



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80



**" RELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL CON EL CLIMA ACADÉMICO EN LOS
MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL REGIONAL "**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GABRIELA JUÁREZ HERNÁNDEZ
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
Sede de especialidad: UMF 80
Matrícula: 97174769 Cel. 2727050309
CURP: JUHG890718MPLRRB02
juarezhernandezgabriela@hotmail.com

ASESOR DE TESIS:

DRA. WENDY LEA CHACÓN PIZANO.
MÉDICO FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
Adscripción: JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
MAT 99175443 Cel. 4433949243
wendy.chacon@imss.gob.mx

CO-ASESOR DE TESIS:

DR. SALVADOR GÓMEZ GARCÍA
EPIDEMIÓLOGO Y MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ASESOR DE LA JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS DE LA DELEGACIÓN
REGIONAL NUEVO LEÓN
Adscripción: DELEGACIÓN REGIONAL NUEVO LEÓN
MAT 99208017 Cel. 8112554792
salvador.gomezg@imss.gob.mx

COASESOR ESTADÍSTICO

MAT. CARLOS GOMEZ ALONSO
Adscripción: PERSONAL JUBILADO CIBIMI
Cel. 4431064756
cga_0123@hotmail.com

NÚMERO DE REGISTRO ANTE EL COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN R-2019-1602-030

MORELIA, MICHOACÁN, MÉXICO. OCTUBRE 2021



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Interinstitucional

Dra. Anel Gómez García

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dra. Sara Elena Santillán Carrasco

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Laura Miriam Pérez Flores

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar



Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Javier Santacruz Varela

Jefe de División de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de estudios de posgrado

Dr. Giovanni López Ortiz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de estudios de posgrado

Agradecimientos

Agradezco al Instituto Mexicano del Seguro Social por las facilidades
brindadas para esta investigación.

Dedicatoria

“A todas las personas que desinteresadamente me ayudaron a culminar mi carrera profesional, en especial a mi madre por todo su amor, apoyo, comprensión y sacrificios”.

Índice

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
ABREVIATURAS.....	3
GLOSARIO.....	4
RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
MARCO TEÓRICO.....	7
Clima académico.....	7
Ansiedad.....	11
Depresión.....	13
Suicidio.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
JUSTIFICACIÓN.....	21
HIPÓTESIS.....	23
OBJETIVOS.....	23
MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
Diseño del estudio.....	24
Población de estudio.....	23
Tamaño de la muestra.....	24
Criterios de selección.....	24
Descripción de variables.....	25
Cuadro operacional.....	26
Descripción operativa.....	29
Análisis estadístico.....	33
Consideraciones éticas.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49

BIBLIOGRAFIA.....	50
ANEXOS.....	54
Hoja de registro ante CLEIS.....	54
Cronograma de actividades.....	55
Consentimiento Informado.....	56
Instrumento de recolección de datos.....	62
Inventario de Ansiedad de Beck.....	63
Inventario de Depresión de Beck.....	65
Escala de Riesgo Suicida de Plutchick.....	70
Formulario CES-05-4.....	71

RESUMEN

RELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL CON EL CLIMA ACADÉMICO EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL REGIONAL”

Juárez Hernández Gabriela (UMF 80), Chacón Pizano Wendy Lea (Delegación Michoacán), Gómez García Salvador (Delegación Regional Nuevo León).

Introducción: El estado de salud respecto a ansiedad, depresión y riesgo suicida guarda relación con el clima académico que es el conjunto de condiciones y sentimientos que experimentan y perciben los estudiantes (médicos residentes). En México denota un clima académico negativo, encontrándose en condiciones generales adversas. **Objetivo:** identificar la relación del estado de salud mental con el clima académico en los médicos residentes del Hospital General Regional 1, Morelia, Michoacán. **Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental, marzo 2019 a febrero 2020; se evaluaron a los 38 médicos residentes adscritos al Hospital General Regional 1, que ingresaron por Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, se les aplicó 4 encuestas para identificar ansiedad, depresión, riesgo suicida y clima académico. El análisis se realizó en SPSS V24 utilizando frecuencias (%), para la asociación de variables chi-cuadrada y significancia estadística <0.05 . Registro Comité de Ética-Investigación R-2019-1602-03. **Resultados:** En relación a el clima académico, 61.8% de los residentes lo percibieron como ambiente apropiados-muy apropiado, mientras que 9.2% como inapropiado; para depresión al mes seis, la estadística inferencial chi-cuadrada fue de 18.757 con $p < 0.005$; mientras para ansiedad y riesgo de suicidio resultó con $p > 0.05$. Respecto el estado de salud mental de los residentes se encontró ansiedad de moderada-grave en 14.9%, depresión de moderada-grave en 13.1% y riesgo de suicidio en 8.8%. **Conclusiones:** La relación del estado de salud mental con el clima académico resultó ser casi nula, solo se encontró relación significativa con la depresión al mes 6 del estudio.

Palabras clave: clima académico, residentes, salud mental, ansiedad, depresión, riesgo de suicidio.

