



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**TESIS  
PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y AUSENTISMO / PRESENTISMO LABORAL EN RESIDENTES  
MÉDICOS PERTENECIENTES AL HGZMF No 8 SAN ANGEL Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.**

**P R E S E N T A**

**DR. VAZQUEZ RAMÍREZ CESAR URIEL**

Residente de Medicina Familiar  
HGZMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"  
Matricula: 97379598 Cel.5627697250  
Correo: cesarurriel246@gmail.com Fax: No fax.

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA  
DIRECTORA DE TESIS**

Médico Familiar. Profesora titular de Medicina Familiar  
Matricula: 98113861, Adscripción: HGZMF No, 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS  
Teléfono: 5545000340 ext 28235 Fax: No Fax.  
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx

**DRA. MENDIOLA PASTRANA INDIRA ROCIO  
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Coordinadora de Medicina Familiar Turno Matutino.  
Adscripción: HGZMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS Matricula: 99126743 Teléfono: 55506422 ext. 28268  
Fax: No Fax.  
Email: dramendiolapastrana@gmail.com

**DRA JALPA PEREA ITZEL NALLELI  
ASESORA CLÍNICA**

Médico Familiar, Adscrita al servicio de Medicina Familiar Turno Matutino  
Matricula: 98160570. Adscripción: HGZMF No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" IMSS  
Teléfono: 5536694648. Fax: No Fax.  
Email: nallejalpa@gmail.com

**POLACO DE LA VEGA THALYNA  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CIUDAD DE MÉXICO DICIEMBRE 2022  
No. DE REGISTRO: R-2022-3605-084**



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.

# “RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y AUSENTISMO / PRESENTISMO LABORAL EN RESIDENTES MÉDICOS PERTENECIENTES AL HGZMF No 8 SAN ANGEL Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

Autores: Vázquez Ramírez César Uriel<sup>1</sup>, Maravillas Estrada Angelica<sup>2</sup>, Mendiola Pastrana Indira Rocío<sup>3</sup>, Jalpa Perea Itzel Nalleli<sup>4</sup>

1 Médico Residente de primer año de la especialidad de Medicina Familiar. HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

2 Médico Familiar. Profesora titular de Medicina Familiar Matrícula: 98113861, Adscripción: HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

3 Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica, Coordinadora de Medicina Familiar Turno Matutino. Adscripción: HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS Matrícula: 99126743

4 Médico Familiar, Adscrita al servicio de Medicina Familiar Turno Matutino Matrícula: 98160570. Adscripción: HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS

## ANTECEDENTES:

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes, en el mundo 300 millones la padecen, siendo la principal causa de discapacidad mundial, influyendo en el desempeño laboral ocasionando “ausentismo” y “presentismo”, términos que describen la ausencia al trabajo y la falta de desempeño laboral. Siendo los residentes médicos vulnerables por la alta carga laboral, de estrés y emociones.

## OBJETIVO:

Evaluar la asociación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## MATERIALES Y METODOS:

Estudio transversal, analítico. Criterios de inclusión: Médicos residentes inscritos al ciclo 2022-2023 en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 (HGZMF No. 8), sexo indistinto, que acepte participar y firmar consentimiento informado, con diagnóstico o no de depresión, con o sin tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. Muestra: 104 Médicos residentes (52 RMF 7 en rotación de campo, 10 RMI, 42 RUMQ 3 en rotación de campo). Variables del estudio: depresión, ausentismo, presentismo. Instrumento de medición: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), SPS-6 para medir presentismo y pregunta dirigida para evaluar ausentismo.

**RESULTADOS:** Predominio del sexo femenino 71.05%, Media de edad: 29.34 años, Porcentaje de depresión del 40.79%, Depresión en residentes de 1er grado 60%, Depresión en residentes de medicina interna 30%, Depresión residentes urgencias 50%, Depresión residentes medicina familiar 40.39%, Puntaje medio de Beck II de 11.50, Porcentaje de presentismo 65.78%, Puntaje media SPS 6 de 20.7, Ausentismo media de 0.40 días. Se encontraron diferentes grados de depresión acorde a especialidad médica y grado de residencia, puntajes del cuestionario SPS 6 similares para las diferentes especialidades y grados, sin embargo, no hay asociación significativa entre la depresión y el ausentismo

**CONCLUSIÓN:** La depresión es un problema vigente en casi la mitad de los médicos residentes, acorde a resultados del cuestionario de Beck II, siendo este un buen instrumento de cribado en primer nivel, así mismo el puntaje medio del cuestionario SPS 6 indica una buena adaptación de los residentes para superar sus problemas y 7 o enfermedades, siendo el cuestionario SPS 6 un instrumento confiable para valorar el presentismo. identificar la depresión en médicos residentes, es el primer paso para fomentar programas que propicien el correcto desarrollo personal y profesional de los médicos en formación.

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y  
AUSENTISMO / PRESENTISMO LABORAL EN  
RESIDENTES MÉDICOS PERTENECIENTES  
AL HGZMF No 8 SAN ANGEL DR. GILBERTO  
FLORES IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA SUR CDMX**

**HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. BRAVO MATEOS GUILLERMO**

**DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

---

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA**

**COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

---

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA**

**PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

---

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA**  
**Médico Familiar. Profesora titular de Medicina Familiar**  
**DEL HGZMF No, 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS**  
**DIRECTORA DE TESIS**

---

**DRA. MENDIOLA PASTRANA INDIRA ROCIO**  
**Médico Familiar, Maestra en Ciencias en Epidemiología Clínica**  
**Coordinadora de Medicina Familiar Turno Matutino.**  
**HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**  
**ASESOR METODOLÓGICO**

---

**DRA JALPA PEREA ITZEL NALLELI**  
**Médico Familiar, Adscrita al servicio de Medicina Familiar**  
**DEL HGZMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS**  
**ASESORA CLÍNICA**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres, por ser pilar fundamental en esta vida y darme la oportunidad de realizar mis sueños profesionales, sin su apoyo, difícilmente estaría en este sitio, agradezco a mis hermanos por hacer de este viaje uno más llevadero, por su amor y amistad, fuente importante de crecimiento y resistencia.

A todos mis amigos y compañeros de la residencia, quienes me han sustentado, alentado, escuchado y consolado a cada paso del camino, quienes hemos crecido juntos, soportado juntos, reído y llorado, a quienes me han permitido aprender, enseñar y confiar.

A mis docentes, mis médicos adscritos, aquellos que compartieron su tiempo, experiencia, amistad y conocimientos, sin su guía nunca llegaría a ser el médico que ahora soy.

A mi pareja, quien soportó conmigo las dificultades de este viaje, y absorta, fue capaz de transformar el peso y el cansancio en alegría y felicidad, por su comprensión, cariño y dedicación.

Agradezco a cada paciente, niño, hombre, mujer y anciano que alguna vez se cruzó frente a mí, permitiéndome, sin saber, aprender de él, reforzar conocimientos, aprender nuevas técnicas y que, sobre todo, tuvieron a bien la valentía de confiar en mi saber.

## **DEDICATORIA**

A todo aquel residente que alguna vez sintió la tristeza de sentirse en soledad, el cansancio de las guardias y la fría vida del hospital, que, al despertar, sin ánimos continuaba, porque el trabajar y el aprender fue su deber.

A todo aquel compañero que frustrado sintió no ser suficiente; que, a pesar de poder rendirse, nunca lo hizo, y aquel que, a pesar de las adversidades, logró salir adelante.

A toda aquella persona, va dedicada esta tesis.

“Si miras fijamente al abismo, el abismo te devuelve la mirada”

Friedrich Nietzsche



## Índice

Marco teórico.....	10
Epidemiología.....	10
Criterios diagnósticos .....	11
Educación médica: Residentes médicos .....	12
Depresión en médicos residentes .....	13
¿Tiene el médico consciencia de que esta enfermo? .....	14
Salud mental y rendimiento laboral: Ausentismo y presentismo .....	14
Covid 19 y salud mental .....	16
Costo del presentismo y ausentismo para los servicios de salud .....	17
Determinantes de la salud mental .....	18
Factores Protectores .....	18
Promoción de la salud mental y prevención de las afecciones de salud mental .....	18
Actitud hacia los trastornos mentales .....	19
ANTECEDENTES .....	20
JUSTIFICACIÓN .....	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	22
OBJETIVO GENERAL.....	22
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
HIPÓTESIS.....	23
Hipótesis nula (H0).....	23
Hipótesis alterna (H1) .....	23
MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
TIPO DE INVESTIGACIÓN: .....	23
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
DISEÑO DEL ESTUDIO .....	25
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO .....	25
MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA .....	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	26
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	26
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	26
VARIABLES DEL ESTUDIO .....	26

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	27
DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES .....	28
PLAN DE ANÁLISIS .....	30
INSTRUMENTO DE RECOLECCION .....	30
METODO DE RECOLECCION.....	31
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	32
Resultados.....	34
Tablas y Gráficos .....	41
Discusión .....	69
CONCLUSIONES .....	74
Bibliografía: .....	75
Anexos.....	79

## **Marco teórico**

### **Definición**

La salud mental es el estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es además, un derecho humano fundamental y elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico.<sup>(7)</sup>

La actual definición de la OMS, da cuenta de que la ausencia de un trastorno mental no es suficiente para experimentar una adecuada salud mental.

Las intervenciones universales y selectivas son adecuadas para promover la salud mental. Los dominios básicos que definen una buena salud mental abarcan: 1.- alfabetización en salud mental, 2.- actitud hacia los trastornos mentales, 3.- autopercepciones y valores, 4.- habilidades cognitivas, 5.- rendimiento académico/ocupacional, 6.- emociones, 7.- conductas, 8.- estrategias de autogestión, 9.-habilidades sociales, 10.- familia y relaciones significativas, 11.- salud física, 12.- salud sexual, 13.- sentido de la vida, 14.- y calidad de vida.<sup>(8)</sup>

El fortalecimiento de la buena salud mental ha recibido mucha menos investigación empírica que la prevención de la mala salud mental y los trastornos mentales. Las razones de este vacío de conocimiento no están del todo claras, sin embargo, es posible que esto se deba al enfoque médico, centrado en la enfermedad.<sup>(8)</sup>

Una definición de buena salud que abarque los dominios mental y social varía entre sistemas, culturas o prácticas clínicas que difieren en valores.<sup>(8)</sup>

### **Epidemiología**

El concepto de salud mental implica bienestar personal, competencia, 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 realizar aportaciones a su comunidad.<sup>(9)</sup>

En algún momento de su vida, la cuarta parte de la población mundial padecerá un trastorno mental esquizoide, depresión, ansiedad o fobias.<sup>(9)</sup>

La depresión es una entidad clínica y tema de salud pública importante que desde 2015 se estima como la tercera causa de discapacidad a nivel mundial.<sup>(10)</sup> Cerca de 3.8% de la población mundial la padece, 5% de los adultos y 5.7% de adultos mayores, esto significa 280 millones de personas en el mundo.<sup>(11)</sup>

En México, 3 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: desórdenes mentales, neurológicos y uso de sustancias, las personas que padecieron algún trastorno mental grave, perdieron en promedio 27 días productivos y alrededor de 7 días si la gravedad fue moderada según cifras de la encuesta mundial de salud.<sup>(12)</sup>

Ante la falta de estudios recientes, la Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica entre 2001 y 2002, el 9.2% de los mexicanos ha tenido un episodio depresivo en la vida, cifra que

aumento hasta el 28% en 2021, siendo ligeramente más elevada su prevalencia en mujeres.<sup>(12)</sup>

Asimismo, los resultados sobre desórdenes mentales en México muestran que una de cada cinco personas con un trastorno psiquiátrico en los últimos 12 meses recibió algún tipo de atención para este problema y más de 75% de los casos graves y moderados entre adultos no recibieron atención médica o psicológica.<sup>(12)</sup>

### **Criterios diagnósticos**

Su diagnóstico se basa en una anamnesis y exploración psicopatológica pormenorizada con el paciente, tratando de obtener información de terceras personas.

Pueden solicitarse pruebas complementarias para valorar el estado médico general. Debe establecerse la gravedad del cuadro mediante una valoración del impacto de los síntomas y del riesgo de daño a sí mismo o a terceros.<sup>(13)</sup>

El manual diagnóstico y estadístico en su quinta edición (DSM V) considera la depresión como un trastorno del estado de ánimo, subdividido en: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado.<sup>(14)</sup> Mientras que la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE -10) la clasifica como leve, moderada y grave con o sin sintomatología psicótica.<sup>(14)</sup>

La depresión es altamente discapacitante y recurrente, llegando a cifras de recurrencia del 40% a 2 años y del 75% a 5 años, los criterios del DSM V para definir un episodio de depresión mayor son: A) 5 o más de los siguientes síntomas durante un mismo periodo de 2 semanas y al menos uno de los síntomas es estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. 1.- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, 2.-interés o placer marcadamente disminuido, 3.- pérdida de peso significativa sin hacer dieta, 4.- insomnio o hipersomnía, 5.- agitación o retraso psicomotor, 6.- fatiga, 7.- sentimiento de inutilidad o culpa excesiva, 8.-disminución de la capacidad para pensar. B) Todos estos efectos causan malestar significativo, deterioro social o laboral y C) no pueden ser explicadas por el consumo de alguna sustancia. Criterios A y C representan depresión mayor.<sup>(15)</sup>

Colectivamente y a nivel mundial, se le atribuye a los trastornos mentales más de 40 millones de años perdidos por incapacidad, esto sólo en personas de 20 a 29 años, solamente en el año 2010.<sup>(16)</sup> Aunado a lo anterior, las personas que se desempeñan en tareas de cuidado o asistenciales sufren más cansancio emocional, despersonalización y sensación de bajos logros personales, lo cual los hace más vulnerables que el resto de la población a sufrir estados depresivos.<sup>(16)</sup>

Si bien el diagnóstico es meramente clínico, con base en la entrevista con el paciente, se ha encontrado que el uso de cuestionarios, como el Inventario de depresión de Beck en sus 2 versiones, alcanza una sensibilidad diagnóstica con una puntuación mayor a 13 puntos, con una sensibilidad y especificidad del 100 y 99% respectivamente para el diagnóstico de depresión mientras que el inventario de Beck II alcanza cifras de sensibilidad y especificidad del 86.7 y 92% respectivamente.<sup>(17)</sup>

El tratamiento debe ser acorde a la gravedad, personalizado para cada caso, integrador y basado en la evidencia científica. Las medidas terapéuticas incluyen pautas higiénico-

dietéticas, psicoterapia, tratamientos farmacológicos, de neuromodulación y rehabilitación funcional.<sup>(13)</sup>

### **Educación médica: Residentes médicos**

En 2017 se llevó a cabo en Chile, la tercera versión del LACRE (Latin America Conference on Resident Education) organizado por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, La Pontificia Universidad Católica de Chile y la Organización Panamericana de la Salud, bajo el lema: o “*Let’s educate with the mind and the heart: How do we teach without breaking the student?*” (Eduquemos con la mente y el corazón, ¿Cómo enseñar sin romper al estudiante?), Donde se discutió sobre como la mala salud mental es un riesgo para el paciente y el residente.<sup>(5)</sup>

Al ser la residencia médica una etapa fundamental de preparación y adiestramiento entre los médicos especialistas, la exigencia y dedicación puede encontrarse al límite generando desgaste profesional e inclusive síndrome de “Burnout” (síndrome caracterizado por cansancio emocional y despersonalización de los pacientes).<sup>(18)(19)</sup> Dentro de las causas se encuentra el agotamiento personal, extensas jornadas laborales, la privación de sueño, sobrecarga de tareas y actividades, turnos nocturnos, despersonalización de sentimientos y experiencias, largas horas de estudio, presión emocional, problemas económicos<sup>(18)(4)</sup>

Durante la residencia médica, el alumno tiene la condición dual de estudiante y médico tratante, lo cual lo expone a situaciones de alta responsabilidad con insuficiente experiencia y una limitada autonomía, cuando este desbalance dura demasiado, termina socavando la motivación del estudiante, siendo objeto del juicio de sus superiores y pares.<sup>(5)</sup>

Aunado a factores sociológicos como son la brecha generacional entre residentes y adscritos, superiores, compañeros, etc. Se encuentra la percepción y el estigma que genera el cambio de paradigmas entre una generación y la anterior, ya que a menudo es común escuchar por parte de los médicos de mayor antigüedad que los actuales residentes son “flojos”, “irresponsables” cuando lo único que tienen es que están deprimidos, de la misma forma, los residentes suelen expresar que los médicos de mayor antigüedad son “rígidos” y “severos”, la falta de comunicación efectiva entre ambos genera una falta de confianza tanto para la búsqueda de ayuda como el asesoramiento adecuado, generando estigmas en ambos lados de la balanza.<sup>(20)(21)</sup>

Un aspecto bastante desatendido en el personal médico es su personalidad definido como el patrón de actitudes, pensamientos, sentimientos y repertorio conductual que caracteriza a una persona, y que tiene una cierta persistencia y estabilidad a lo largo de su vida, diversos estudios principalmente en Estados Unidos y Reino Unido coinciden en que los médicos suelen tener características narcisistas y rasgos de trastorno obsesivo compulsivo, lo cual predispone a ciertas patologías, roces con el personal y los pacientes, dificultad para separar la vida personal de la vida laboral, entre otros.<sup>(22)</sup>

Dichas características predisponen a los médicos a sufrir frustración cuando las circunstancias no salen del modo que planean, a sentirse infravalorados al no recibir el reconocimiento que anhelan y sufrir falta de motivación por las mismas situaciones, el trato y la manera de afrontar el estrés, la sobrecarga emocional y de trabajo.<sup>(22)</sup>

## Depresión en médicos residentes

La tasa de depresión, agotamiento y suicidio en profesionales médicos se encuentra en cifras superiores a la población general, en México hay poca difusión sobre este tema, y son muy pocos los hospitales que realizan estrategias de prevención y manejo a su personal.<sup>(23)</sup>

Los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25% a 79.6% para depresión y 39% a 69.9% para ansiedad, con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año. Otros estudios nacionales e internacionales reportan prevalencias de depresión de 47.5% y 20%, respectivamente.<sup>(23)</sup>

Se han reportado altas tasas de suicidio en México desde 1858, sin embargo, hasta la fecha, las causas de esto siguen sin abordarse, de todas las profesiones, el médico siempre logra situarse cerca de la cima de las profesiones con mayor riesgo de suicidio y no es hasta años recientes en que ha aumentado el reconocimiento de esta patología en estudiantes y residentes médicos.<sup>(23)</sup>

En México, se reporta que el 47.5% de los residentes médicos tienen síntomas depresivos, 16.4% altos niveles de estrés, 55% hace uso de tabaco, 65% consume alcohol y el 23% utiliza alguna droga o sustancia ilegal.<sup>(16) (24)</sup>

Menos del 25% de estudiantes de medicina con depresión buscan ayuda profesional, significando que este grupo se encuentra subtratado y subdiagnosticado, la ideación suicida se encuentra entorno al 11.2% y la tasa de suicidio en población médica respecto a la población general es del 40% más en hombres y del 120% más en mujeres.<sup>(4)</sup>

En el lugar de trabajo de atención médica, particularmente, se experimentan altas tasas de trastornos mentales: agotamiento, estrés postraumático, ansiedad, depresión etc. Debido a carga de trabajo, las situaciones emocionalmente cargadas, estigma contra la búsqueda de atención, violencia. Todo esto asociado a un mayor riesgo de incidentes de seguridad en el paciente como un aumento de 6 veces más errores médicos y de medicación, infecciones, calidad de la atención, etc.<sup>(25) (26)</sup>

