS
CHIAPAS	INST. EST. SUPERIORES DE CHIAPAS - CAMPUS TAPACHULA
CHIAPAS	INST. EST. SUPERIORES DE CHIAPAS - CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ
CHIAPAS	UNIV. AUT. DE CHIAPAS
CHIHUAHUA	UNIV. AUT. DE CD. JUÁREZ
CHIHUAHUA	UNIV. AUT. DE CHIHUAHUA
COAHUILA	UNIV. AUT. DE COAHUILA, U. SALTILLO
COAHUILA	UNIV. AUT. DE COAHUILA, U. TORREÓN
COLIMA	UNIV. DE COLIMA
DISTRITO FEDERAL	ESC. LIBRE DE HOMEOPATÍA DE MÉXICO
DISTRITO FEDERAL	ESC. MÉDICO - MILITAR SEDENA
DISTRITO FEDERAL	IPN CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE C. SALUD
DISTRITO FEDERAL	IPN ESC .SUP. MEDICINA
DISTRITO FEDERAL	IPN ESC. NAL. MED. Y HOMEOPATÍA

DISTRITO FEDERAL	UNAM FES ZARAGOZA
DISTRITO FEDERAL	UNAM FM CU
DISTRITO FEDERAL	UNIV. AUT. METROPOLITANA, U. XOCHIMILCO
DISTRITO FEDERAL	UNIV. JUSTO SIERRA
DISTRITO FEDERAL	UNIV. LA SALLE
DISTRITO FEDERAL	UNIV. PANAMERICANA
DISTRITO FEDERAL	UNIV. WEST HILL INSTITUTE S.C.
DURANGO	UNIV. AUT. ESPAÑA DE DURANGO
DURANGO	UNIV. JUÁREZ DEL EDO. DURANGO, U. DURANGO
DURANGO	UNIV. JUÁREZ DEL EDO. DURANGO, U. GÓMEZ PALACIO
ESTADO DE MÉXICO	ESC. MED. TOMINAGA NAKAMOTO
ESTADO DE MÉXICO	UNAM FES IZTACALA
ESTADO DE MÉXICO	UNIV. ANÁHUAC
ESTADO DE MÉXICO	UNIV. AUT. DEL EDO. DE MÉXICO
GUANAJUATO	UNIV. DE CELAYA
GUANAJUATO	UNIV. DE GUANAJUATO
GUANAJUATO	UNIV. QUETZALCÓATL
GUANAJUATO	UNIVERSIDAD LATINA DE MEXICO, CELAYA GUANAJUATO
GUERRERO	UNIV. AUT. DE GUERRERO
HIDALGO	UNIV. AUT. DE HIDALGO
JALISCO	UNIV. AUT. DE GUADALAJARA
JALISCO	UNIV. DE GUADALAJARA
JALISCO	UNIV. DE GUADALAJARA, U. CD. GUZMÁN
JALISCO	UNIV. DE GUADALAJARA, U. LOS ALTOS
JALISCO	UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, CENTRO UNIVERSITARIO DE LA COSTA
JALISCO	UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ATEMAJAC, UNIVA
JALISCO	UNIVERSIDAD GUADALAJARA LAMAR
MICHOACÁN	UNIV. MICH. DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO (MORELIA)
MICHOACÁN	UNIV. MICH. DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO (ZAMORA)

MORELOS	UNIV. AUT. DE MORELOS
MORELOS	UNIV. LATINOAMERICANA
NAYARIT	INST EST TEC Y SUP DE MATATIPAC (TEPIC)
NAYARIT	UNIV. AUT. DE NAYARIT
NUEVO LEÓN	INST. TECNOLÓGICO EST. SUP. MONTERREY
NUEVO LEÓN	UNIV. AUT. DE NUEVO LEÓN
NUEVO LEÓN	UNIV. DE MONTERREY
NUEVO LEÓN	UNIV. MONTEMORELOS
OAXACA	UNIV. AUT. BENITO JUÁREZ DE OAXACA
OAXACA	UNIV. REGIONAL DEL SURESTE
PUEBLA	B. UNIV. AUT. PUEBLA (PUEBLA)
PUEBLA	B. UNIV. AUT. PUEBLA (TEHUACÁN)
PUEBLA	INST. EST. SUPERIORES TEPEACA
PUEBLA	UNIV. LAS AMERICAS PUEBLA
PUEBLA	UNIV. POPULAR AUT. DEL EDO. PUEBLA
QUERÉTARO	UNIV. AUT. DE QUERÉTARO
QUERÉTARO	UNIV. DEL VALLE DE MÉXICO, CAMPUS QRO
SAN LUIS POTOSÍ	UNIV. AUT. DE SAN LUIS POTOSÍ
SINALOA	UNIV. AUT. DE SINALOA
SONORA	UNIV. DE SONORA
SONORA	UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO, HERMOSILLO SONORA
TABASCO	UNIV. JUÁREZ AUT. DE TABASCO
TABASCO	UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO, VILLA HERMOSA, TABASCO
TAMAULIPAS	INST. DE CIENCIAS Y ESTUDIOS SUP. DE TAMAULIPAS
TAMAULIPAS	UNIV. AUT. DE TAMPS, U. TAMPICO
TAMAULIPAS	UNIV. AUT. DE TAMPS, U. MATAMOROS
TAMAULIPAS	UNIV. DEL NORESTE
TAMAULIPAS	UNIV. MÉXICO-AMERICANA DEL NORTE
TAMAULIPAS	UNIV. VALLE DEL BRAVO, U. CD. VICTORIA
TAMAULIPAS	UNIV. VALLE DEL BRAVO, U. U. REYNOSA