ABSTRACT

RELATIONSHIP OF MENTAL HEALTH STATUS TO ACADEMIC CLIMATE IN RESIDENT DOCTORS AT A REGIONAL HOSPITAL

Juárez Hernández Gabriela (UMF 80), Chacón Pizano Wendy Lea (Delegación Michoacán), Gómez García Salvador (Delegación Regional Nuevo León).

Introduction: The state of health regarding anxiety, depression and suicidal risk is related to the academic climate which is the set of conditions and feelings experienced and perceived by students (resident doctors). In Mexico, it denotes a negative academic climate, being in adverse general conditions. **Objective:** to identify the relationship between mental health status and academic climate in resident doctors of the Hospital General Regional 1, Morelia, Michoacán. **Material and methods:** Quasi-experimental study, March 2019 to February 2020; 38 resident doctors assigned to Hospital General Regional 1, who entered by National Examination of Medical Residency Applicants, were evaluated; 4 surveys were applied to identify anxiety, depression, suicidal risk and academic climate. The analysis was performed in SPSS V24 using frequencies (%), for the association of chi-square variables and statistical significance <0.05 . Registration Ethics-Research Committee R-2019-1602-03. **Results:** Regarding the academic climate, 61.8% of the residents perceived it as an appropriate-very appropriate environment, while 9.2% as inappropriate; for depression at month six, the inferential chi-square statistic was 18.757 with $p < 0.005$: while for anxiety and suicide risk it resulted with $p > 0.05$. Regarding the mental health status of the residents, moderate-severe anxiety was found in 14.9%, moderate-severe depression in 13.1% and suicide risk in 8.8%. **Conclusions:** The relationship of mental health status with academic climate turned out to be almost null, only significant relationship was found with depression at month 6 of the study.

Keywords: academic climate, residents, mental health, anxiety, depression, suicide risk.

AVREVIATURAS

BAI: Inventario de Ansiedad de Beck

BDI: Inventario de Depresión de Beck

CES. Coordinación de Educación en Salud

CIE 10: Clasificación Internacional de la Enfermedades Decima Edición

CIFRHS: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud

DSM V: Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría Quinta edición

ENARM: Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Medicas

EUA: Estados Unidos de América

HGR: Hospital General Regional

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptura de Serotonina

MAO: Monoaminooxidasa

OMS: Organización Mundial de la Salud

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

UMF: Unidad de Medicina Familiar

UNAM-: Universidad Nacional Autónoma de México

GLOSARIO

Ansiedad: es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos.

Depresión: es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Especialidad: es un área específica de especialización.

Médico Residente: es un profesional que después de obtener el título de médico decide realizar una especialidad de la medicina e ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad.

Posgrado: es el ciclo de estudios de especialización que se cursa tras la graduación o licenciatura.

Suicidio: es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte., el riesgo d suicidio es el peligro del acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte.

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla I. Características sociodemográficas.....	35
Tabla II. Nivel de Ansiedad.....	36
Tabla III. Relación de Ansiedad con Clima académico.....	37
Tabla IV. Nivel de Depresión.....	38
Tabla V. Relación de Depresión con Clima académico.....	39
Tabla VI. Riesgo de Suicidio.....	40
Tabla VII. Relación de Riesgo de Suicidio con Clima académico.....	41
Tabla VIII. Nivel de Clima Académico.....	42
Tabla IX. Relación del estado de salud mental con el clima académico mediante chi-cuadrado.....	43

INTRODUCCIÓN

En México un médico residente es un profesional que después de obtener el título de médico decide realizar una especialidad de la medicina (postgrado) e ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes (Casas Patiño, Rodríguez Torres, Casas Patiño, Castillo, & Cuauhtémoc, 2013). Este médico residente aprobó una evaluación nacional de carácter anual formalizada desde el 18 de octubre de 1983 conocida como Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) regulada por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) siendo este un organismo colegiado interinstitucional y autónomo que se encarga de coordinar cuántas plazas existen para cada especialidad (CIFRHS, 2018).

En el año 2018 para ponerlo en cifras específicas se ofrecieron 8 mil 333 lugares para médicos mexicanos y 488 para extranjeros en 27 especialidades de entrada troncal, para una demanda de 46 mil 200 aspirantes que se registraron (Rojas, 2018), lo que indica que alrededor de 37 mil 379 jóvenes fueron rechazados, lo que significa que menos del 19 por ciento de los interesados pudieron lograr su objetivo.

Al ingresar a la residencia médica el médico en formación se ve inmerso relaciones interpersonales, presiones, factores estresantes entre ellos internos, externos, físicos, sociales sanciones con un sin fin de interacciones con el entorno que lo rodea (clima académico) (GALLI, BRISSÓN, SOLER, LAPRESA, & ALVES DE LIMAMTSAC, 2014). México denota un clima académico negativo. (Hernández Herrera, 2016). Existen estudios que demuestran el gran porcentaje de prevalencia de ansiedad, depresión y riesgo suicida en los médicos residentes; sin embargo, no existe como tal un estudio que investigue la relación de estos trastornos mentales con el clima académico.