Las alteraciones más comunes durante esta etapa de formación son: cansancio físico, hostilidad, ansiedad y trastornos depresivos, algunos autores consideran como periodo crítico el primer semestre de la residencia médica con una alta tasa de trastorno depresivo durante todo el primer año.<sup>(23)</sup>

Una de las principales normas de buena práctica es no comprometer el juicio clínico por el hecho de que el paciente sea médico, existiendo una larga historia de médicos suicidados por falta de diagnóstico y tratamiento causados por lo permisivo de sus colegas complacientes.<sup>(23)</sup>

Criterios importantes a tener en cuenta son:

- Los médicos consultan demasiado tarde.<sup>(23)</sup>
- Asumir que todos los médicos afectados han contemplado el suicidio.<sup>(23)</sup>
- El médico enfermo puede no ser sincero para evitar la baja laboral.<sup>(23)</sup>
- Tratar las conductas del sueño con medicación apropiada, dado el alto índice de suicidio.<sup>(23)</sup>

El desarrollo de signos y síntomas mentales en los residentes interfieren con su capacidad de concentración, a aprendizaje y en las habilidades clínicas, lo que conlleva un riesgo en la calidad de atención de los pacientes. En México se han reportado una fuente de insatisfacción en médicos residentes relacionados con aspectos ambientales de trabajo, tales como la excesiva demanda asistencial inherente al trabajo en una institución pública de salud o desempeñar actividades consideradas impropias para su calidad de médicos en adiestramiento (mensajero, camillero, secretario, etcétera). A esta insatisfacción se suele hacer referencia de varias maneras: estrés, burn out, depresión, ansiedad, agotamiento psíquico e insatisfacción. <sup>(23)</sup>

### **¿Tiene el médico consciencia de que esta enfermo?**

Podemos decir que, cuando el médico está enfermo y debe actuar frente a un paciente, un enfermo atiende a otro. Muchas son las razones por las cuales el médico-enfermo acude a trabajar: por presión de los familiares del paciente, por imposibilidad de derivación a otro centro, por la convicción de que, aun sintiéndose enfermo, cree que debe actuar. <sup>(27)</sup>

El profesional sabe que no podrá ser totalmente eficiente, que le faltarán fuerzas y que cometerá más errores que habitualmente. Estará atrapado en un laberinto, y no podrá salir de él sino resolviendo el problema de su paciente, con consecuencias difíciles de predecir. <sup>(27)</sup>

La percepción social parecería ser que los médicos no se enferman. La conocida “omnipotencia” médica en busca de heroicidad a veces no tiene sentido y puede terminar mal. ¿Es mala praxis atender estando enfermo aun cuando no hubiera otro capaz de hacerlo? Según Broeckman, la enfermedad constituye una nueva dimensión de la sensibilidad, a veces carente de razonamiento. Creemos que eso es lo que introduce a los médicos en el laberinto; finalmente nos preguntamos quién se ocupa del cuidado del médico o quién cuida al cuidador. <sup>(27)</sup>

Creemos que el médico en estado de enfermedad carece de la imagen real de esta; es necesario avanzar en el análisis de los rasgos narcisistas de la personalidad. <sup>(27)</sup>

### **Salud mental y rendimiento laboral: Ausentismo y presentismo**

La mala salud mental de los trabajadores de la salud afecta a los sistemas de salud al intensificar la escasez de mano de obra, resultado de la reducción del esfuerzo laboral o de quienes abandonan la práctica. <sup>(19)</sup> De acuerdo a los Institutos de Medicina de Estados Unidos de América, cada año mueren entre 44 000 y 98 000 pacientes como resultado de errores médicos. <sup>(26)</sup> De la misma forma en Reino Unido, estos eventos ocurren en más del 10% de los ingresos hospitalarios, eventos los cuales pudieron ser prevenidos. Estudios recientes muestran la asociación de estos eventos a la falta de sueño y sobrecarga de trabajo del personal. <sup>(28)</sup>

Como se ha mencionado, la ansiedad y los trastornos depresivos tienen un impacto mayor en la funcionalidad diaria, las personas que padecen estas condiciones experimentan más discapacidad laboral y mayor pérdida de días laborales (ausentismo laboral). Esta pérdida de productividad afecta al paciente, su familia y a la sociedad.<sup>(29)</sup>

Solo en 2017 las pérdidas por depresión y ansiedad ascendieron a 1 billón de dólares, haciendo que en 2019 la OMS clasificara el agotamiento como un “fenómeno ocupacional” en la CIE-10, reconociendo los costos debidos a mala salud mental y el efecto en los trabajadores. Demostrando que el presentismo (acudir al sitio de trabajo con un rendimiento mínimo) contribuye a un costo económico mayor que el ausentismo.<sup>(25)</sup>

Bajo estas condiciones, podemos definir al ausentismo laboral como no asistir al trabajo y el presentismo laboral como acudir al trabajo “enfermo” con un rendimiento laboral menor al habitual. Encontrando en la literatura actual que el presentismo asociado a un trastorno del ánimo es una de las principales causas de baja productividad en los empleados.<sup>(30)</sup>

Según datos de la Universidad Nacional Autónoma de México, el presentismo laboral es una enfermedad que afecta al 30% de los trabajadores mexicanos afectando física y emocionalmente a una persona, lo cual deriva en riesgos y una baja productividad de las empresas, incluso mayor que el ausentismo.<sup>(31)</sup>

El presentismo y ausentismo generan en el trabajador, en este caso médico residente, inseguridad y miedo de comentarlo a sus superiores, ya que esto supone un miedo a la pérdida del trabajo y percepción negativa por parte de los superiores.<sup>(2)</sup> Un estudio realizado en 8 países, entre ellos México, llevado a cabo por Evans-Lacko y M. Knapp encontró asociación entre el nivel de estudios y el grado de ausentismo y presentismo, encontrando que a mayor grado de estudios menor número de ausentismo, sin embargo, a mayor nivel de estudio se aumenta la proporción de días de presentismo laboral.<sup>(2)</sup>

Recientemente el presentismo se ha convertido en un tema de interés. Adrián y col definieron al presentismo laboral como acudir a trabajar estando con algún problema de salud y surge como una contraparte al ausentismo laboral. Contrario a lo que podríamos pensar intuitivamente, existen afirmaciones de que trabajar mientras se está enfermo causa una pérdida de productividad mucho mayor que el ausentismo.<sup>(32)</sup>

De acuerdo a un estudio elaborado por la empresa Kronos en México, la tasa promedio de ausentismo es del 7.5% del total de los días laborables del año.<sup>(33)</sup>

Es importante notar que esta pérdida de productividad puede variar dependiendo de las acciones que tome cada empresa:

- 14% de pérdida en productividad para empresas que no hacen nada
- 11% de pérdida en productividad para empresas que usan personal existente para cubrir turnos
- 9% de pérdida en productividad para empresas que utilizan supervisores o reemplazos de terceros.<sup>(33)</sup>



Esta pérdida de productividad por la ausencia de los trabajadores se da en su mayoría a raíz de ausencias no planeadas, por lo que no toma en cuenta los periodos vacacionales agendados por cada persona. Estas ausencias se definieron como un tiempo libre durante el cual la persona estuvo recibiendo su sueldo de tiempo completo. <sup>(33)</sup>

Los altos costos monetarios del ausentismo y presentismo deberían ser foco de estrategias de prevención y diagnóstico de las enfermedades mentales, ya que su impacto no solo afecta a las empresas, afecta a los sistemas de salud, el personal involucrado y a la sociedad en general.<sup>(34)</sup> Así mismo, el grado de disfunción (ausentismo y presentismo) va acorde a la gravedad y duración de los síntomas depresivo-ansiosos. <sup>(35)(2)</sup>

Todo esto tiene un trasfondo multidisciplinario y multifactorial, mientras que, para muchas personas, un buen trabajo contribuye a una buena salud mental, para otras un mal trabajo, un ambiente laboral desfavorable, así como distintas condiciones médicas, ambientales, sociopolíticas y culturales, contribuyen a la carga psicológica de una buena o mala salud mental, procesos a los cuales debiera verse enfocada las acciones de prevención y diagnóstico temprano de depresión y ansiedad. <sup>(36)</sup>

A pesar de estos antecedentes, los estudios hechos sobre el presentismo en nuestro país son realmente escasos, y la mayoría de estos han sido realizados en otros rubros que no son los de salud, por ello son pocos los profesionales de la salud que estén habituados al término. Por ser uno de los principales problemas frente a los que se tienen que oponer las empresas, las que manejan trabajadores que se dedican a brindar un servicio de salud a población con problemas de salud mental, tienen un mayor desafío por delante. <sup>(32)</sup>

## **Covid 19 y salud mental**

Añadiendo contexto social, a partir de diciembre de 2019 la aparición de la pandemia causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, agente etiológico de la enfermedad covid-19, planteó un reto para las instituciones de salud y su personal, dada su alta contagiosidad y mortalidad inicial, supuso un reto administrativo, estructural, físico y mental para los profesionales de la salud, la falta de información y la difusión de información falsa produjo estragos en la salud mental de los trabajadores asignados a áreas directas de atención covid-19, incluso en aquellos que no estaban expuestos de manera directa a los pacientes, aumentando los niveles de ansiedad, depresión, miedo y problemas de somatización. <sup>(37)</sup>

En el informe “The covid-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)” sobre 14 502 trabajadores de 11 países, incluido México, de la Organización Panamericana de salud, muestra que entre el 14.7% y el 22% del personal de salud entrevistado durante 2020 presentó síntomas de un episodio depresivo, mientras que el 5 al 15 % confeso haber pensado en suicidarse, y en algunos países, solo un tercio de quienes solicitaron ayuda psicológica la recibieron. La actual pandemia, dejó al descubierto que los países no han desarrollado políticas específicas para proteger su salud mental. <sup>(38)</sup>

En nuestro país, algunos estudios realizados en médicos residentes llegaron a encontrar cifras tan altas como el 45% de depresión y 17% de ansiedad en residentes médicos entrevistados que han estado en contacto con pacientes con COVID 19. <sup>(6)</sup>

Sin duda la pandemia por SARS CoV-2 es una variable que escapa a nuestras posibilidades y capacidad de respuesta a un corto plazo, sin embargo, hay muchos otros puntos los cuales podemos hacer incidencia y buscar prevenir de manera oportuna, ya que la mejor forma de tratar es evitar llegar a tratar.

### **Costo del presentismo y ausentismo para los servicios de salud**

Varios artículos mencionan que el papel de la depresión en el ausentismo y presentismo laboral tiene dos aristas, por un lado, el estigma y la falta de importancia que tiene la salud mental en la población general y en población médica, orilla a quienes la padecen a no buscar ayuda; y por otra parte, el miedo a informar a los superiores o empleadores la baja productividad o la ausencia al sitio de trabajo por depresión, lo cual genera un miedo justificado a la pérdida del trabajo, disminución de estímulos o juicio negativo por parte de los superiores y personal conjunto, lo cual los orilla a muchas veces buscar incapacidades por otras situaciones médicas. <sup>(25)(20)(5)(35)</sup>

Teniendo en cuenta todo lo anterior mencionado, ¿En qué afecta al Instituto Mexicano del Seguro social un residente deprimido? Podríamos pensar que en nada, ya que el afectado de manera “lógica” es el residente, quien sufre alteraciones de la plasticidad neuronal, atrofia neuronal y pérdida sináptica en la corteza prefrontal media y en hipocampo, empeora la memoria para eventos positivos y la mejora para experiencias negativas.. <sup>(39)(40)(41)</sup> Hasta cierto punto el mayor afectado es el médico residente, sin embargo no podemos negar el fuerte impacto económico que sus acciones tienen sobre el modelo de precios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ya que al cotejar la tabla de costos unitarios por nivel de atención médica actualizados al año 2022, podemos marcar las actividades realizadas más comúnmente por los médicos residentes, dentro de esta investigación se trata con médicos residentes de las especialidades de medicina familiar, urgencias médico quirúrgicas y medicina interna, por lo que podemos enunciar las siguientes actividades y sus costos en moneda nacional MXN: Consulta de medicina familiar \$969, atención urgencias primer nivel \$916, curaciones \$512, día de hospitalización primer nivel \$ 10,761, prueba rápida COVID-19 \$319, RT-PCR SARS CoV2 \$1,137, consulta de especialidad en segundo nivel \$1,559, atención de urgencias segundo nivel \$1.737, radiodiagnóstico \$454, ultrasonografía \$609, TAC \$2,964, endoscopia \$ 4,081, estudio de laboratorio \$137, día de hospitalización segundo nivel \$10,739 por día. <sup>(42)</sup>

Con la anterior información y en el ejemplo más sencillo, un residente de medicina familiar encargado de brindar 1 turno de consulta médica, equivalente a 24 consultas, en el supuesto que ese día el presentismo laboral lo orille a brindar 24 consultas de mala calidad equivale a que esas 24 personas implican un gasto inefectivo de \$23,256 pesos mexicanos, en el caso de un residente de medicina interna que omita un estudio que alargue la estancia hospitalaria 1 día más implica \$10,761 pesos extra para el instituto, lo cual suponiendo, en el mejor de los casos, la afección de uno solo de sus elementos, sin embargo según la literatura la cantidad de médicos afectados va desde el 11 hasta el 50% del personal, por lo cual podemos imaginar gastos millonarios debidos a la depresión y el presentismo.

## **Determinantes de la salud mental**

La OMS define la promoción de la salud como “el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla” <sup>(43)</sup>

A lo largo de la vida, múltiples determinantes individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental. <sup>(7)</sup>

Factores psicológicos y biológicos individuales: Habilidades emocionales, abuso de sustancias, genética.

Exposición a circunstancias: Sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, pobreza, violencia, desigualdad y degradación del medio ambiente.

Estos riesgos pueden estar en cada etapa de la vida, pero los más perjudiciales son aquellos que ocurren durante los periodos sensibles del desarrollo, especialmente la infancia, la crianza severa y los castigos físicos, el acoso escolar por mencionar algunos ejemplos. <sup>(7)</sup>

Sitio de trabajo: Alta demanda laboral, bajo control laboral, bajo apoyo social, desequilibrio entre esfuerzo y recompensa, inseguridad laboral, empleo temporal, horas de trabajo atípicas, intimidación, estrés, acoso, etc. <sup>(25) (4)</sup>

Ambiente: Hasta cierto punto el ambiente hospitalario puede moldear el trato y las respuestas de los estudiantes, al recibir y copiar actuar de los médicos de mayor jerarquía, pudiendo perpetuar actitudes negativas, autoritarias o favorables. <sup>(22)</sup>

No laborales: Estado familiar, redes de apoyo. <sup>(25)</sup>

Los cambios psicosociales en un periodo de tiempo breve se han relacionado con el incremento de la tasa de suicidio en las últimas décadas, debido a que la incertidumbre que se genera se convierte en una fuente potencial de estrés y vulnerabilidad para trastorno depresivo o ansioso en individuos predispuestos. <sup>(23)</sup>

## **Factores Protectores**

Se encuentran durante toda la vida y aumentan la resiliencia, entre ellos se encuentran las habilidades y atributos sociales, emocionales, individuales, interacciones sociales positivas, educación de calidad, trabajo decente, vecindarios seguros, cohesión social etc. <sup>(7)</sup>

La buena salud mental es culturalmente sensible y, como tal, los intentos de investigación en este campo han sido esporádicos e idiosincrásicos. Además, todavía no se ha validado ningún marco conceptual general para promover una buena salud mental. <sup>(8)</sup>

## **Promoción de la salud mental y prevención de las afecciones de salud mental**

Los trastornos mentales no son exclusivos de un grupo de personas en particular, se encuentran en personas de todas las regiones del mundo, 1 de cada 4 personas

desarrollará un trastorno mental, acumulando el 13% de los DALY's (Años de vida ajustados por discapacidad), su impacto económico es enorme, tanto a nivel individual y comunitario siendo más alto que el presupuesto anual destinado al cáncer o enfermedades respiratorias, sin embargo, los países no invierten en prevención o promoción a la salud mental ya que es un concepto multifactorial, intersectorial y cultural difícil de abordar. <sup>(44)</sup>

Implica un problema de salud pública importante ya que los costos por servicios de salud, la baja productividad de los afectados en el trabajo, el impacto familiar y a los proveedores de cuidados, la pérdida de empleos, el aumento del crimen y la seguridad pública, su impacto sobre la mortalidad prematura y el estigma que genera, es inconmensurable. <sup>(44)</sup>

Se pueden implementar estrategias multisectoriales si partimos del punto de vista de la salud mental como un recurso y un derecho humano, basado en estrategias universales dirigidas a toda la población y en estrategias dirigidas a grupos especialmente vulnerables, incluyendo la participación comunitaria, de empresas privadas y del gobierno tal como lo establece la declaración de Yakarta en 1997. <sup>(44)</sup>

Se centran en identificar los determinantes individuales, sociales y estructurales, requiere adoptar medidas que involucren a los sectores responsables de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda y protección social. <sup>(7)</sup>

El sector salud puede contribuir integrando esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, promoviendo, iniciando y facilitando la colaboración multisectorial. <sup>(7)</sup>

El objetivo general, Por lo tanto, la promoción de la salud mental consiste en aumentar el bienestar, la competencia y la resiliencia de cada individuo, promoviendo el empoderamiento de los individuos, la integración de minorías étnicas, interacciones interpersonales positivas, la participación social, responsabilidad social y tolerancia, servicios sociales, apoyo social y redes comunitarias. <sup>(8) (44)</sup>

### **Actitud hacia los trastornos mentales.**

La actitud que tenemos y cómo reaccionamos frente a alguien con un trastorno mental. El estigma es una actitud negativa hacia una persona, que conduce a una acción negativa o discriminación. La estigmatización de los jóvenes con problemas de salud mental está muy extendida y comienza desde la infancia y puede aparecer a lo largo de la vida. Además, el estigma y el autoestigma son algunas de las barreras más importantes para la atención de la salud mental. <sup>(8)</sup>

## ANTECEDENTES

La depresión, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el trastorno mental más común en el mundo, estimando que alrededor del 5% de los adultos a nivel global sufren de ella, siendo principal causa de discapacidad a nivel mundial. <sup>(1)</sup>

Como menciona la OMS, genera sufrimiento, afecta la vida cotidiana en sus distintos ámbitos, actividades laborales, escolares y familiares, llevando al suicidio en el peor de los casos, siendo este último la 4ta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. <sup>(1)</sup>

Siendo la depresión, según Evans, una de las principales causas de discapacidad en el mundo, recientes investigaciones sugieren que el principal factor que contribuye al impacto económico que genera la depresión son: el ausentismo y el presentismo, que merma la productividad laboral, costos, procesos y salarios. <sup>(2)</sup>

Las investigaciones en salud, economía y ciencias sociales hechas por Kessler, arrojan que las enfermedades, dentro de ellas las mentales, no tratadas o subdiagnosticadas causan pérdidas importantes desde el punto de vista de los empleadores y para el sitio de trabajo, y la economía nacional, teniendo tan solo en los estados unidos, costos de 33 billones de dólares al año por ausentismo laboral. <sup>(3)</sup>

En la población médica, investigaciones hechas por Carrillo Córdova, y la Conferencia Latinoamericana en educación de Residentes 2017 evidencian que la carga laboral, el estrés, la carga emocional que implica el contacto con pacientes, la falta de sueño, las jerarquías, la carga laboral y académica, son algunos de los factores de riesgo que predisponen al residente a sufrir depresión con todas las consecuencias que esto conlleva, alcanzando cifras de cerca del 50% de los residentes por institución en nuestro país. <sup>(4)(5)(6)</sup>

Contrastando estas cifras, un grupo reducido de empleadores son conscientes sobre la importancia del tratamiento y prevención de la depresión y diversas causas de ausentismo laboral en sus sitios de trabajo. <sup>(3)</sup>

## JUSTIFICACIÓN

**Magnitud:** La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes a nivel mundial, y una de las principales causas de ausentismo laboral y discapacidad, teniendo un costo anual solo en los Estados Unidos de 33 billones de dólares por año, lo cual la convierte en un tema prioritario tanto para la salud como para la economía. En México 47.5% de los residentes médicos tienen síntomas depresivos, 16.4% altos niveles de estrés, 55% hace uso de tabaco, 65% consume alcohol y el 23% utiliza alguna droga o sustancia ilegal. Lo cual hace evidente el grave problema que atañe nuestros sistemas de salud.<sup>(16) (24)</sup>

**Viabilidad:** El enfoque preventivo del primer nivel de atención debe basarse en prevenir los factores de riesgo de los individuos y las poblaciones, así como brindar diagnóstico y tratamiento oportuno a población con depresión, mediante el uso de los niveles de intervención de Doherty y Baird, logrando idealmente alcanzar el nivel 3 “sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis” con lo que se espera incidir en la productividad, rendimiento académico, y la calidad de vida de los médicos residentes.