TAMAULIPAS	UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO, CD. VICTORIA, TAMAULIPAS
TLAXCALA	UNIV. AUT. DE TLAXCALA
VERACRUZ	UNIV. AUT. DE VERACRUZ VILLA RICA
VERACRUZ	UNIV. CRISTOBAL COLON - VERACRUZ
VERACRUZ	UNIV. VERACRUZANA, U. CD. MENDOZA
VERACRUZ	UNIV. VERACRUZANA, U. CD. MINATITLÁN
VERACRUZ	UNIV. VERACRUZANA, U. JALAPA
VERACRUZ	UNIV. VERACRUZANA, U. POZA RICA
VERACRUZ	UNIV. VERACRUZANA, U. VERACRUZ
YUCATÁN	UNIV. AUT. DE YUCATÁN
YUCATÁN	UNIV. DEL MAYAB
ZACATECAS	UNIV. AUT. DE ZACATECAS
	ESTUDIOS EN EL EXTRANJERO

130.- Promedio al finalizar la carrera de medicina:

6 a 6.9 7 a 7.9 8 a 8.9 9 a 10

131.- ¿Tomó algún curso de preparación para el ENARM?

Sí No

132.- ¿Cuántas ocasiones ha presentado el ENARM?

Una Dos Más de dos

133.- Puntaje obtenido en el ENARM (promedio general de conocimientos médicos)

60 a 64.99 65 a 69.99 70 a 74.99 75 a 79.99 80 o más

134.- ¿En qué especialidad está inscrito?

Cirugía general Ginecoobstetricia Medicina interna Pediatría

135.- ¿En qué momento eligió la especialidad que cursa?

Antes de entrar a la carrera Durante la carrera, antes del internado

Durante el internado médico Durante el servicio social Después del servicio social

136.- ¿En qué sede hospitalaria realiza su especialidad?

CENTRO MÉDICO ABC

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

FUNDACIÓN CLÍNICA MÉDICA SUR, A.C.

HOSPITAL ÁNGELES CLÍNICA LONDRES

HOSPITAL ÁNGELES DE LAS LOMAS

HOSPITAL ÁNGELES DEL PEDREGAL

HOSPITAL ÁNGELES MÉXICO

HOSPITAL CENTRAL CRUZ ROJA MEXICANA

HOSPITAL CENTRAL NORTE DE PETRÓLEOS MEXICANOS

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES BELISARIO DOMÍNGUEZ

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS

HOSPITAL DE LA MUJER

HOSPITAL DE LA MUJER, MORELIA, MICH.

HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

HOSPITAL GENERAL “JUAN MA. DE SALVATIERRA”

HOSPITAL GENERAL DE ACAPULCO

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO “DR. EDUARDO LICEAGA”

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO “DR. ERNESTO RAMOS BOURS”

HOSPITAL GENERAL DR. DARÍO FERNÁNDEZ FIERRO

HOSPITAL GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSÍO

HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIÉRREZ

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

HOSPITAL GENERAL DR. RUBÉN LEÑERO

HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE ZONA No.1 “DR. CARLOS MCGREGOR SÁNCHEZ
NAVARRO”

HOSPITAL GENERAL SALTILLO

HOSPITAL GENERAL TACUBA

HOSPITAL GENERAL TICOMÁN

HOSPITAL INFANTIL DE HERMOSILLO “DRA. LUISA MA. GODOY OLVERA”

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO DR. FEDERICO GÓMEZ
HOSPITAL INFANTIL DE TLAXCALA
HOSPITAL INFANTIL PRIVADO
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
HOSPITAL PEDIÁTRICO TACUBAYA
HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE OAXACA
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO “RODOLFO NIETO PADRÓN”
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD EN IXTAPALUCA
HOSPITAL REGIONAL GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LÓPEZ MATEOS
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN DR. SALVADOR ZUBIRÁN
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA “ISIDRO ESPINOZA DE LOS REYES”
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA “DR. ANTONIO FRAGA MOURET”
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI, “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA
UMAE HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA “DR. VÍCTOR MANUEL ESPINOZA DE LOS REYES”
UMAE HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 4 “DR. LUIS CASTELAZO AYALA”
UMAE HOSPITAL DE PEDIATRÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL “SIGLO XXI”
UMAE HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”
OTRA

137.- ¿Cuándo concluirá su formación académica como médico residente?

Al terminar la especialidad troncal

Al terminar una subespecialidad sin terminar la especialidad troncal

() Al terminar una subespecialidad con la especialidad troncal completa