**Vulnerabilidad:** Se espera evaluar presencia y relación de depresión, ausentismo y presentismo en residentes del HGZMF No. 8 Dr Gilberto Flores Izquierdo.

**Factibilidad:** Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitarán cuestionarios que serán aplicados a la población en estudio.

**Trascendencia:** La depresión es un problema de salud pública con repercusiones en todos los ámbitos del desarrollo, empleos relacionados con la salud tienen implicaciones personales, educativas y sociales que generan momentos de angustia, temor, inseguridad y estrés, lo cual conlleva a malas decisiones, sentimientos de incapacidad, ausentismo laboral, presentismo, anhedonia, entre otros. Motivo por el cual las autoridades educativas locales deben estar al pendiente de la salud mental de sus residentes mejorando así la calidad y costo de atención de la población.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En 2012, durante el día mundial de la salud mental, la OMS enfatizó que la depresión es una crisis de salud mundial, con aproximadamente 350 millones de personas de todas las edades, clases sociales y culturas, y aún más, toda persona cerca sufre los efectos indirectos de la depresión (compañeros de trabajo, amigos, pareja, familia).

La conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental, celebrada en Helsinki en enero 2005 definió la salud mental como un estado de bienestar en que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de manera productiva y fructífera contribuyendo a la vida de su comunidad.

Los médicos residentes deben adaptarse a periodos de aprendizaje bajo intensas cargas de estrés, pudiendo afectar su productividad, su salud y su autoestima, los profesionales de salud se ven afectados directamente al trabajar con enfermos y sus sentimientos, lo cual es desgastante, demostrando porque la prevalencia de depresión en los médicos y el riesgo de suicidio es mayor respecto a la población general.

Por eso me pregunto:

¿Existe asociación entre depresión y ausentismo / presentismo en residentes médicos del HGZMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”?

### **OBJETIVO GENERAL**

- Evaluar la asociación entre depresión y ausentismo / presentismo en residentes médicos del HGZMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar la presencia de depresión en residentes médicos del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- Evaluar la presencia de ausentismo / presentismo asociado a depresión en residentes médicos del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.
- Describir el número de días afectados por presentismo y/o ausentismo laboral debido a depresión en un mes de trabajo.

## **HIPÓTESIS**

Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

### **Hipótesis nula (H0)**

- No existe asociación entre depresión y ausentismo / presentismo en residentes médicos del HGZMF No? 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

### **Hipótesis alterna (H1)**

- Existe asociación entre la presencia de depresión y mayor ausentismo / presentismo en residentes médicos del HGZMF No? 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Este fue un estudio observacional, transversal, analítico, prospectivo, prolectivo.

**A) OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo va a describió el fenómeno estudiado.

**B) TRANSVERSAL:** Según el numero de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.

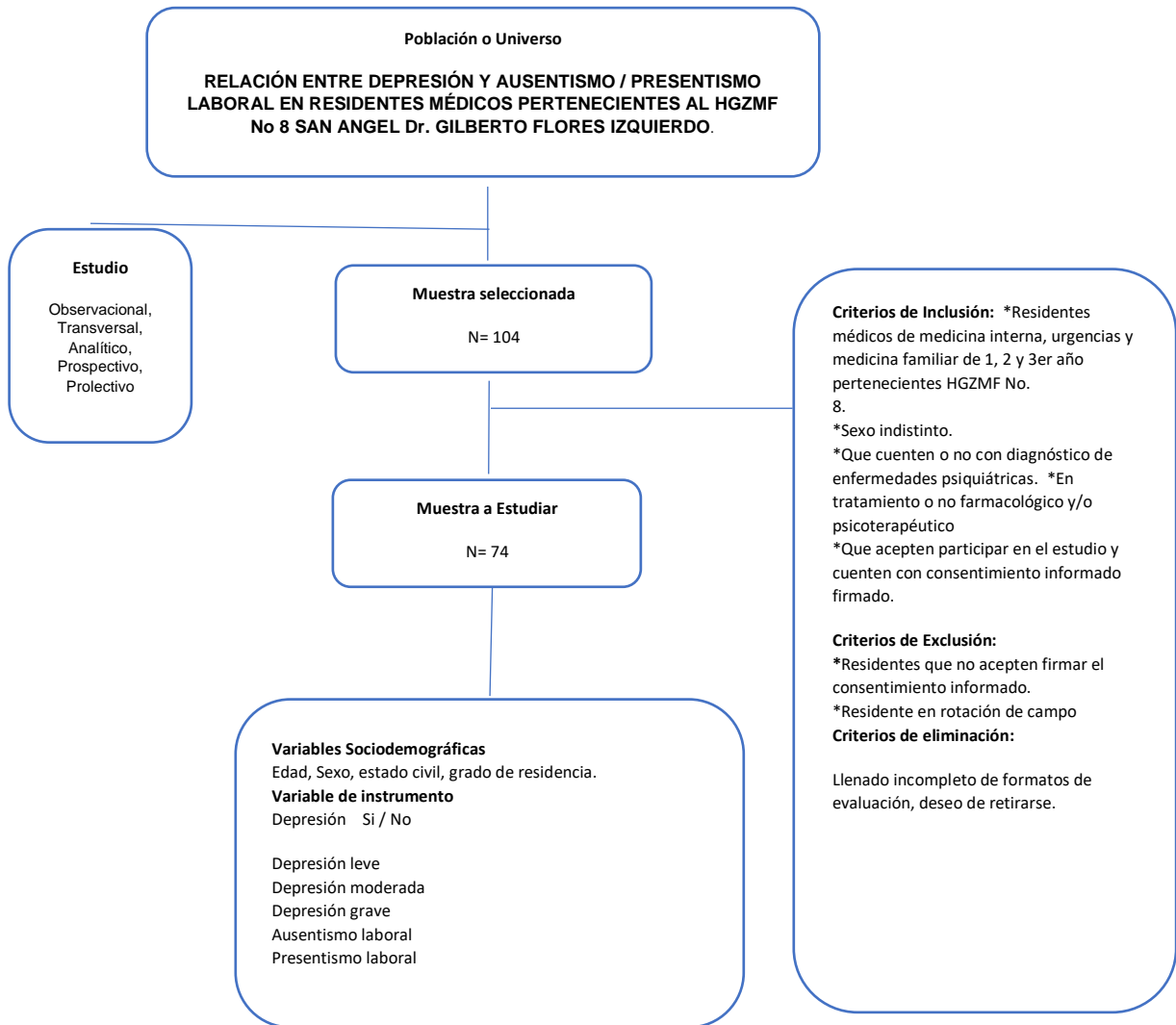
**C) Analítico:** Pues se descubrió la relación entre un factor de riesgo y un determinado efecto

**D) Prospectivo:** Ya que los datos se recogen a medida que los hechos suceden.

**E) Prolectivo:** La recolección de datos se realizó en tiempo real, con fines de investigación durante el momento que ocurrió el fenómeno estudiado.



## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



## DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la realización del presente estudio, se incluyeron médicos residentes de las especialidades de urgencias médico quirúrgicas, medicina interna y medicina familiar de los 3 años de especialidad, pertenecientes al HGZMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el ciclo escolar 2022-2023, que cumplan con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

## POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Residentes médicos de urgencias, medicina interna y medicina familiar de los 3 años, ambos sexos pertenecientes al HGZMF No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”. La recolección de los datos inició a partir de octubre de 2022 a diciembre de 2023, El estudio se realizó en las instalaciones del HGZMF No 8.

## MUESTRA PARA POBLACIÓN FINITA

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra para estimar una proporción en poblaciones finitas tomando en cuenta los siguientes supuestos y la siguiente formula

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

**N**= Tamaño de la población (104 residentes inscritos)

**n**= Tamaño de la muestra

**Z $\alpha$**  asociado a un nivel de confianza del 95% = 1.96

**p**= proporción esperada: prevalencia se ausentismo 7.5%. Prevalencia de presentimos de presentismo 30%

**q**= 1-p

**d**= precisión

**N**= 74

Para el presente estudio se incluyó la totalidad de residentes activos, inscritos a los 3 años de las especialidades de urgencias (RUMQ), medicina interna (RMI) y medicina familiar (RMF) del HGZMF 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO, 104 residentes en total (42 RUMQ, 10 RMI, 52 RMF), se excluyeron a 7 residentes de medicina familiar se encontraban en rotación de campo y 3 residentes de urgencias por el mismo motivo.

N para el presente estudio = 94

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Residentes médicos de las especialidades de urgencias, medicina interna y medicina familiar pertenecientes al HGZMF No. 8.
- Femenino o masculino.
- Con o sin diagnóstico previo de enfermedad mental.
- Bajo tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico o sin tratamiento
- Que aceptaron participar en el estudio y contaron con consentimiento informado firmado.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Residentes en rotación de campo
- Residentes en rotación en el extranjero
- Residentes en incapacidad

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Residentes médicos que respondieron en forma incompleta la escala.
- Residentes que desearon retirarse del estudio.

### **VARIABLES DEL ESTUDIO**

**Variable independiente:** Depresión.

**Variable dependiente:** Ausentismo / Presentismo.

### **VARIABLES UNIVERSALES:**

- Edad

- Sexo
- Estado civil
- Grado de residencia

## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES**

- **Ausentismo:** Días no trabajados por el residente sin contar días de descanso
- **Presentismo:** Días con baja productividad por el residente.
- **Depresión:** Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.
- **Edad:** Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo.
- **Sexo:** Características fisiológicas y anatómicas que diferencian al género masculino y femenino.
- **Residente:** Médico quien realiza algún curso de especialización.
- **Estado civil:** Situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	Tipos de variable	Definición operativa	Escala de medición	Valores
<b>Ausentismo</b>	Dependiente	Se interrogó a los participantes de forma directa: 1 ¿En los últimos 3 meses, has faltado por sentirse triste o sin ánimos de trabajar? 2.- ¿Cuántos días?	1.Cualitativa Nominal Dicotómica  2.Cuantitativa discreta	1. Si No  2. Días
<b>Presentismo</b>	Dependiente	Se obtuvo posterior a la aplicación del instrumento SPS6	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Si 2. No
<b>Depresión</b>	Independiente	Se evaluó mediante resultados de instrumento de medición, Cuestionario de Beck II	Cualitativa	Depresión 1.- Si 2.- No
<b>Edad</b>	Universal	Se interrogó a los participantes de forma directa	Cuantitativa Discreta	Edad en años
<b>Sexo</b>	Universal	Se interrogó a los participantes de forma directa	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
<b>Residente</b>	Universal	Se interrogaó a los participantes de forma directa	Cualitativa Ordinal Politómica	1.Residente urgencias 1 2.Residente urgencias 2

				<p>3.Residente urgencias 3</p> <p>4.Residente MI 1</p> <p>5.Residente MF 1</p> <p>6.Residente MF 2</p> <p>7.Residente MF 3</p>
<b>Estado civil</b>	Universal	Se interrogó a los participantes de forma directa	Ordinal politémica	<p>1.-Soltero, viudo, divorciado, separado</p> <p>2.-Casado, unión libre, amasiato, noviazgo</p>

## PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó estadística descriptiva utilizando medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión para variables cuantitativas; se utilizó frecuencia y proporciones para describir las variables cualitativas. Se utilizaron elementos gráficos y tablas para resumir los datos. Se hizo uso de prueba de chi cuadrada para diferencia de proporciones. Un valor p menos a 0.05 o un IC al 95% serán considerados estadísticamente significativos. El análisis de los datos se efectuó mediante el paquete estadístico STATA 12.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Se utilizaron 2 instrumentos de medición para la obtención, el primero es el Inventario de depresión de Beck-II, el cual es un autoinforme de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert, el cual ha sido uno de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar depresión en mayores de 13 años. La confiabilidad para la versión mexicana por consistencia interna obtenida es de: alfa de Cronbach = 0.87,  $p < .000$ .

Entre sus puntos fuertes destaca:

- Traducción por parte del “*international test comisión*”.
- El impreso contiene instrucciones e ítems sencillos y bien redactados.
- Presenta alta fiabilidad mediante diseños de consistencia interna.
- Su puntuación muestra alta discriminación entre personas con estado depresivo mayor y sin depresión

Por su parte, se utilizó la prueba Stanford Presenteeism Scale 6 (SPS 6), para la evaluación del presentismo, siendo una prueba tipo *Likert* auto aplicable la cual es una versión simplificada del “*Stanford Presenteeism Scale 32*”, escala diseñada para reflejar aspectos cognitivos, emocionales y del comportamiento para lograr el trabajo a pesar de posibles problemas de trabajo. Cuenta con un enfoque en el trabajo (Presentismo) y un enfoque psicológico (emoción, cognición y comportamiento).

- Este instrumento ha sido validado en múltiples países e idiomas.
- Cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.80 mostrando una sólida consistencia interna.
- Su puntuación total tiene una fuerte correlación positiva con el “auto reporte” de “horas trabajadas productivamente”.

- Mide de manera fiable el estrés en el trabajo con la satisfacción dentro del trabajo.
- Mide la capacidad del empleado de concentrarse en el trabajo.

Para evaluar el ausentismo se utilizó la siguiente pregunta: “¿En los últimos 3 meses, has faltado por sentirte triste o sin ánimos de trabajar?” Si la respuesta es si: “¿Cuántos días?”

De igual forma se incluyó la pregunta: “¿Tiene usted la confianza de comunicarle a su superior su incapacidad para laborar por motivos de salud mental? Si \_\_\_ No \_\_\_”

## **METODO DE RECOLECCION**

Dentro del Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 se identificó a los médicos residentes de las especialidades de urgencias médico quirúrgicas, medicina interna y medicina familiar de los 3 años. Se explicaron los motivos por los cuales se realizó el estudio. Se procedió a aplicar tanto la hoja de recolección que se creó para recabar la información de las variables sociodemográficas (anexo 1), así como el instrumento de evaluación Inventario de depresión de Beck y SPS 6 (anexo 2), con previa autorización y firma de consentimiento informado (anexo 3) para participar en el estudio.



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8

DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**TITULO DEL PROYECTO**

**“RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y AUSENTISMO / PRESENTISMO LABORAL EN RESIDENTES MÉDICOS PERTENECIENTES AL HGZMF No 8 SAN ANGEL Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.”**

FECHA	MAR 2021	MAY 2021	JUL 2021	SEPT 2021	NOV 2021	ENE 2022	FEB 2022	ABRIL 2022	JUL 2022	SEPT 2022	OCT 2022	NOV 2022
TITULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVO		X										
HIPOTESIS		X										
PROPOSITOS			X									
DISEÑO METODOLOGICO				X								
ANALISIS ESTADISTICO					X							
CONSIDERACION ÉTICAS						X						
RECURSOS							X					
BIBLIOGRAFIA								X	X			
ASPECTOS GENERALES										X	X	
REGISTRO AUTORIZACION POR CLIS	Y											X

Simbología:

Elaboró: Vázquez Ramírez César Uriel

X = Realizado

+ = Pendiente / en proceso

FECHA	NOV 2022	NOV 2022	DIC 2022	DIC 2022	DIC 2022	DIC 2022	DIC 2022	DIC 2022	ENE 2022	FEB 2023	MAR 2023
PRUEBA PILOTO	X	X									
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO			X	X	X						
RECOLECCION DE DATOS					X	X	X	X			
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X			
ANALISIS DE DATOS								X			
DESCRIPCION DE DATOS									X		
DISCUSION DE DATOS										X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO										X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X	
REPORTE FINAL										X	
AUTORIZACIONES											+
IMPRESION DEL TRABAJO											+
PUBLICACION											+

Simbología:

Elaboró: Vázquez Ramírez César Uriel

X = Realizado

+ = Pendiente / en proceso

## Resultados

Se estudiaron a 76 residentes pertenecientes al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 8 "Dr Gilberto Flores Izquierdo" (HGZMF 8) de las especialidades de Medicina interna, Urgencias médico-quirúrgicas y Medicina Familiar, encontrando una cantidad de 22 (28.95%) de hombres y 54 (71.05%) mujeres (Ver tabla y gráfico 1) con una media de edad de 29.34 años, con desviación estándar de 3.38, un mínimo de 26 años y un máximo de 43 años (Ver tabla 2)

Así mismo, se dividió la edad en rangos, donde se encontró que de 25 a 27 años hubo 21 residentes (27.63%), de 28 a 30 años 37 (48.68%) 31 a 33 años 13 (17.11%) y de 34 o más años 5 residentes (6.58%) (Ver tabla y gráfico 3).

Respecto a las especialidades cursadas, se apreció que 10 (13.16%) corresponden a la especialidad de medicina interna, 30 (39.47%) a urgencias y 36 (47.37%) a medicina familiar. (Ver tabla y gráfico 4)

Por grado de residencia, se vislumbró que 35 (46.05%) corresponden al 1er grado, 25 (32.89%) corresponden al 2do grado y 16 (21.05%) corresponden al 3er grado de residencias médicas. (Ver tabla y gráfico 5)

Acorde al estado civil, se identificó que 60 (78.95%) mencionan ser solteros y 16 (21.05%) se reportan como casados o en unión libre. (Ver tabla y gráfico 6)

Mientras que por grado de residencia y especialidad médica se vio que medicina interna cuenta con 10 (100%) residentes de primer año no contando con grados superiores al tratarse de un hospital subsele, por su parte urgencias 18 (60%) son residentes de 1er grado, 9 (30%) son de 2do grado y 3 (10%) son residentes de 3er grado, así misma medicina familiar cuenta con 7 (19.44%) residentes de 1er grado, 16 (44.44%) de 2do grado y 13 (36.11%) residentes de 3er grado analizados en esta muestra. (Ver tabla y gráfico 7)

Al 100% de los sujetos estudiados se les aplicó el cuestionario de depresión de Beck II, contando con una muestra de 76 sujetos, una media en su puntuación de 11.57, un puntaje total de la escala mínimo de 0 y máximo de 33 puntos. Del total de residentes estudiados se encontró que 45 (59.21%) no presentan depresión y 31 (40.79%) presentan algún grado de depresión. (Ver tabla y gráfico 9) Teniendo en cuenta que la escala de depresión de Beck II maneja diferentes grados de depresión se observó que los residentes cayeron dentro de las siguientes categorías acorde a la escala de Beck II: Sin depresión 45 (59.21%), depresión leve 19 (25%), depresión moderada 10 (13.16%) y depresión grave (2.63%). (Ver tabla y gráfico 12)

Se calculó de igual forma la puntuación obtenida por género, siendo para los hombres de 9.54, con desviación estándar de 6.75, y un puntaje mínimo de 0 y máximo de 22, para las mujeres los resultados fueron de una puntuación media de 12.40, con desviación estándar de 7.81 y puntuación mínima de 0 y máxima de 33. (Ver tabla 8)

En lo respectivo a la depresión por especialidades, se demostró que la media de puntuación de la escala de Beck II por especialidad fue: Medicina interna con una media de 12.4, una desviación estándar de 6.20, un valor mínimo de 4 y máximo de 22, urgencias obtuvo una

media de 12.7, con desviación estándar de 7.63, un valor mínimo de 0 y máximo de 29 y para medicina familiar una puntuación media de 10.41, desviación estándar de 9.91, un valor mínimo de 0 y máximo de 33. (Ver tabla 10)

El puntaje que se obtuvo en el cuestionario de Beck II por grado de residencia fue el siguiente: Residentes de 1er grado obtuvieron una media de puntaje de 14.31, con desviación estándar de 6.83, un puntaje mínimo de 0 y máximo de 29, para los residentes de 2do grado se encontró una puntuación media de 8.36, con desviación estándar de 6.52, puntaje mínimo de 0 y máximo de 22, y para los residentes de 3er grado se encontró una media de 10.62, con desviación estándar de 8.86 y valor mínimo de 0 con máximo de 33. (Ver tabla 11)

Dividiendo los grados de depresión por sexo, se encontró que de los hombres 16 (72.73%) cursan sin depresión, 4 (18.18%) depresión leve, 2 (9.09%) depresión moderada y 0 (0%) cursan con depresión grave. En cuanto a las mujeres 29 (53.7%) cursan sin depresión, 15 (27.78%) depresión leve, 8 (14.81%) depresión moderada y 2 (3.7%) depresión grave. (Ver tabla y gráfico 13)

En el apartado de grados de depresión y especialidad médica, se observó la siguiente distribución: Medicina interna 7 (70%) sin depresión, 1 (10%) depresión leve, 2 (20%) depresión moderada; Urgencias 15 (50%) sin depresión, 9 (30%) depresión leve, 5 (16.67%) depresión moderada y 1 (3.33%) depresión grave; Medicina familiar con 45 (59.21%) sin depresión, 19 (25%) depresión leve, 3 (8.33%) depresión moderada y 1 (2.78%) depresión grave. (Ver tabla y gráfico 14)

El rubro de grados de depresión por grado de residencia se observó que los residentes de 1er grado presentan 14 (40%) sin depresión, 14 (40%) depresión leve, 6 (17.4%) depresión moderada y 1 (2.86%) depresión grave, los residentes de 2do grado presentan 20 (80%) sin depresión, 2 (8%) depresión leve, 3 (12%) depresión moderada y 0 (0%) depresión grave, mientras que los residentes de 3er año 11 (68.75%) sin depresión, 3 (18.75%) depresión leve, 1 (6.25%) depresión moderada y 1 (6.25%) depresión grave. (Ver tabla y gráfico 15)

A estos 76 residentes se les preguntó si durante el último mes presentaron algún problema de salud, se encontró que 50 (65.79%) si presentaron algún problema de salud y 26 (34.21 %) no lo presentaron, por lo que a esos 50 (65.79%) de le aplico la escala de Stanford Presenteeism Scale 6 (SPS 6). (Ver tabla y gráfico 16)

De estos 50 (65.79%) de residentes, se preguntó sobre si tenían la confianza de comunicarle su problema de salud a su jefe / superior inmediato y 13 (26%) respondieron que si, 34 (68%) respondieron que no y 3 (6%) no especificaron su respuesta. (Ver tabla y gráfico 17)

Para evaluar el ausentismo se indagó directamente cuántos días ha faltado en los últimos 3 meses, y se observó una n=76, con una media de 0.40 días, desviación estándar de 1.91, una mínima de 0 días y máximo de 13 días. (Ver tabla 18) Se agrupó los días ausentados por los residentes de la siguiente manera: 0 días 45 (90%), 1 día 2 (4%), 3 días 1 (2%), 10 días 1 (2%) y 13 días 1 (2%). (Ver tabla y gráfico 19)

Respecto a los problemas de salud que presentaron los residentes para realizarse el cuestionario SPS 6, se observó lo siguiente n=50, no especifica 8 (16%), lumbalgia 10

(20%), Problemas gastrointestinales (GI) 12 (24%), TDAH 1 (2%), Infecciones respiratorias altas (IRA) 3 (6%), depresión 1 (2%), Problemas cardiacos 1 (2%), lesiones o mialgias 3 (6%), cefaleas 3 (6%), lumbalgia, IRA y GI 1 (2%), cefalea y GI 1 (2%), lesiones o mialgias, IRA, 1 (2%), lumbalgia, cansancio 1 (2%), Endocrinopatías 1 (2%), Infección de vías urinaria (IVU) 1 (2%), lumbalgia, GI 1 (2%), lumbalgia, GI, TDAH, ansiedad 1 (2%). (Ver tabla y gráfico 20)

A estos individuos se les aplicó el cuestionario SPS 6, que consta de 6 preguntas, cuyos datos más importante se observó que el 16 (32%) está en total desacuerdo de que por su problema de salud le fue mucho más difícil combatir el estrés en el trabajo, 29 (58%) está totalmente de acuerdo en que a pesar de su problema de salud logró terminar tareas difíciles en el trabajo, 21 (42%) esta parcialmente de acuerdo con que su problema de salud lo alejo de obtener placer en su trabajo, 13 (26%) está totalmente en desacuerdo con que se sintió demasiado desanimado para terminar algunas actividades en su trabajo debido a su problema de salud mientras que otro 13 (26%) está totalmente de acuerdo con esta misma cuestión, 18 (36%) se encontró parcialmente de acuerdo con que en el trabajo logró concentrarse en alcanzar sus objetivos a pesar de su problema de salud, y el 16 (32%) esta parcialmente de acuerdo en que a pesar de su problema de salud se sintió con energía para terminar su trabajo. (Ver tabla 21)

Para describir el puntaje obtenido en la escala SPS 6, se vio una media de 20.7 puntos, con desviación estándar de 4.86, una mínima de 7 y máxima de 29, al analizarlo por género se encontró que para los hombres (n=17) se obtuvo una media de 18.70 con desviación estándar de 4.11, un mínimo de 11 y máximo de 25, mientras que para las mujeres (n=33) de encontró una puntuación media de 21.72, desviación estándar de 4.95, mínima de 7 y máxima de 29. (Ver tabla 22)

El rubro de puntuación SPS 6 y especialidad se encontró que para medicina interna la media fue de 18.83, desviación estándar de 3.54, mínima de 13 y máxima de 24, para urgencias una media de 20.70, desviación estándar de 6.10, mínima de 7 y máxima de 29 y para medicina familiar una media de 21.11 puntos, con desviación estándar de 4.28, puntaje mínimo de 10 y máximo de 29. (Ver tabla 23)

El puntaje en la escala SPS 6 y el grado de residencia se observó que para los residentes de 1er grado el puntaje tuvo una media de 21.21, desviación estándar de 5.05, mínima de 7 y máxima de 29, para los de 2do grado se obtuvo una media de 20.85, con desviación estándar de 4.80, mínima de 12 y máxima de 29, y para los residentes de 3er año una media de 18.62, con desviación estándar de 4.30, puntaje mínimo de 10 y máximo de 25. (Ver tabla 24)

El cuestionario SPS 6 cuenta con una relación inversamente proporcional entre puntaje y presentismo, es decir, a mayor puntuación menor grado de presentismo y viceversa, para hacer más dinámico su estudio se dividió por rangos el puntaje obtenido que va desde 6 (puntaje mínimo posible) hasta 30 (puntaje máximo posible).

La frecuencia de presentismo por rangos de puntuación que se encontró fue: 6 a 10 puntos 2 (4%), 11 a 15 puntos 4 (8%), 16 a 20 puntos 19 (38%), 21 a 25 puntos 18 (36%) y 26 a 30 puntos 7 (14%). (Ver tabla y gráfico 25)

En cuanto a puntaje de SPS 6 y sexo se encontró que los hombres tuvieron puntajes de 6 a 10 puntos 0 (0%), 11 a 15 puntos 4 (23.53%), 16 a 20 puntos 7 (41.18%), 21 a 25 puntos 6 (35.29%) y 26 a 30 puntos 0 (0%) mientras que las mujeres tuvieron puntajes de 6 a 10 puntos 2 (6.06%), 11 a 15 puntos 0 (0%), 16 a 20 puntos 12 (36.36%), 21 a 25 puntos 12 (36.36%) y 26 a 30 puntos 7 (21.21%). (Ver tabla 26)

La relación entre puntuación del cuestionario SPS 6 y la especialidad médica se encontró de la siguiente manera: Medicina interna de 6 a 10 puntos 0 (0%), 11 a 15 puntos 1 (16.67%), 16 a 20 puntos 4 (66.67%), 21 a 25 puntos 1 (16.67%) y 26 a 30 puntos 0 (0%), Urgencias con puntajes de 6 a 10 puntos 1 (5.88%), 11 a 15 puntos 2 (11.76%), 16 a 20 puntos 4 (23.53%), 21 a 25 puntos 6 (35.29%) y 26 a 30 puntos 4 (25.53%), Medicina familiar con puntajes de 6 a 10 puntos 1 (3.7%), 11 a 15 puntos 1 (3.7%), 16 a 20 puntos 11 (40.74%), 21 a 25 puntos 11 (40.74%) y 26 a 30 puntos 3 (11.11%). (Ver tabla 27)

La relación entre puntaje SPS 6 y Grado de residencia medido fue la siguiente: Residentes de 1er grado con puntajes de 6 a 10 puntos 1 (3.57%), 11 a 15 puntos 2 (7.14%), 16 a 20 puntos 10 (35.71%), 21 a 25 puntos 10 (35.71%) y 26 a 30 puntos 5 (17.86%), residentes de 2do grado con puntajes de 6 a 10 puntos 0 (0%), 11 a 15 puntos 2 (14.29%), 16 a 20 puntos 4 (28.57%), 21 a 25 puntos 6 (42.86%) y 26 a 30 puntos 2 (14.29%), residentes de 3er grado con puntajes de 6 a 10 puntos 1 (12.5%), 11 a 15 puntos 0 (0%), 16 a 20 puntos 4 (28.57%), 21 a 25 puntos 6 (42.86%) y 26 a 30 puntos 0 (0%). (Ver tabla 28)

Se analizó la relación entre la puntuación SPS 6 y el grado de depresión en residentes, encontrando los siguientes valores, Sin depresión con rangos de 6 a 10 puntos 0 (0%), 11 a 15 puntos 3 (12%), 16 a 20 puntos 9 (36%), 21 a 25 puntos 11 (44%) y 26 a 30 puntos 8 (25%), depresión leve con rangos de 6 a 10 puntos 2 (11.76%), 11 a 15 puntos 0 (0%), 16 a 20 puntos 6 (35.29%), 21 a 25 puntos 6 (35.29%) y 26 a 30 puntos 0 (0%), depresión moderada con rangos de 6 a 10 puntos 0 (0%), 11 a 15 puntos 1 (14.29%), 16 a 20 puntos 3 (42.86%), 21 a 25 puntos 1 (14.29%) y 26 a 30 puntos 2 (28.57%), depresión grave con rangos de 6 a 10 puntos 0 (0%), 11 a 15 puntos 0 (0%), 16 a 20 puntos 1 (100%), 21 a 25 puntos 0 (0%) y 26 a 30 puntos 0 (0%). (Ver tabla 29)

Para un estudio comparativo se utilizó la media de puntuación global del cuestionario SPS 6 y se comparó con la presencia o no de depresión. Se observó la siguiente distribución: Puntaje SPS 6 sin depresión 32 (71.11%) presentaron puntuación menor a 21 y 13 (28.89%) puntuación mayor a 21 al mismo tiempo con depresión 19 (61.29%) con puntaje menor a 21 y 12 (38.71%) mayor a 21 puntos, con una prueba de Chi2 de 0.37. (Ver tabla 30)

Referente a la media del puntaje SPS 6 y la depresión por género se encontró que los hombres presentaron: sin depresión 11 (68.75%) puntuación menor a 21 y 5 (31.25%) puntuación mayor a 21, el apartado con depresión 5 (83.33%) con puntuación menor a 21 y 1 (16.67%) con puntuación mayor a 21, con una prueba de Chi 2 de 0.494. (Ver tabla 31)

En cuanto a las mujeres, su puntaje medio de SPS 6 y la presencia de depresión, se observó que sin depresión 21 (72.41%) obtuvieron puntaje menor a 21 y 8 (27.59%) puntaje mayor a 21. Con depresión 14 (56%) obtuvo menos de 21 puntos y 11 (44%) obtuvo más de 21 puntos en la escala SPS 6, realizando prueba de Chi2 con resultado de 0.208. (Ver tabla 32)

En el ámbito de el puntaje medio del SPS 6 y la presencia de depresión por especialidad médica, se encontró que para Medicina interna sin depresión 6 (85.71%) tuvieron menos de 21 puntos en la escala SPS 6, 1 (14.29%) tuvieron más de 21 puntos, y con depresión 3 (100%) obtuvo un puntaje menor de 21 puntos, con Chi 2 de 0.490 (Ver tabla 33)

En cuanto al puntaje medio del SPS 6 y la presencia de depresión por especialidad médica, se encontró que para Urgencias sin depresión 10 (66.67%) tuvieron menos de 21 puntos en la escala SPS 6, 5 (33.33%) tuvieron más de 21 puntos, y con depresión 10 (66.67%) obtuvo un puntaje menor de 21 puntos, 5 (33.33%) tuvo un puntaje mayor a 21 puntos, con Chi 2 de 1.0 (Ver tabla 34)

En cuanto al puntaje medio del SPS 6 y la presencia de depresión por especialidad médica, se encontró que para Medicina familiar, sin depresión 16 (69.57%) tuvieron menos de 21 puntos en la escala SPS 6, 7 (30.43%) tuvieron más de 21 puntos, y con depresión 6 (46.15%) obtuvo un puntaje menor de 21 puntos, 7 (53.85%) tuvo un puntaje mayor a 21 puntos, con Chi 2 de 0.166 (Ver tabla 35)

En el ámbito del puntaje medio del SPS 6 y la presencia de depresión por grado de residencia médica, se encontró que, para los residentes de 1er grado, sin depresión 9 (64.29%) tuvieron menos de 21 puntos en la escala SPS 6, 5 (35.71%) tuvieron más de 21 puntos, y con depresión 11 (52.38%) obtuvo un puntaje menor de 21 puntos, 19 (47.62%) tuvo un puntaje mayor a 21 puntos, con Chi 2 de 0.486 (Ver tabla y gráfico 36)

La escala SPS 6 menciona que a mayor puntaje menor presentismo, sin embargo no cuenta con una puntuación o rango que delimite donde termina e inicia el presentismo, por tal motivo y para fines didácticos de nuestro estudio decidió compararse los puntajes obtenidos contra la media global de puntaje de la escala SPS 6 la cual fue de 21 puntos en nuestro estudio, esta división no se reporta en la literatura, sin embargo nos orienta a los resultados para nuestra población.

Así mismo el puntaje medio del SPS 6 y la presencia de depresión por grado de residencia médica, se encontró que, para los residentes de 2do grado, sin depresión 13 (65%) tuvieron menos de 21 puntos en la escala SPS 6, 7 (35%) tuvieron más de 21 puntos, y con depresión 4 (80%) obtuvo un puntaje menor de 21 puntos, 1 (20%) tuvo un puntaje mayor a 21 puntos, con Chi 2 de 0.520 (Ver tabla y gráfico 37)

El ámbito del puntaje medio del SPS 6 y la presencia de depresión por grado de residencia médica, se encontró que, para los residentes de 3er grado, sin depresión 10 (90.91%) tuvieron menos de 21 puntos en la escala SPS 6, 1 (0.09%) tuvieron más de 21 puntos, y con depresión 4 (80%) obtuvo un puntaje menor de 21 puntos, 1 (20%) tuvo un puntaje mayor a 21 puntos, con Chi 2 de 0.541 (Ver tabla 38)

De forma específica la media de puntajes de la escala SPS 6 que obtuvimos fueron las siguientes: Media puntaje SPS 6 para hombres 18.70 con DE 4.11 (min 11 y max 25) y para mujeres una media de 21.72 con DE 4.95 (min 7 y max 29) encontrando una puntuación más alta en mujeres que en hombres, en cuanto a las especialidades encontramos que la media de puntuación para medicina interna fue e 18.33 con DE 3.54 (min 13 y max 24), para urgencias una media de puntuación SPS 6 de 20.70 DE 6.10 (min 7 y max 29) y para medicina familiar un puntaje medio de 21.11 con DE 4.28 (min 10 y max 29) encontrando puntuaciones más bajas entre los residentes de medicina interna, por ende mayor grado de

presentismo. Por grado de residencia médica encontramos que los residentes de 2er grado presentaron puntaje medio de 21.21 DE 5.05 (min 7 y max 29), los de 2do grado obtuvieron un puntaje medio de SPS 6 de 20.85 DE 4.80 (min 12 y max 29) y para los de 3er grado una media de 18.62 DE 4.30 (min 10 y max 25).

Se evaluó a posteriori la presencia de depresión contra el puntaje medio de la escala SPS 6 general (21) dividiendo los resultados en aquellos con puntuación menor a 21 (mayor presentismo) y puntuación mayor a 21 (menor presentismo) y se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada de Pearson, la cual resultó no significativa para esta relación ( $P=0.37$ ), lo mismo se hizo por genero sin encontrar significancia estadística ( $P= 0.494$ ) para hombres y mujeres ( $P=0.208$ ). El mismo proceso se empleó para comparar la relación del puntaje medio SPS 6 ( $<21$ ,  $>21$ ) y la presencia de depresión por especialidad médica, encontrando para medicina interna que el 85% de los residentes sin depresión cursan con puntajes menores a 21, es decir, cuentan con presentismo, mientras que el 100% de los residentes de medicina interna que cursan con depresión presentan puntaje SPS 6 menor a 21, sin embargo la prueba estadística de Chi cuadrada de Pearson fue estadísticamente no significativa. De igual forma se encontró para urgencias que los residentes con y sin depresión tenían puntaje medio menor a 21 en ambos casos siendo estos el 66.67% (Con y sin depresión presentaron el mismo porcentaje de casos) aunque de igual forma la prueba estadística Chi cuadrada de Pearson mostro un resultado no significativo ( $p= 1.00$ ). Caso similar fue con medicina familiar, en quienes los residentes sin depresión el 69.57% presentó puntajes menores a 21 y en el caso de los residentes de medicina familiar con depresión el 46.15% presentó puntaje menor a 21 en la escala SPS 6 y el 53.85% con depresión obtuvo una puntuación mayor a 21, con una Chi cuadrada de Pearson no significativa entre depresión y ausentismo ( $p=0.166$ ).

En cuanto a los resultados encontrados en relación a la presencia o no de depresión comparado con un puntaje mayor o menor a 21 en la escala SPS 6, por grado de residencia, se encontró que, en los tres grados, los residentes con y sin depresión presentaban en su mayoría puntajes medios de SPS 6 menores a 21, sin embargo, las pruebas de asociación (Chi cuadrada de Pearson) no fueron significantes en ninguno de los casos.

El ausentismo se obtuvo mediante la interrogación directa a los residentes sobre cuantos días han faltado en los últimos 3 meses, tal y como se realizó en el estudio de Evans-Lacko" Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol" 2016, esta pregunta fue aplicada a cada uno de los 76 residentes encuestados, encontrando una media de 0.40 días de ausentismo, con una desviación estándar de 1.91, una mínima de 0 y una máxima de 13. De esos 76 residentes el 65.78% ( $n=50$ ) refirió presentar alguna enfermedad el último mes y de ellos el 10% ( $n=5$ ) refirió haber faltado por sentirse triste, en su mayoría, el 4% de los residentes faltaron 1 día y un caso excepcional curso con 13 faltas durante los últimos 3 meses.

En nuestro estudio, se incluyó una pregunta que no se menciona en otra literatura, la cual consiste en preguntar a los residentes que presentaron algún tipo de enfermedad el último mes, si tienen la confianza necesaria para comunicarle su malestar a su jefe / superior



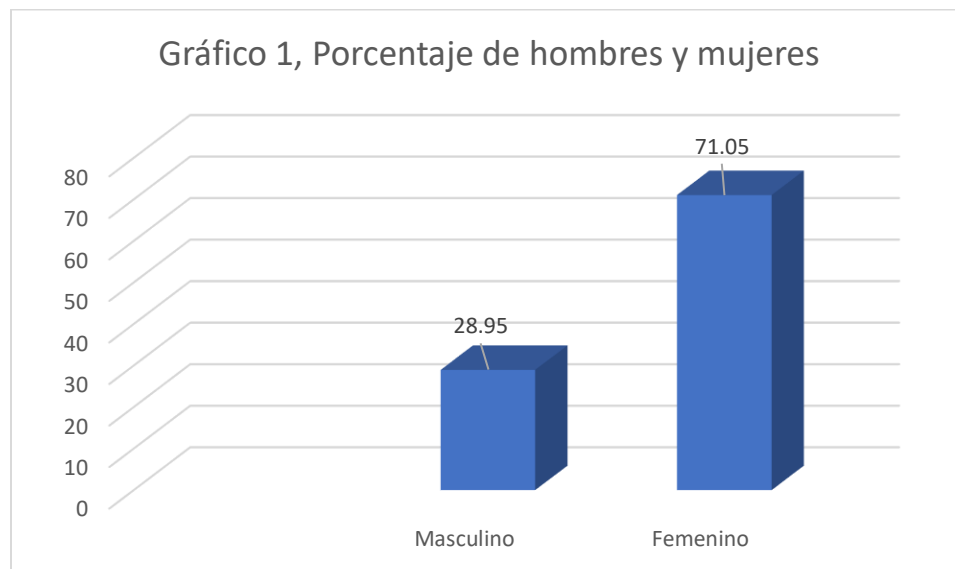
inmediato, encontrando que el 68% (34) no confían en sus autoridades, el 26% (13) confía en sus autoridades y el restante 6% (3) prefirió no responder esta pregunta.

Pudiendo concluir en general, que el porcentaje de presentismo en residentes del HGZMF 8 es alto (65.78%), los hombres presentan una puntuación media de la escala SPS 6 más baja (18.70) significando mayor presentismo y menor capacidad de sobreponerse a su enfermedad, la especialidad de medicina interna cuenta con la media de puntaje SPS 6 más baja (18.83) significando mayor grado de presentismo y por ultimo los residentes de 3er grado son quienes presentan un puntaje medio menor (18.62) con mayor grado de presentismo.

## Tablas y Gráficos

Tabla 1, Porcentaje de Hombres y Mujeres		
SEXO	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	22	28.95
Femenino	54	71.05
Total	76	100

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



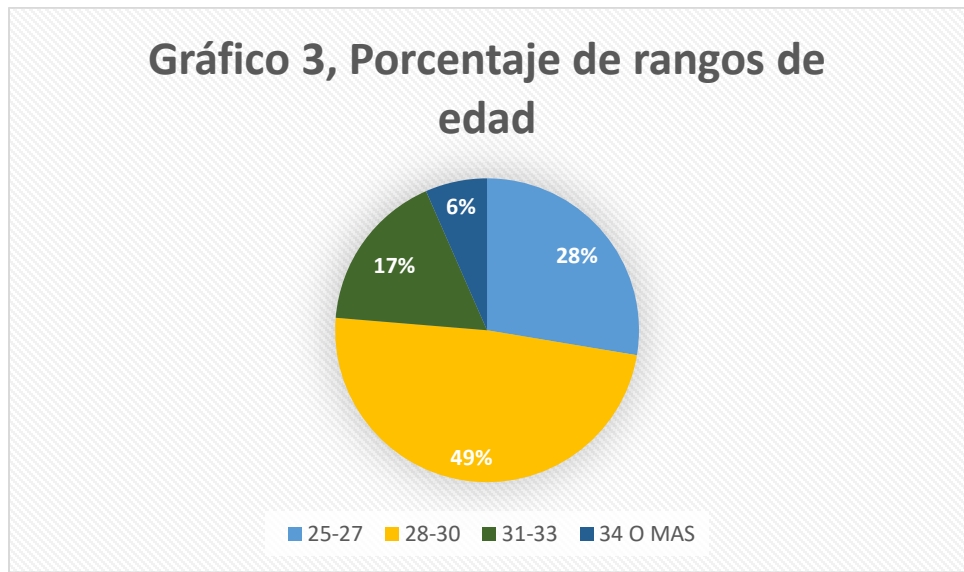
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 2, Edad					
Variable	Frecuencia	Media	Desviación estándar	Min	Max
edad	76	29.34211	3.28452	26	43

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Gráfico 3, Edad en rangos		
Edad rangos	Frecuencia	Porcentaje
25-27	21	27.63
28-30	37	48.68
31-33	13	17.11
34 o MAS	5	6.58
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

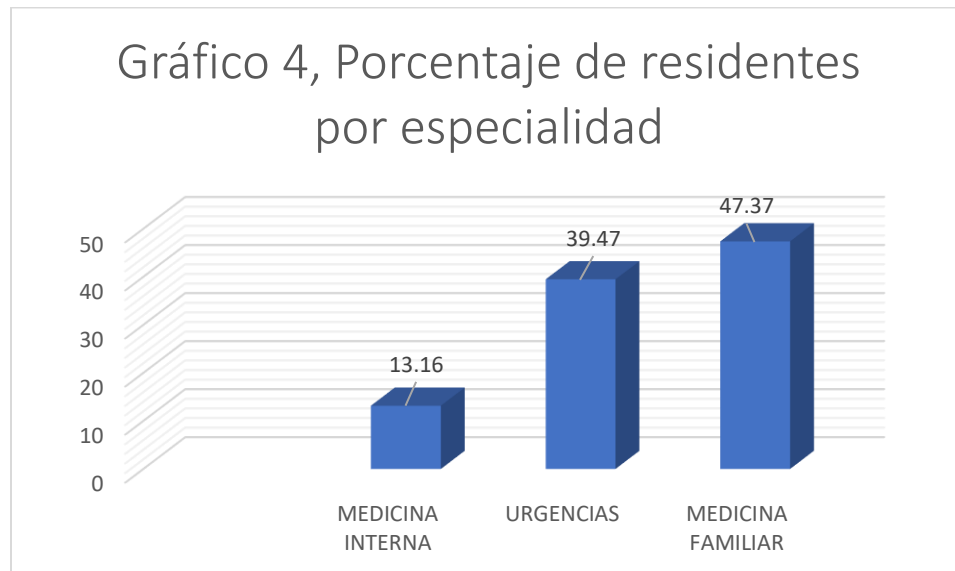
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 4, Especialidad		
ESPECIALIDAD	Frecuencia	Porcentaje
<b>MEDICINA INTERNA</b>	10	13.16
<b>URGENCIAS</b>	30	39.47
<b>MEDICINA FAMILIAR</b>	36	47.37
<b>Total</b>	76	100

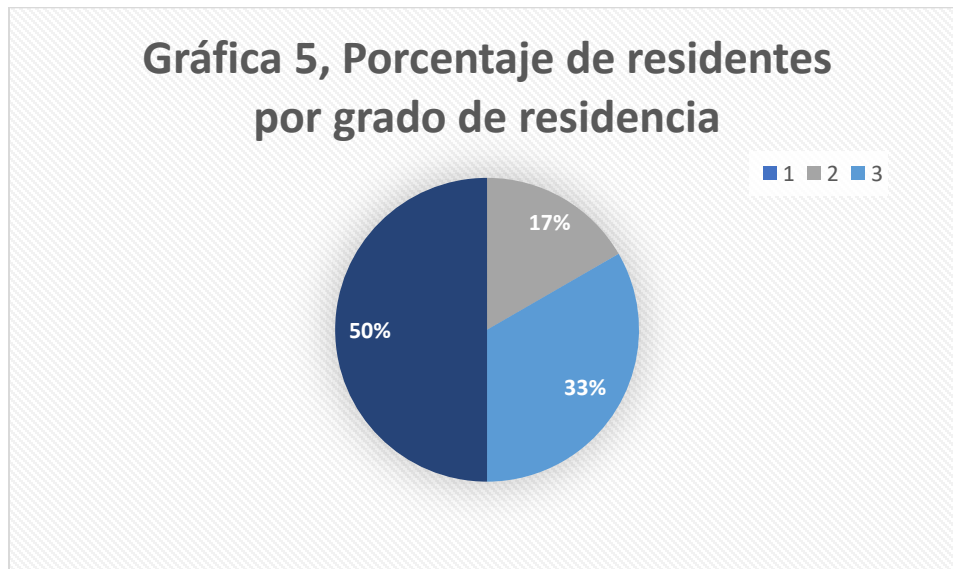
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 5, Grado de Residencia		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
1	35	46.05
2	25	32.89
3	16	21.05
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 6, Estado civil		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
soltero	60	78.95
casado / unión libre	16	21.05
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

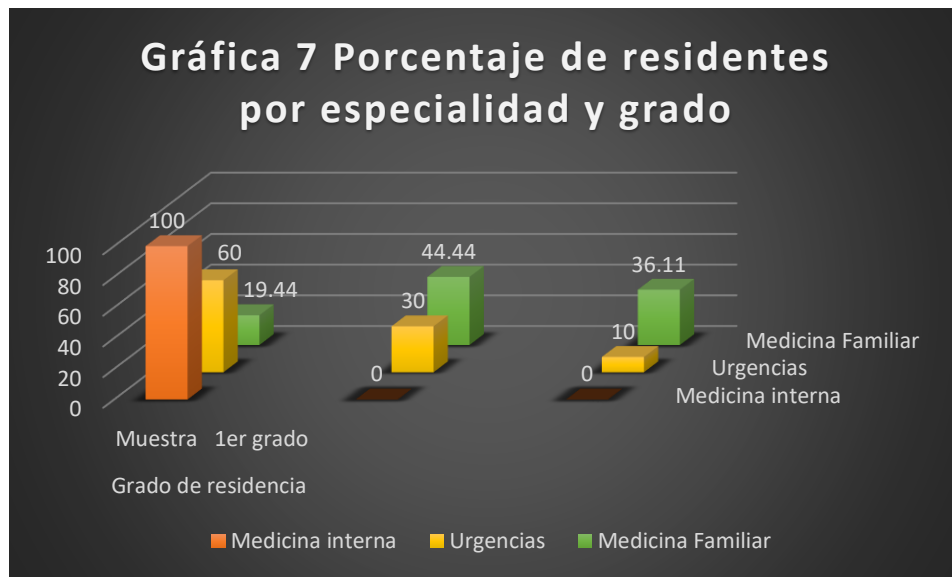
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Especialidad	Tabla 7 Grado de residencia					
	1er grado Frecuencia	1er grado porcentaje	2do grado Frecuencia	2do grado porcentaje	3er grado Frecuencia	3er grado porcentaje
Medicina interna	10	100	0	0	0	0
Urgencias	18	60	9	30	3	10
Medicina Familiar	7	19.44	16	44.44	13	36.11

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



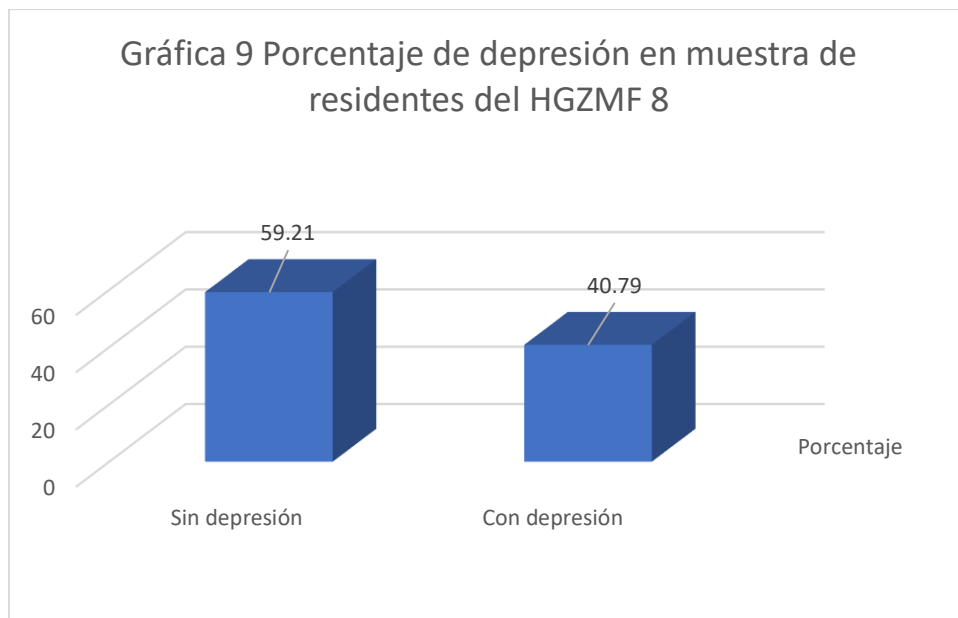
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 8 Puntaje cuestionario Beck II general y por sexo					
Variable	Frecuencia	Media	Desviación estándar	Min	Max
Puntaje Beck II	76	11.57895	7.591685	0	33
Puntaje Beck II Hombres	22	9.545455	6.752264	0	22
Puntaje Beck II Mujeres	54	12.40741	7.815124	0	33

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 9 Depresión en residentes		
Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	45	59.21
Con depresión	31	40.79
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



<b>Tabla 10 Puntaje del Cuestionario Beck II por especialidad</b>					
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>Puntaje Beck II Medicina Interna</b>	10	12.4	6.203941	4	22
<b>Puntaje Beck II Urgencias</b>	30	12.7	7.630022	0	29
<b>Puntaje Beck II Medicina Familiar</b>	36	10.41667	7.918784	0	33

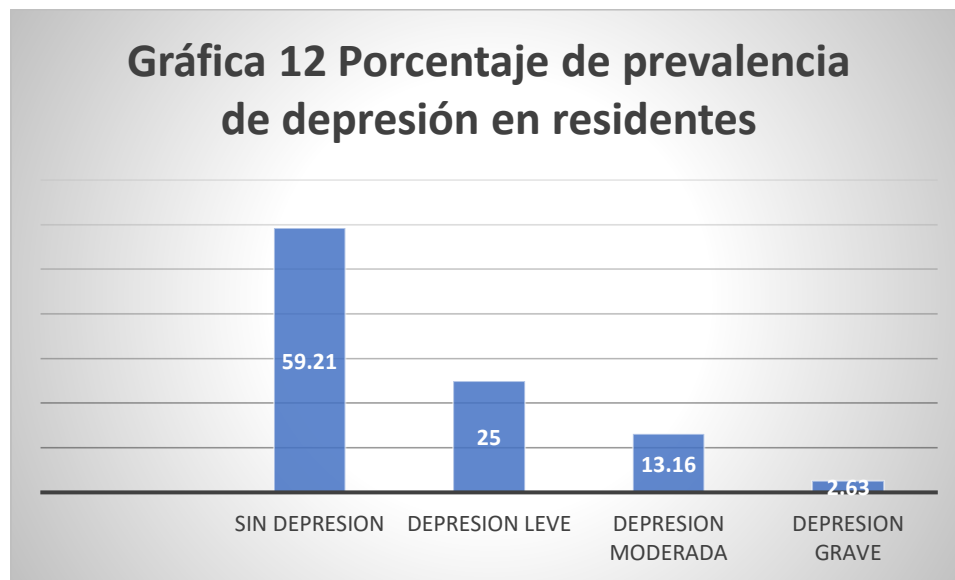
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 11 Puntaje cuestionario Beck II por grado de residencia</b>					
<b>Puntuación Beck II</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>1er grado</b>	35	14.31429	6.833186	0	29
<b>2do grado</b>	25	8.36	6.524824	0	22
<b>3er grado</b>	16	10.625	8.860963	0	33

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 12 grados de depresión		
DEPRESION GRADOS	Frecuencia	Porcentaje
SIN DEPRESION	45	59.21
DEPRESION LEVE	19	25
DEPRESION MODERADA	10	13.16
DEPRESION GRAVE	2	2.63
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

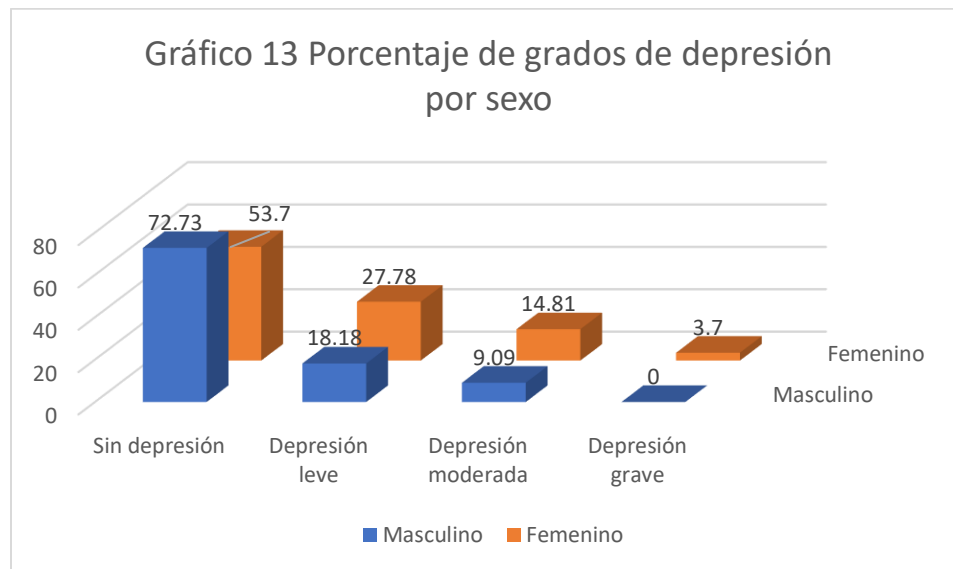
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 13 Porcentaje de depresión por sexo				
Grados de depresión	Masculino frecuencia	Masculino porcentaje	Femenino frecuencia	Femenino porcentaje
Sin depresión	16	72.73	29	53.7
Depresión leve	4	18.18	15	27.78
Depresión moderada	2	9.09	8	14.81
Depresión grave	0	0	2	3.7

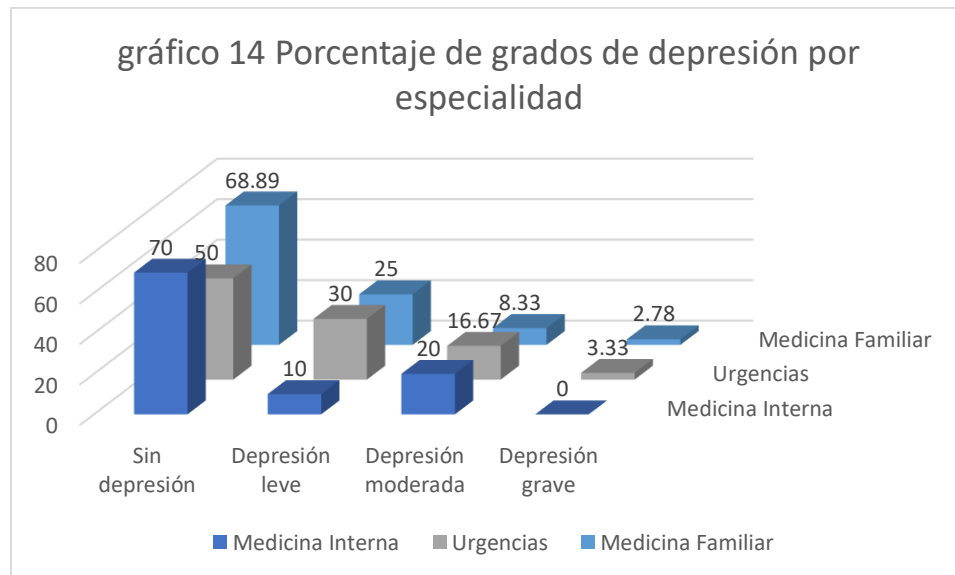
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 14 grado de depresión por especialidad						
Grado de depresión	Medicina interna frecuencia	Medicina Interna %	Urgencias frecuencia	Urgencias %	Medicina Familiar frecuencia	Medicina Familiar %
Sin depresión	7	70	15	50	23	68.89
Depresión leve	1	10	9	30	9	25
Depresión moderada	2	20	5	16.67	3	8.33
Depresión grave	0	0	1	3.33	1	2.78
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

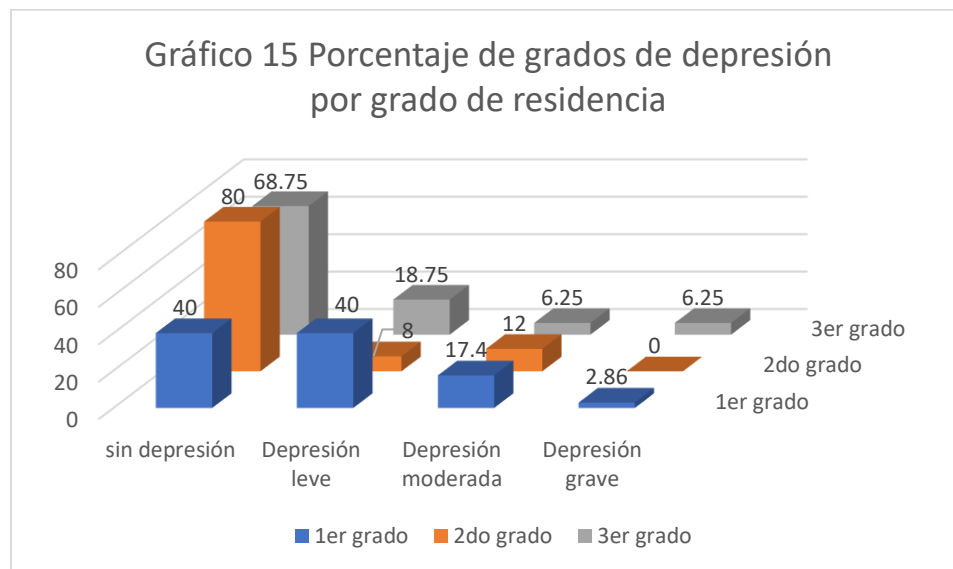
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 15 Grado de residencia y grado de depresión						
Grado de depresión	1er grado frecuencia	1er grado %	2do grado frecuencia	2do grado %	3er grado frecuencia	3er grado
sin depresión	14	40	20	80	11	68.75
Depresión leve	14	40	2	8	3	18.75
Depresión moderada	6	17.4	3	12	1	6.25
Depresión grave	1	2.86	0	0	1	6.25
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

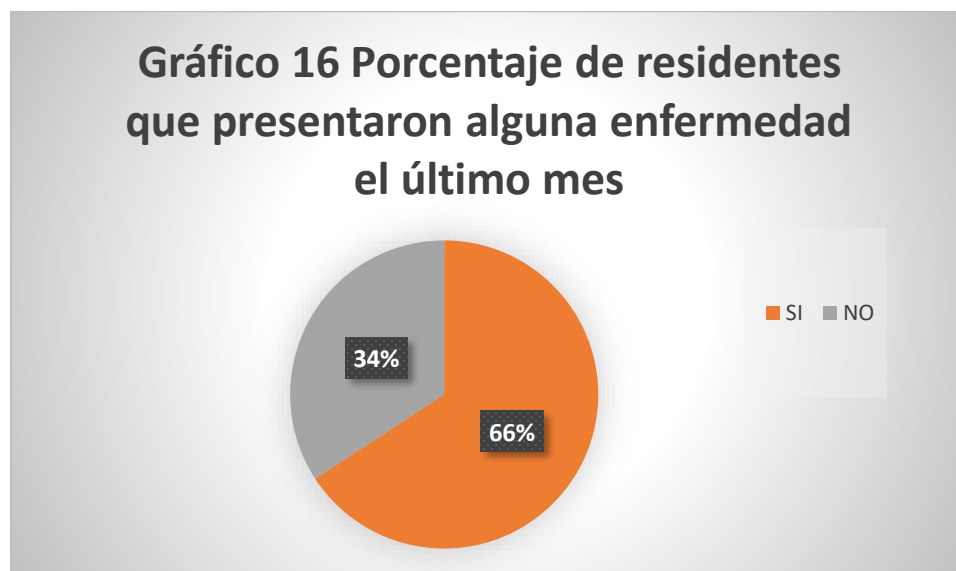
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 16 Enfermedad durante el último mes		
	Enfermedad el último mes	
Presentó enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
SI	50	65.79
NO	26	34.21
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>100</b>

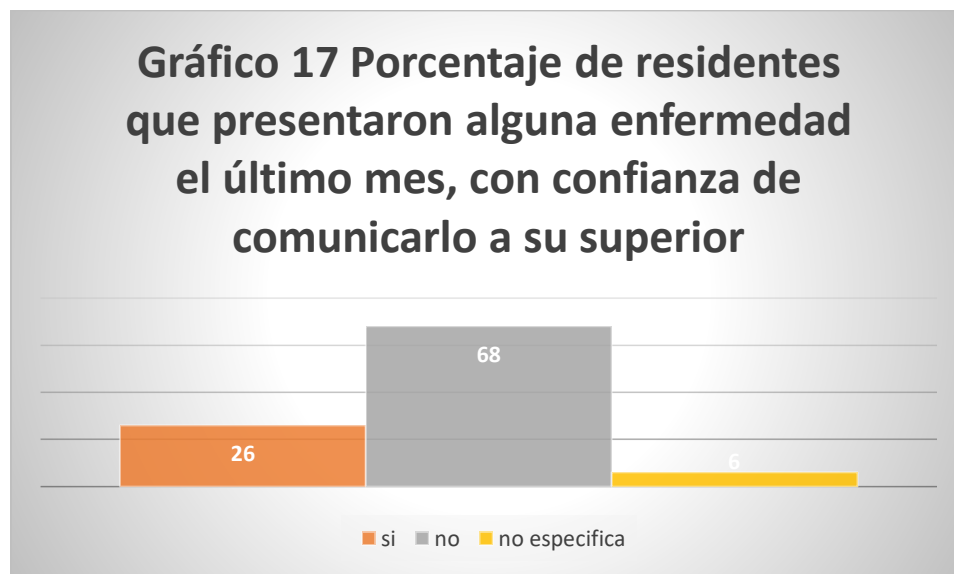
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 17 Confianza para comunicar enfermedad a su superior</b>		
<b>CONFIANZA</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>si</b>	13	26
<b>no</b>	34	68
<b>no especifica</b>	3	6
<b>Total</b>	50	100

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



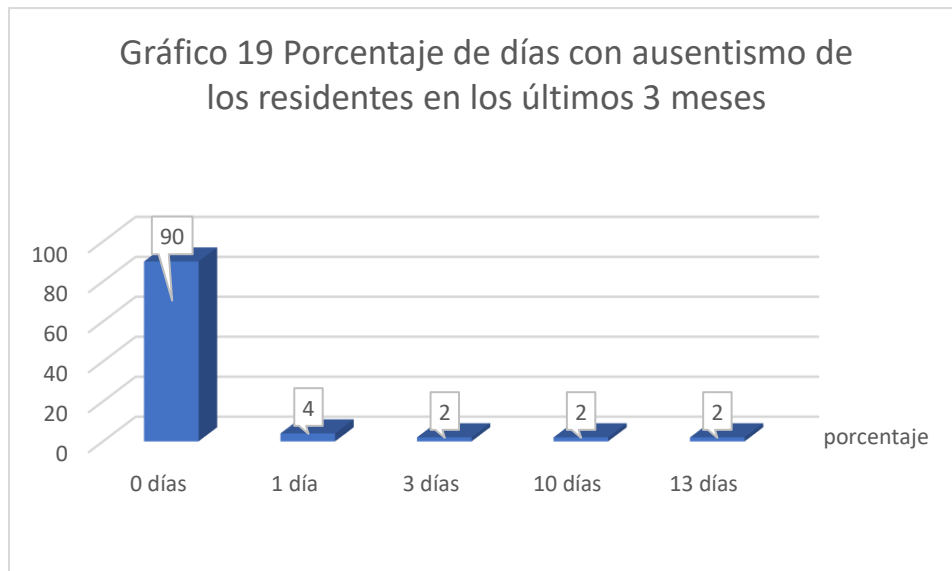
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 18 ausentismo en residentes					
Variable	Muestra	Media	Desviación estándar	Min	Ma
Días que el residente ha faltado por sentirse mal los últimos 3 meses	76	0.4078947	1.919567	0	13

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 19 Ausentismo por días		
Días	Frecuencia	Porcentaje
0	45	90
1	2	4
3	1	2
10	1	2
13	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



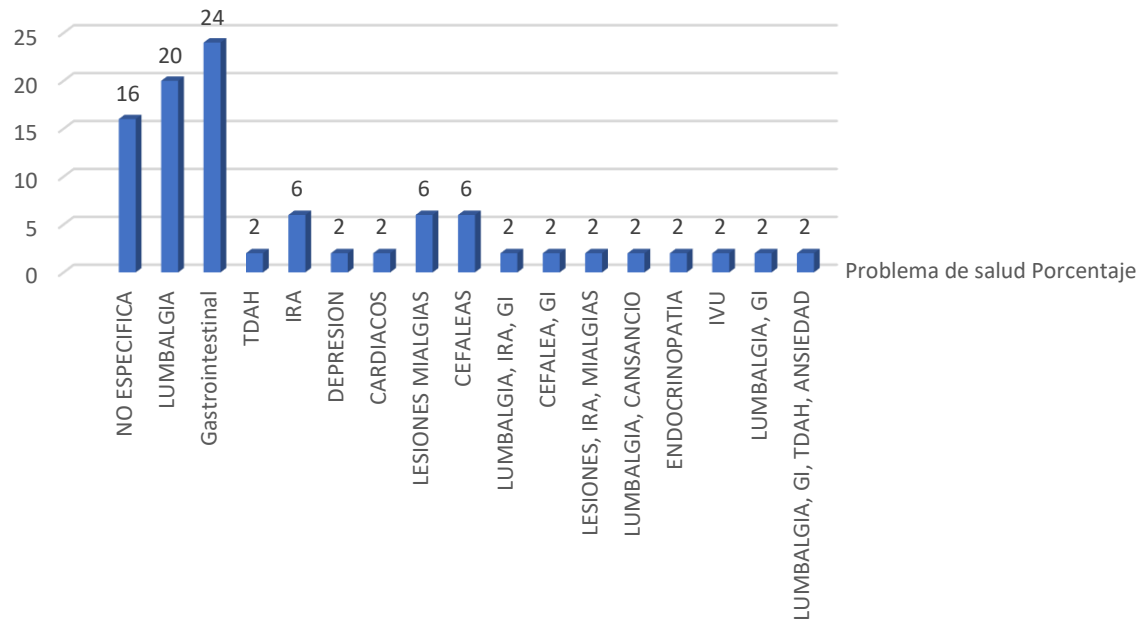
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



<b>Tabla 20 Problema de salud último mes</b>		
<b>Problema de salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO ESPECIFICA</b>	8	16
<b>LUMBALGIA</b>	10	20
<b>Gastrointestinal</b>	12	24
<b>TDAH</b>	1	2
<b>IRA</b>	3	6
<b>DEPRESION</b>	1	2
<b>CARDIACOS</b>	1	2
<b>LESIONES MIALGIAS</b>	3	6
<b>CEFALEAS</b>	3	6
<b>LUMBALGIA, IRA, GI</b>	1	2
<b>CEFALEA, GI</b>	1	2
<b>LESIONES, IRA, MIALGIAS</b>	1	2
<b>LUMBALGIA, CANSANCIO</b>	1	2
<b>ENDOCRINOPATIA</b>	1	2
<b>IVU</b>	1	2
<b>LUMBALGIA, GI</b>	1	2
<b>LUMBALGIA, GI, TDAH, ANSIEDAD</b>	1	2
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Gráfico 20 Problemas de salud presentados por los residentes el último mes, porcentaje.



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

**Tabla 21 Descripción de las respuestas del cuestionario Stanford Presenteism Scale 6**

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Preguntas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Debido a mi (problema de salud) fue mucho más difícil combatir el estrés en mi trabajo	16 (32%)	4 (8%)	5 (10%)	13 (26%)	12 (24%)
A pesar de mi (problema de salud) logré terminar las tareas difíciles en mi trabajo	5 (10%)	3 (6%)	1 (2%)	12 (24%)	29 (58%)
Mi (problema de salud) me alejó de obtener placer en mi trabajo	13 (26%)	1 (2%)	6 (12%)	21 (42%)	9 (18%)
Me sentí demasiado desanimado para terminar algunas actividades del trabajo debido a mi (problema de salud)	13 (26%)	3 (6%)	9 (18%)	12 (24%)	13 (26%)

<b>En el trabajo, logré concentrarme en alcanzar mis objetivos a pesar de mi (problema de salud)</b>	5 (10%)	5 (10%)	8 (16%)	18 (36%)	14 (28%)
<b>A pesar de mi (problema de salud) me sentí con energía para terminar mi trabajo</b>	7 (14%)	8 (16%)	10 (20%)	16 (32%)	9 (18%)

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 22 Descripción puntaje SPS 6 general y por sexo</b>					
<b>Puntaje cuestionario SPS 6</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
<b>Puntaje SPS 6</b>	50	20.7	4.866587	7	29
<b>Puntuación SPS 6 Hombres</b>	17	18.70588	4.119537	11	25
<b>Puntuación SPS 6 Mujeres</b>	33	21.72727	4.957776	7	29

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 23 Descripción de la puntuación SPS 6 por especialidad</b>					
<b>Puntaje SPS 6</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
<b>SPS 6 MI</b>	6	18.83333	3.544949	13	24
<b>SPS 6 URGENCIAS</b>	17	20.70588	6.100868	7	29
<b>SPS 6 MEDFAM</b>	27	21.11111	4.281744	10	29

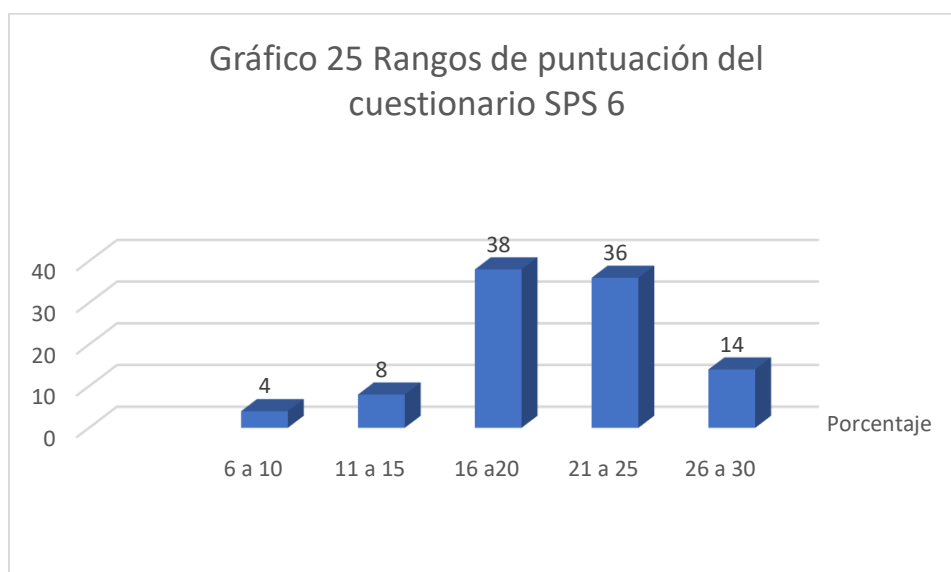
Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 24 Descripción de la puntuación SPS 6 por grado académico</b>					
<b>Puntaje SPS 6</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>
<b>Puntaje SPS 6 1er grado</b>	28	21.21429	5.050538	7	29
<b>Puntaje SPS 6 2do grado</b>	14	20.85714	4.801557	12	29
<b>puntaje SPS 6 3er grado</b>	8	18.625	4.307386	10	25

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 25 Rangos de presentismo		
Presentismo rango puntuación	Frecuencia	Porcentaje
6 a 10	2	4
11 a 15	4	8
16 a 20	19	38
21 a 25	18	36
26 a 30	7	14
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>tabla 26 Puntajes del cuestionario SPS 6 por sexo</b>				
<b>Rango de puntuación SPS 6</b>	<b>Masculino frecuencia</b>	<b>Masculino %</b>	<b>Femenino frecuencia</b>	<b>Femenino %</b>
<b>6 a 10</b>	0	0	2	6.06
<b>11 a 15</b>	4	23.53	0	0
<b>16 a 20</b>	7	41.18	12	36.36
<b>21 a 25</b>	6	35.29	12	36.36
<b>26 a 30</b>	0	0	7	21.21
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 27 Puntaje SPS 6 por especialidad</b>						
<b>Rango de puntuación SPS 6</b>	<b>Medicina interna frecuencia</b>	<b>Medicina interna %</b>	<b>Urgencias frecuencia</b>	<b>Urgencias %</b>	<b>Medicina familiar frecuencia</b>	<b>Medicina Familiar %</b>
<b>6 a 10</b>	0	0	1	5.88	1	3.7
<b>11 a 15</b>	1	16.67	2	11.76	1	3.7
<b>16 a 20</b>	4	66.67	4	23.53	11	40.74
<b>21 a 25</b>	1	16.67	6	23.53	11	11.11
<b>26 a 30</b>	0	0	4	25.53	3	11.11
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 28 Puntaje SPS 6 por grado de residencia						
Rango de puntuación SPS 6	1er grado frecuencia	1er grado %	2do grado frecuencia	2do grado %	3er grado frecuencia	3er grado %
6 a 10	1	3.57	0	0	1	12.5
11 a 15	2	7.14	2	14.29	0	0
16 a 20	10	35.71	4	28.57	5	62.5
21 a 25	10	35.71	6	42.86	2	25
26 a 30	5	17.86	2	14.29	0	0
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

Tabla 29 Puntaje SPS 6 en relación con los grados de depresión				
Rango de puntuación SPS 6	Grados de depresión			
	Sin depresión N(%)	Depresión leve N(%)	Depresión moderada N(%)	Depresión grave N(%)
6 a 10	0 (0)	2(11.76%)	0(0%)	0(0%)
11 a 15	3 (12)	0(0%)	1(14.29%)	0(0%)
16 a 20	9 (36)	6(35.29%)	3(42.86%)	1(100%)
21 a 25	11(44)	6(35.29%)	1(14.29%)	0(0%)
26 a 30	2 (8)	3(17.65%)	2(28.57)	0(0%)
<b>Total</b>	<b>25 (100)</b>	<b>17(100%)</b>	<b>7(100%)</b>	<b>1(100%)</b>

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023



Tabla 30 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión			
	Puntaje SPS 6		
Depresión	<21	>21	Total
Sin depresión	32	13	45
	71.11%	28.89%	100%
Con depresión	19	12	31
	61.29%	38.71%	100%
Valor p	0.37		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023. \*Valor p asociado a prueba de Chi2

Tabla 31 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en hombres			
	Media de puntaje SPS 6		
Depresión	<21	>21	Total
Sin depresión	11	5	16
	68.75%	31.25%	100%
Con depresión	5	1	6
	83.33%	16.67%	100%
Valor p	0.494		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 32 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en mujeres</b>			
	Media de puntaje SPS 6		
<b>Depresión</b>	<21	>21	Total
<b>Sin depresión</b>	21	8	29
	72.41	27.59	100
<b>Con depresión</b>	14	11	25
	56	44	100
<b>Valor p</b>	0.208		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 33 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en residentes de Medicina interna</b>			
	Media de puntaje SPS 6		
<b>Depresión</b>	<21	>21	Total
<b>Sin depresión</b>	6	1	7
	85.71	14.29	100
<b>Con depresión</b>	3	0	3
	100	0	100
<b>Valor p</b>	0.49		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 34 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en residentes de Urgencias</b>			
	Media de puntajes SPS 6		
<b>Depresión</b>	<21	>21	Total
<b>Sin depresión</b>	10	5	15
	66.67	33.33	100
<b>Con depresión</b>	10	5	15
	66.67	33.33	100
<b>Valor p</b>	1		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 35 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en residentes de Medicina Familiar</b>			
	Media de puntaje SPS 6		
<b>Depresión</b>	<21	>21	Total
<b>Sin depresión</b>	16	7	23
	69.57	30.43	100
<b>Con depresión</b>	6	7	13
	46.15	53.85	100
<b>Valor p</b>	0.166		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 36 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en residentes de 1er grado</b>			
	Media de puntaje SPS 6		
<b>Depresión</b>	<21	>21	Total
<b>Sin depresión</b>	9	5	14
	64.29	35.71	100
<b>Con depresión</b>	11	19	21
	52.38	47.62	100
<b>Valor p</b>	0.486		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 37 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en residentes de 2do grado</b>			
	Media puntajes SPS 6		
<b>Depresión</b>	<21	>21	Total
<b>Sin depresión</b>	13	7	20
	65	35	100
<b>Con depresión</b>	4	1	5
	80	20	100
<b>Valor p</b>	0.52		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

<b>Tabla 38 Relación entre puntaje SPS 6 y la presencia de depresión en residentes de 3er grado</b>			
	Media puntajes SPS 6		
<b>Depresión</b>	<21	>21	Total
<b>Sin depresión</b>	10	1	11
	90.91	0.09	100
<b>Con depresión</b>	4	1	5
	80	20	100
<b>Valor p</b>	0.541		

Fuente: n=76, Vázquez-R C, Maravillas-E A, Mendiola-P I, Jalpa-P I, relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No 8 San Ángel Dr. Gilberto Flores Izquierdo. 2023

## Discusión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe “Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 2022” la depresión es un problema de salud pública catalogada como la tercera causa de discapacidad a nivel global desde 2015, mencionando una prevalencia del 3.8% a nivel global, afectando en mayor proporción al género femenino.

La depresión en residentes médicos es una realidad ignorada, estudios como el de Saldaña I y colaboradores denominado “Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal” 2014 quien investigo 119 médicos residentes, de los cuales 29 pertenecían a la especialidad de Medicina de Urgencias, 38 de Cirugía General, 38 de Medicina Interna y 14 a la especialidad de Medicina Familiar. De los cuales, 62 correspondían al sexo femenino (52.10%) y 57 correspondían al masculino (47.9%); 75.63% con rango de edad entre 27 y 32 años, y 24.37% entre 33 y 36 años. Comparado con nuestro estudio donde se contó con una población de 76 residentes de las especialidades médicas de: Medicina interna, urgencias y medicina familiar, donde el 28.5% corresponden al sexo masculino y 71.05% al sexo femenino, con una media de edad de 29.34 años y una desviación estándar de 3.38 años, el 13.6% de la muestra corresponde a medicina interna, el 39.47% a urgencias y el restante 47.37% a medicina familiar. El 78.95% son solteros y el 21.95% casados o en unión libre.

Por lo anterior mencionado, se puede observar que los resultados corresponden en gran medida a lo reportado por la epidemiología y estudios previos, siendo nuestra población reflejo fidedigno de una problemática frecuentemente ignorada.

Así como reporta Rodríguez M y colaboradores en su estudio “Síndrome de agotamiento: estrés, burnout y depresión en urología” 2018 menciona prevalencias de depresión de hasta un 40%, siendo similar a lo encontrado con una prevalencia de 40.79% de depresión en nuestra población, afectando en mayor medida a las mujeres (32.8%) que a los hombres (7.8%) acorde a lo estimado por diversos autores. La prevalencia de depresión coincide ya que en población mexicana hay mayor número de mujeres que hombres, así mismo, el estudio de Rodríguez M y colaboradores fue realizado en el hospital general de México, encontrándose en la misma área geográfica que nuestra población.

Saldaña I y colaboradores en su estudio “Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal” 2014, encuestaron 119 residentes médicos de la ciudad de México, 29 residentes de urgencias, 38 de medicina interna, 14 de medicina familiar y 38 de cirugía general, con un predominio de mujeres 52.10% y 47.9% hombres con rango de edad entre los 27 y 36 años. Su estudio tiene en cuenta residentes de las mismas especialidades que las nuestras, a excepción de cirugía general, en la misma área geográfica y con proporciones de sexo y edad similares, en nuestro estudio incluimos 10 residentes de medicina interna, 30 residentes de urgencias y 36 residentes de medicina familiar, con un porcentaje acorde a sexo de 71.05% mujeres y el restante 28.95% hombres, con un rango de edad de 26 a 43 años, este estudio concuerda de manera similar en la recolección de datos siendo interrogados los residentes en su sitio de trabajo, en el área geográfica, siendo dentro de la CDMX, y en que se usó una población cautiva conformada por todos los grados de residencia médica de las especialidades citadas.

En el estudio de Saldaña I y colaboradores denominado “Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal” 2014, comparo la presencia de depresión en diferentes especialidades entre ellas, urgencias, medicina interna y medicina familiar encontrando prevalencias de 34.38%, 26.32% y 14.29% respectivamente, cifras que calzan de forma adecuada con los encontrados en nuestra población existiendo una prevalencia del 50% de depresión en urgencias, 30% en medicina interna y 36.8% para medicina familiar.

De la misma manera Saldaña I y colaboradores menciona que el mayor porcentaje (42.8%) de residentes con depresión se encuentra en el primer año de residencia a comparación del último año (20%), Como su mismo estudio encontró que los episodios de depresión moderada y severa se ven concentrados en el sexo femenino, 37.09% y 8.06% respectivamente contra 17.54% y 7.01% de depresión moderada y grave en hombres respectivamente;

Por nuestra parte encontramos en nuestro estudio una prevalencia de depresión del 60.26% en residentes de primer grado y una prevalencia de depresión del 31.25% en residentes de 3er grado, encontrando de igual manera que el mayor porcentaje de depresión se encuentra en los residentes de 1er grado. Así mismo se encontró que las cifras de depresión moderada y grave fueron del 14.81% y 3.7% respectivamente en mujeres contra 9.09% y 0% de episodios de depresión moderada y grave en hombres en nuestro estudio, lo cual es similar a los datos encontrados por Saldaña I, quien encontró mayor prevalencia en mujeres respecto a hombres, bajo los supuestos del mayor porcentaje de mujeres en las residencias médicas y el altamente estresante y desgastante ambiente hospitalario, el cual es difícil de afrontar para los médicos de 1er grado los cuales comienzan un proceso de habituación conforme aumenta el grado de residencia, tal y como lo menciona Gray P y colaboradores, en el estudio ““Workplace-based organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: A realist review.” 2019 quienes consideran el primer semestre de la residencia como un periodo crítico con una alta tasa de trastorno depresivo durante el primer año.

En cuanto al presentismo, diversos estudios hacen gala del cuestionario Stanford Presenteeism Scale 6 (SPS 6) mostrando adecuada correlación con el grado de presentismo, entre ellos, Abdi et al, en su estudio “Presenteeism and work ability: development of persian versión of the Stanford Presenteeism Scale (P-SPS-6) and measurement of its psychometric properties) menciona que “la escala consta de 2 dimensiones” la primera corresponde a las preguntas 2-5-6 relacionadas a “terminar el trabajo” y la segunda dimensión corresponde a las preguntas 1-3-4 relacionada a “sobrellevar las distracciones”, con esto en cuenta a mayor calificación menor presentismo y viceversa.

De los 76 residentes encuestados se aplicó el cuestionario SPS 6 solo a aquellos que presentaron algún malestar o enfermedad durante el último mes, contestando 50 (65.78%) de forma afirmativa, y acorde a la definición de presentismo por Johns G, en su trabajo “Presenteeism in the workplace: A review and research agenda” como acudir al trabajo enfermo, podemos decir que existe un 65.78% de presentismo en nuestra población, cifra parecida a las encontradas por Sánchez-Zeballos M y su artículo “Presentismo en

profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias” 2018 llevado a cabo den 323 profesionales de la salud del área de urgencias en Asturias, España, encontró un porcentaje de presentismo del 52.9%, Sánchez-Zeballos y colaboradores encontró una media del puntaje SPS 6 de 19.8 con desviación estándar de 4.2, mientras que nosotros obtuvimos un puntaje SPS 6 con una media de 20.7 con desviación estándar de 4.86, lo cual indica una buena adaptación a los problemas de salud y por ende menor “presentismo” es decir, mayor capacidad de sobreponerse a la enfermedad. Ambos estudios se llevaron a cabo en población cautiva, perteneciente a servicios de salud de primera respuesta, con la única excepción de que el trabajo de Sánchez Zeballos fue sobre trabajadores de base encontrando mayor presencia de empleados femeninos con mayor frecuencia de depresión en las mujeres respecto a los hombres, cifras similares a nuestra investigación pero en médicos residentes.

En su estudio, Sánchez-Zeballos documentó que las principales causas de enfermedad reportadas por su población fueron síntomas gripales, lumbalgias, cefaleas, alergias, artritis y asma, notamos que coinciden con las reportadas por el grupo de médicos residentes del HGZMF 8 las cuales (las más frecuentes) son síntomas gastrointestinales 12 (24%) y Lumbalgia 10 (20%). Estas patologías se asocian con las enfermedades más comunes en población general y la época del año durante las cuales se presentan, lo cual puede ser un factor determinante en las causas del por qué se enferman los residentes.

Por último, podemos concluir que un alto porcentaje de residentes cursa con presentismo, sin embargo con base a las altas puntuaciones de la escala SPS 6, podemos inferir que a pesar de sus problemas de salud, logran sobreponerse y acudir a trabajar, lo cual concuerda con el estudio de Miraglia M y colaboradores “Going to Work III: A Meta-Analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-Path Mode” 2016, quien realiza un metaanálisis sobre las causas de acudir al trabajo enfermo y encuentra que los trabajadores con miedo a perder su empleo ya sea por un régimen de contrato temporal, estado de prueba o con políticas duras sobre las faltas tienden a acudir en mayor proporción enfermos a sus sitios de trabajo, en nuestro caso, las residencias médicas, las faltas injustificadas son motivo de baja automática, las incapacidades son mal vistas por el personal docente y compañeros residentes, lo cual puede explicar el alto porcentaje de presentismo en nuestro estudio y nuestra población.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvieron conocimientos sobre la prevalencia de la depresión en médicos residentes pertenecientes al HGZMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, los cuales pertenecen a las especialidades médicas de medicina interna, urgencias y medicina familiar, en sus respectivos grados de residencia médica, la cual coincide con lo reportado en otros artículos tanto nacionales como internacionales, logrando confirmar la presencia de diferentes grados de depresión dentro de nuestra población.

Otro alcance importante es que se logró conocer el porcentaje de presentismo que sufren los médicos residentes (65.78%) el cual, a pesar de ser una cifra elevada, se observó por la puntuación media del cuestionario SPS 6, que la capacidad que tienen los médicos residentes de sobreponerse a sus enfermedades es buena y por ende el presentismo disminuye.



De la misma forma se logró identificar las enfermedades o problemas de salud que más frecuentemente atañen a esta población siendo los problemas gastrointestinales y la lumbalgia los que encabezan esta lista.

El logro más importante y que cabe resaltar es la veracidad de los datos, cuyos resultados son significativos para nuestra población estudiada, lo que permite cuantificar la gravedad del problema de la depresión en una población cautiva, pudiendo ser la pauta para futuras investigaciones que decidan ahondar en las causas agregadas de esta patología o futuras intervenciones para mejorar la calidad de vida, estudio y desarrollo profesional de los médicos residentes pertenecientes al HGZMF 8.

Dentro de las limitaciones de este estudio, se debe reconocer que, al delimitar el problema de estudio a la presencia de depresión, ausentismo y presentismo, se excluyeron causas o situaciones asociadas, como lo son los aspectos sociales, económicos, biológicos, comorbilidades asociadas, la presencia de redes de apoyo adecuadas, el contexto sociodemográfico de cada individuo, aspectos que influyen de cierta manera en la presentación de las patologías aquí estudiadas.

Una limitación más es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose a medir las frecuencias en que se presenta un fenómeno.

Un sesgo fue que en nuestro estudio no se interrogó sobre la presencia de comorbilidades en los pacientes, resultando importante, ya que el tener la presencia de más enfermedades como (cardiopatías, endocrinopatías, nefropatías o neumopatías), la presencia de depresión puede verse modificada de forma directa.

Otro sesgo posible es que ambos instrumentos empleados en esta investigación, tanto el cuestionario de Beck II como el cuestionario SPS 6, son listas de auto reporte, es decir, dependen de la sinceridad con que el participante responda la encuesta, y como pudimos observar, la mayoría de quienes sufrieron algún problema de salud el mes previo a la aplicación de esta investigación reportan no tener confianza en sus autoridades, pudiendo verse esto reflejado en la forma que contestaron las encuestas.

Un sesgo importante es que todos los participantes son médicos residentes en periodo de formación, por lo cual la veracidad de sus respuestas pudo verse comprometida por “el miedo a las represalias” o considerar que admitir su baja productividad o ausencia al trabajo traería consigo un castigo o recriminación por parte de las autoridades educativas.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar ya que nos permite detectar la presencia de depresión en población médica, mediante el uso del cuestionario de auto reporte Beck II, permitiendo la pronta identificación

de residentes médicos con algún grado de depresión permitiendo instaurar de manera rápida y oportuna acciones que ayuden a mitigar los efectos que causa la depresión, permitiendo iniciar de manera pronta el uso de terapias psicológicas, medicación, envío y manejo multidisciplinario, fortaleciendo redes de apoyo y mejorando de esta manera el desempeño de los residentes y mejorando la calidad de atención que estos brindarán a la población derechohabiente a su cargo.

Nosotros como médicos, al conocer la importancia de la salud mental, debemos prestar especial atención a nuestros compañeros, ya que, al estar a cargo de una gran población de derechohabientes, nuestro actuar debe ser preciso para lograr brindar atención certera, precisa y de calidad, cosa que solo es posible cuando el médico responsable se siente pleno.

En el aspecto educativo es importante conocer la prevalencia de esta enfermedad, ya que nos sensibiliza a aceptarla y brindar apoyo personal y profesional, el conocer los factores de riesgo implicados en la depresión, el ausentismo y el presentismo, puede hacer posible la implementación de programas de pesquisa, de prevención o paliación dentro de cada unidad hospitalaria, mejorando la calidad de vida de los médicos, su desempeño profesional y personal, con lo que se logra personal de salud eficiente, capaz de otorgar atención de calidad y calidez a todo público que lo necesite.

En el área de investigación se espera que esta investigación sea un punto de partida para la realización de futuras líneas de estudio en diferentes centros de salud y niveles de atención, con el objetivo de obtener y mejorar los resultados logrados en este proyecto.

De igual forma se abre una brecha para hacer hincapié en el estudio por dimensiones de la depresión y de esta forma prevenir y mitigar su incidencia y prevalencia en residentes del HGZMF 8, ya sea física, psicológica o social, los cuales pueden ser estudiados desde el ámbito social, educativo, económico, espiritual, etc. No limitándose a las pruebas utilizadas en este estudio.

En el rubro administrativo la presente investigación es de utilidad para que de forma oportuna se otorgue un tratamiento preciso a los médicos residentes con algún grado de depresión, con la finalidad de mejorar su calidad de vida, desempeño profesional y crecimiento educativo, controlando de forma adecuada a los pacientes en primer nivel de atención mediante revisiones oportunas, reflejándose en menos gastos hacia los servicios hospitalarios de segundo nivel. Detectar a tiempo aquellos residentes candidatos a tratamiento especializado, ofreciéndoles envío a los servicios necesarios, disminuyendo costos en tratamientos innecesarios, hospitalizaciones y por consiguiente se ven disminuidas las incapacidades laborales y los gastos que su ausencia o presencia le generan al instituto. El manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes es pieza clave importante.

Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva en el abordaje de la depresión en residentes del HGZMF No. 8, así como mejorar el desarrollo social, profesional y educativo de los mismos al visibilizar este problema y hacer posible su pronta atención especializada en caso de enfermedad, mejorar las relaciones entre los residentes y sus autoridades y abrir un dialogo entre ambas partes, evitando así las complicaciones a corto, mediano y largo plazo reflejándose en una ganancia para todo el instituto.

## CONCLUSIONES

La presente investigación cumplió con el objetivo, identificar la relación entre depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, encontrando que de acuerdo con el cuestionario de Beck II existe presencia de depresión en casi la mitad de la población estudiada, aportando evidencia sólida sobre el impacto que tiene el curso de la enfermedad en el desempeño de los residentes.

Con los resultados obtenidos y de acuerdo con las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis de nula, concluyéndose no existe relación asociación entre depresión y ausentismo / presentismo en residentes médicos del HGZMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

En esta investigación se observó que mayor concentración de depresión se encuentra en el sexo femenino, con predominio entre los residentes de urgencias y mayormente en los residentes de primer año de cada especialidad. Se obtuvo un porcentaje alto de presentismo, sin embargo, las puntuaciones obtenidas por el cuestionario SPS 6 indicaron una buena capacidad para sobreponerse a la enfermedad, con una media de ausentismo casi nula, sin embargo, al aplicar  $\chi^2$  de Pearson para variables independientes, no se encontró asociación ni significancia estadística.

Entre las recomendaciones para los que decidan continuar con este proyecto de investigación sería incluir en el análisis otras variables como: presencia de comorbilidades, así como su nivel de control de estas, el nivel socioeconómico, la presencia de redes de apoyo significativas, el tiempo libre, las actividades recreativas que realicen, los hábitos de salud, en resumen, más características sociodemográficas, biológicas y psicológicas, incluso espirituales, ya que el enfoque holístico de la medicina moderna invita y obliga a ver al hombre como un todo integrado, de manera biopsicosocial y espiritual.

El primer paso para disminuir la depresión, el ausentismo y presentismo en médicos residentes, es conocerlo y aceptar que existe, el estudio y conocimiento de sus causas, junto a métodos de pesquisa pueden lograr el control de dichas patologías y contribuir a la mejora en el desarrollo profesional, personal, administrativo y operacional de nuestros centros de trabajo.

La atención médica de primer nivel ofrece un marco idóneo para realizar acciones preventivas; ya que el médico familiar, es por excelencia el clínico más cercano a la población, a las personas, quien logra ganar la confianza y escudriñar no solo la enfermedad, si no, la vida de sus pacientes, conocer sus miedos y preocupaciones, somos los profesionales de la salud encargados de la atención del paciente sano y enfermo, de observar la evolución de las enfermedades de la mano del paciente y su familia, de detectar oportunamente aquellas situaciones inherentes de los estados patológicos que pueden reducir la calidad de vida y la salud de los integrantes de una familia. Además, tenemos el poder de involucrar distintas redes de apoyo, organizar, escudriñar y brindar apoyo y contención con el fin de mejorar la vida de cada una de las personas a nuestro cuidado, sea hombre, niño, mujer o colega.

## Bibliografía:

1. Global Health Data Exchange (GHDx). Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. 2019.
2. Evans-Lacko S, Knapp M. Global patterns of workplace productivity for people with depression: absenteeism and presenteeism costs across eight diverse countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(11):1525–37.
3. Kessler, Ronald C. PhD; Barber CM. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med* [Internet]. 2003;45(2):156–74. Available from: doi: 10.1097/01.jom.0000052967.43131.51
4. Carrillo Cordova LD, Carrillo Cordova JR, Carrillo-Esper R, Garduño-Arteaga ML, Almanza Gonzalez M. Prevalencia de depresión y síndrome de burnout en residentes de urología de un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2018;78(2):105–11. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2018/ur182d.pdf>
5. Bitran M, González M, Nitsche P, Zúñiga D, Riquelme A. Preocupación por el bienestar de residentes, un tema presente en la Conferencia Latinoamericana en Educación de Residentes (LACRE) 2017. *Rev Med Chil* [Internet]. 2017;145(10):1330–5. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v145n10/0034-9887-rmc-145-10-1330.pdf>
6. Martínez-garcía JA, Aguirre-barbosa M, Mancilla-hernández E, Rocío-hernández-morales M, Guerrero-cabrera MB. Prevalence of depression , anxiety , and associated factors in residents from hospital centers during COVID-19 pandemic Prevalencia de depresión , ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. 2022;69(1):1–6.
7. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. 2022 [cited 2022 Jul 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
8. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, Nieman DH, Correll CU, Kessing LV, et al. What is good mental health? A scoping review. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2020;31:33–46. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
9. Renteria, P M. Salud mental en México [Internet]. Oficina de información Científica y Tecnológica para el Congreso de la unión. 2018. Available from: <http://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/>
10. T Park L, Zarate C. Depression in the primary care setting. *new engl J Med*. 2019;(1):559–68.
11. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
12. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Publica Mex*. 2020;62(6):840–50.

13. Sánchez VP, Santos PM. Diagnostic and therapeutic protocol of depression. *Med [Internet]*. 2019;12(86):5070–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2019.09.015>
14. Pérez G. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed*. 2017;28:29–115.
15. Rush J. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. *UpToDate [Internet]*. 2022; Available from: [https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depression&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www.uptodate-com.pbidi.unam.mx:2443/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depression&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
16. Ángeles-Garay U, Tlecuitl-Mendoza N, Jiménez López JL, Velázquez García JA. Association of depression and anxiety with characteristics related to the training of medical residents. *Salud Ment [Internet]*. 2020;43(5):195–9. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2020/sam205b.pdf>
17. Sanz J, García-Vera MP. Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de beck-II (BDI-II). *An Psicol*. 2013;29(1):66–75.
18. Toala Zambrano JR. Síndrome de burnout en médicos residentes. *Rev san Gregor [Internet]*. 2019;33:103–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i33.966>
19. Shanafelt TD, Mungo M, Schmitgen J, Storz KA, Reeves D, Hayes SN, et al. Longitudinal Study Evaluating the Association between Physician Burnout and Changes in Professional Work Effort. *Mayo Clin Proc [Internet]*. 2016;91(4):422–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.02.001>
20. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, Brazeau C, Moutier C, Massie FS, et al. The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students with Burnout. *Acad Med*. 2015;90(7):961–9.
21. Eckerberry-Hunt J, Tucciarone J. The Challenges and Opportunities of Teaching “Generation Y.” *J Grad Med Educ [Internet]*. 2011;3(4):458–61. Available from: <https://meridian.allenpress.com/jgme/article/3/4/458/33921/The-Challenges-and-Opportunities-of-Teaching>
22. Torres EF De. Doctor’s personality. A risk factor issue? *Rev CONAMED [Internet]*. 2016;21(3):136–41. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con163f.pdf>
23. Lugo-Machado JA, Medina-Serrano JM, Yocupicio-Hernández D. Salud Mental y Suicidio del Médico en México: Un Tema Incómodo y Poco Explorado. *Rev Med Clínica*. 2021;5(2):1–5.
24. Castaños-Cervantes S, Domínguez-González A. Depression in Mexican medical students: A path model analysis. *Heliyon [Internet]*. 2020;6(6). Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2405844020310227?token=9CFC8CD0709306E5253F0417617958FB8176685CD4B9C67228A2635BCBBB5BFD2478E933C108A14D5C443468745AF69C&originRegion=us-east-1&originCreation=20220712064541>
25. Gray P, Senabe S, Naicker N, Kgalamono S, Yassi A, Spiegel JM. Workplace-based

- organizational interventions promoting mental health and happiness among healthcare workers: A realist review. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019;16(22). Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/22/4396>
26. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: Prospective cohort study. *Bmj* [Internet]. 2008;336(7642):488–91. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/336/7642/488.full.pdf>
  27. Battellini R. ¿Tiene el médico enfermo imagen de su propia enfermedad?: un dilema bioético. *Rev Hosp Ital B Aires* [Internet]. 2020;40(2):76–8. Available from: [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/111462\\_76-78-HI15-1-18-Batellinii-B.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/111462_76-78-HI15-1-18-Batellinii-B.pdf)
  28. Roseman C, Booker J. Workload and environmental factors in hospital medication errors. *Nurs Res*. 1995;44(PMID: 7624233).
  29. Hendriks SM, Spijker J, Licht CMM, Hardeveld F, De Graaf R, Batelaan NM, et al. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;178:121–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.004>
  30. Hilton MF, Scuffham PA, Sheridan J, Cleary CM, Whiteford HA. Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism. *J Occup Environ Med*. 2008;50(11):1228–43.
  31. Hill N. Análisis del presentismo laboral en la asociación grupo de hoteles del centro histórico A.C. de la ciudad de Puebla. 2016; Available from: <https://hdl.handle.net/20.500.12371/2381>
  32. Miraval Rojas EJ. Presentismo Y Aspectos Socioeconómicos En Médicos De Un Hospital Psiquiátrico. *Rev la Fac Med Humana*. 2019;19(4):22–30.
  33. AUSENTISMO LABORAL CUESTA 7.3% A EMPRESAS [Internet]. *Economía*. 2020. Available from: <https://iofacturo.mx/economia/ausentismo-laboral-cuesta-7-3-a-empresas#:~:text=De acuerdo a un estudio,productividad de aproximadamente el 40%25>.
  34. Cocker F, Nicholson JM, Graves N, Oldenburg B, Palmer AJ, Martin A, et al. Depression in working adults: Comparing the costs and health outcomes of working when ill. *PLoS One*. 2014;9(9).
  35. Johnston DA, Harvey SB, Glozier N, Calvo RA, Christensen H, Deady M. The relationship between depression symptoms, absenteeism and presenteeism. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;256(May):536–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.041>
  36. Henderson M, Harvey SB, Øverland S, Mykletun A, Hotopf M. Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med*. 2012;105(7):198–207.
  37. Fu M, Han D, Xu M, Mao C, Wang D. The psychological impact of anxiety and depression on chinese medical staff during the outbreak of the covid-19 pandemic: A cross-sectional study. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2021;10(7):7759–74. Available from: <https://apm.amegroups.com/article/view/74450/pdf>
  38. OPS. The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) INFORME REGIONAL

DE LAS AMÉRICAS. 2022;52. Available from:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMHCVID-19220001\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

39. Price RB, Duman R. Neuroplasticity in cognitive and psychological mechanisms of depression: an integrative model. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2020;25(3):530–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41380-019-0615-x>
40. Dillon DG, Pizzagalli DA. Mechanisms of Memory Disruption in Depression. *Trends Neurosci* [Internet]. 2018;41(3):137–49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tins.2017.12.006>
41. Fox ME, Lobo MK. The molecular and cellular mechanisms of depression: a focus on reward circuitry. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2019;24(12):1798–815. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41380-019-0415-3>
42. Secretaria de Gobierno. ACUERDO número ACDO.AS3.HCT.251121/301.P.DF dictado por el H. Consejo Técnico, en sesión ordinaria de 25 de noviembre de 2021, relativo a la Aprobación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al año 2022. [Internet]. *Diario Oficial de la Federación*. 2021. Available from: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5639077&fecha=22/12/2021#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639077&fecha=22/12/2021#gsc.tab=0)
43. J. P, Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: *Organización Mundial de la Salud*. 1986. p. 425–30.
44. Gruenberg EM. The prevention of mental disorders. *J Chronic Dis*. 1959;9(2–3):187–98.

Anexos

# Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO



COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ANTEPROYECTO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y AUSENTISMO / PRESENTISMO LABORAL  
EN RESIDENTES MÉDICOS PERTENECIENTES AL HGZMF No 8 SAN ANGEL  
Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.

Sexo: M\_\_ F \_\_

Edad en años: \_\_\_\_\_

Especialidad Cursada: \_\_\_\_\_ Residente grado: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_



## Anexo 2

### Inventario de depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido las últimas 2 semanas, si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkuela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. (se puntuará 0-1-2-3)

1	Tristeza	
	No me siento triste	0
	Me siento triste gran parte del tiempo	1
	Me siento triste todo el tiempo	2
	Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	3
2	Pesimismo	
	No estoy desalentado respecto de mi futuro	0
	Me siento más desalentado respecto de mi futuro de lo que solía estarlo	1
	No espero que las cosas funcionen para mi	2
	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar	3
3	Fracaso	
	No me siento un fracasado	0
	He fracasado más de lo que hubiera debido	1
	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos	2
	Siento que como persona soy un fracaso total	3
4	Pérdida de placer	
	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto	0
	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	1
	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	2
	No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar	3
5	Sentimientos de culpa	
	No me siento particularmente culpable	0
	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	1
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	2
	Me siento culpable todo el tiempo	3
6	Sentimiento de castigo	
	No siento que este siendo castigado	0
	Siento que tal vez pueda ser castigado	1
	Espero ser castigado	2
	Siento que estoy siendo castigado	3

7	Disconformidad con uno mismo	
	Siento acerca de mí lo mismo que siempre	0
	He perdido la confianza en mí mismo	1
	Estoy decepcionado conmigo mismo	2
	No me gusto a mí mismo	3
8	Autocrítica	
	No me critico ni me culpo más de lo habitual	0
	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo	1
	Me critico a mí mismo por todos mis errores	2
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	3
9	Pensamientos o deseos suicidad	
	No tengo ningún pensamiento de matarme	0
	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	1
	Quería matarme	2
	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	3
10	Llanto	
	No lloro más de lo que solía hacerlo	0
	Lloro más de lo que solía hacerlo	1
	Lloro por cualquier pequeñez	2
	Siento ganas de llorar, pero no puedo	3
11	Agitación	
	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual	0
	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual	1
	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto	2
	Estoy tan agitado e inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	3
12	Pérdida de interés	
	No he perdido el interés en otras actividades o personas	0
	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	1
	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	2
	Me es difícil interesarme por algo	3
13	Indecisión	
	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	0
	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	1
	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	2
	Tengo problemas para tomar cualquier decisión	3
14	Desvalorización	
	No siento que ya no sea valioso	0
	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme	1
	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	2
	Siento que no valgo nada	3

15	Pérdida de energía	
	Tengo tanta energía como siempre	0
	Tengo menos energía de la que solía tener	1
	No tengo suficiente energía para hacer demasiado	2
	No tengo energía suficiente para hacer nada	3
16	Cambios en los hábitos de sueño	
	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	0
	Duermo un poco más/menos que lo habitual	1
	Duermo mucho más/menos que lo habitual	2
	Duermo la mayor parte del día	3
	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormir	
17	Irritabilidad	
	No estoy más irritable que lo habitual	0
	Estoy más irritable que lo habitual	1
	Estoy mucho más irritable que lo habitual	2
	Estoy irritable todo el tiempo	3
18	Cambios en el apetito	
	No he experimentado ningún cambio en mi apetito	0
	Mi apetito es un poco menor que lo habitual	1
	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	
	Mi apetito es mucho menor que antes	2
	Mi apetito es mucho mayor que antes	
	No tengo apetito en lo absoluto	3
	Quiero comer todo el día	
19	Dificultad de concentración	
	Puedo concentrarme tan bien como siempre	0
	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	1
	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	2
	Encuentro que no puedo concentrarme en nada	3
20	Cansancio o fatiga	
	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	0
	Me fatigo o me canso más fácil que lo habitual	1
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas cosas de las que solía hacer	2
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	3
21	Pérdida de interés en el sexo	
	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	0
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo	1

	Estoy mucho menos interesado en el sexo	2
	He perdido completamente el interés en el sexo	3
	Puntaje total:	

# Stanford Presenteeism Scale 6

Durante el último mes ¿ha acudido a su centro de trabajo a pesar de sentirse enfermo o tener un problema de salud que le impida realizar sus funciones con normalidad?

Si \_\_\_\_

No \_\_\_\_

Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor marque una de las siguientes respuestas para mostrar su acuerdo o desacuerdo. SOLO SI HA RESPONDIDO SI A LA CUESTIÓN ANTERIOR.

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Marque con una X donde corresponda	1	2	3	4	5
Debido a mi (problema de salud) fue mucho más difícil combatir el estrés en mi trabajo					
A pesar de mi (problema de salud) logré terminar las tareas difíciles en mi trabajo					
Mi (problema de salud) me alejó de obtener placer en mi trabajo					
Me sentí demasiado desanimado para terminar algunas actividades del trabajo debido a mi (problema de salud)					
En el trabajo, logré concentrarme en alcanzar mis objetivos a pesar de mi (problema de salud)					
A pesar de mi (problema de salud) me sentí con energía para terminar mi trabajo					

Puntuación total:					

Nota: palabras como: dolor de espalda, problema cardiovascular, enfermedad, problema gástrico, u otras definiciones similares pueden ser sustitutos de la palabra “problema de salud” en cualquiera de los ítems.

El problema de salud causante de las anteriores afirmaciones ha sido:

- Dolor de espalda
- Problemas cardiovasculares
- Problema gástrico
- Otro problema de salud: \_\_\_\_\_

¿En los últimos 3 meses, has faltado por sentirte triste o sin ánimos de trabajar?

\_\_\_\_\_

¿Cuántos días?

\_\_\_\_\_

¿Tiene usted la confianza de comunicarle a su superior su incapacidad para laborar por motivos de salud mental? Si \_\_\_ No \_\_\_

# Anexo 3



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

**COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	DEPRESIÓN COMO CAUSA DE AUSENTISMO Y PRESENTISMO LABORAL EN RESIDENTES MÉDICOS PERTENECIENTES AL HGZMF No 8 SAN ANGEL Dr. GILBERTO FLORES IZQUIERDO						
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 3 sur, Diciembre 2022						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	En la actualidad la depresión es considerada un problema mundial, siendo esta una de las principales causantes de discapacidad y ausentismo laboral por enfermedad. El objetivo es Evaluar la existencia de depresión en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO" y su asociación con el ausentismo o presentismo laboral.						
Procedimientos:	Se interrogará a los médicos residentes de las especialidades de urgencias médico quirúrgicas, medicina interna y medicina familiar de los 3 grados a participar en el proyecto de investigación, aplicándose el inventario de depresión de Beck y el <i>Stanford Presenteeism Scale 6</i> . Previa firma del consentimiento informado.						
Posibles riesgos y molestias:	Es posible que presente sentimientos de tristeza, enojo o frustración al momento de contestar el cuestionario						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la existencia de depresión y ausentismo / presentismo laboral en residentes médicos del HGZMF 8 Dr Gilberto Flores Izquierdo						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información del resultado será entregada de forma confidencial, con el compromiso de brindar apoyo y aquellos que así lo requieran.						
Participación o retiro:	La participación es voluntaria, puede presentar negativa en la firma del consentimiento informado.						
Privacidad y confidencialidad:	Los resultados son confidenciales y sólo tendrán acceso los investigadores.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	De identificarse depresión en algún participante, este será advertido vía correo electrónico, mensaje de texto, o de manera institucional.						
Beneficios al término del estudio:	El conocer si presenta depresión y repercusiones en su vida laboral asociados a esta.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Maravillas Estrada Angelica , <a href="mailto:angelica.maravillas@imss.gob.mx">angelica.maravillas@imss.gob.mx</a>						
Colaboradores:	Dr. Vázquez Ramírez César Uriel, <a href="mailto:cesaruriel246@gmail.com">cesaruriel246@gmail.com</a>						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>						

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto  
Testigo 1  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Vázquez Ramírez César Uriel  
Testigo 2  
Nombre, dirección, relación y firma

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

Carta de no inconveniente



GOBIERNO DE  
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION SUR DE LA CIUDAD DE MEXICO  
HGZMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
COORD. CLINICA DE EDUCACION  
E INVESTIGACION EN SALUD

Ciudad de México, a 18 de Julio del 2022.  
CCEIS/252 /2022

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

**Polaco de la Vega Thalyna**  
Titular de la Coordinación de Investigación en Salud  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Presente.

En mi carácter de Director General del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación en salud con el título "Relación entre depresión, ausentismo y presentismo laboral en residentes médicos pertenecientes al HGZMF No8 Dr Gilberto Flores Izquierdo". El protocolo será realizado bajo la dirección del Dr. (a) ITZEL NALLELLI JALPA, como Investigador (a) Responsable, en caso de que sea aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud y el Comité de Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica.

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

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS  
DIRECTOR HGZMF No. 8.



Avenida Río Magdalena 289, Tizapán San Ángel.  
Alcaldía Alvaro Obregón. C.P. 01090. Ciudad de México.  
(55) 5550 6422 Ext. 28235.