MARCO TEÒRICO

CLIMA ACADÉMICO

Definición:

La palabra “ambiente o clima” Según Daniel Raichvarg, fue introducida por los geógrafos en 1921 que consideraban que la palabra “medio” era insuficiente para dar cuenta de la acción de los seres humanos sobre su medio. El ambiente se deriva de la interacción del hombre con el entorno natural que lo rodea, es concebido como el conjunto de factores internos, biológicos y químicos y externos físicos y psicosociales que favorecen o dificultan la interacción social.. (Duarte D, 2003).

La definición de “clima” o “ambiente” académico es adoptada por instituciones de educación propiamente hablando, que refiere que los procesos académicos de aprendizaje y socialización se desarrollan en una compleja red de interacciones socio-psicológicas entre los integrantes de una comunidad colegiada. (Álvarez Aliaga, Ojeda Vázquez, Bazán Martínez, Martínez García, & Maceo Gómez, 2017) Esta red constituye un espacio social multidimensional que se define de forma genérica como clima académico organizacional. Por tanto hablar de clima académico en una unidad médica formadora de trabajadores de la salud (hospital), es por demás mucho más compleja que el tipo de ambiente que se pueda suscitar en una escuela.

La expresión ambiente educativo induce a pensar el ambiente como sujeto que actúa con el ser humano y lo transforma de tal forma que esto representa un reto para lograr fortalecer las experiencias positivas en el aprendizaje y realizar modificaciones favorables que lleven al desarrollo de actitudes, aptitudes y habilidades necesarias para el ejercicio de la práctica médica (Duarte D, 2003).

Este concepto engloba el proceso de adquisición del aprendizaje, aspectos biológicos, psicológicos y sociales, así como métodos de aprendizaje, tecnologías aplicadas y relaciones interpersonales. Este ambiente debe propiciar el desarrollo en cada esfera humana de tal manera que el individuo pueda tener un impacto positivo en la sociedad.

Antecedentes:

En 1960 se empieza a documentar maltrato hacía el médico en formación. En 1991 en Estados Unidos Baldwin estudio por primera vez maltrato en 10 escuelas de medicina encontrando maltrato verbal como la causa predominante en 96% clasificándola como humillaciones (Derivea, Casas Martínez, Obrador Verab, Villaby, & Contreras, 2017); pero hace menos de 40 años los residentes de especialización médica exteriorizaron su percepción ante el ambiente formativo hostil, ya que previamente se consideraba normal o necesario para la formación de aptitudes en el mismo.

Existe una revisión mexicana en la que reporta la existencia en EUA y Europa y América Latina una prevalencia de un 10-50% de maltrato, por lo que es prioritario seguir avanzando y trabajando en esta área. Específicamente en 2014, Ortiz-León del departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM publicó que los principales maltratos fueron demérito del trabajo, amenazas verbales, gritos y ridiculizaciones generando depresión y ansiedad; resultando un efecto negativo sobre la calidad de la atención de los pacientes y causa de deserciones durante la residencia.

Actualmente México denota un clima académico negativo sobre todo para crítica, reflexión y ejercer su derecho a debate; mientras que en Chile se inclina más hacia uno positivo.(Hernández Herrera, 2016).

Los esfuerzos por mejorar esta formación han incluido la reformulación de los perfiles de egreso y los programas formativos, la capacitación de los docentes y una creciente preocupación por el bienestar de los estudiantes y del ambiente educativo de los cuales el este último ha sido identificado como uno de los factores más determinantes de un plan de

estudio eficaz, pues correlaciona positivamente con el aprendizaje significativo, el éxito académico y la satisfacción con el programa formativo (Olave P, y otros, 2016).

Clasificación:

Existen dos tipos de ambientes formativos. Aquellos que son favorables para el aprendizaje y aquellos que son negativos o desfavorables para el aprendizaje. Siendo el positivo el que genera un aprendizaje y buen juicio mientras el negativo tiene una pobre retroalimentación hacia el individuo o la generación de un aprendizaje erróneo (Álvarez Aliaga, Ojeda Vázquez, Bazán Martínez, Martínez García, & Maceo Gómez, 2017).

En Chile, se inclina más hacia un clima educativo positivo sin embargo siempre con la posibilidad de mejoras. Sin evidenciar diferencias de género, pero si en relación a la facultad de procedencia (Álvarez Aliaga, Ojeda Vázquez, Bazán Martínez, Martínez García, & Maceo Gómez, 2017).

Evaluación:

En el ambiente educacional influye de forma significativa el estado de salud mental. Para evaluarlo es necesario tomar en cuenta el enfoque de el mismo ya que; “La evaluación del ambiente educacional se focaliza en la percepción que los estudiantes tienen del contexto más allá de lo que podría ser apreciado ‘objetivamente’ por un observador externo” (GALLI, BRISSÓN, SOLER, LAPRESA, & ALVES DE LIMAMTSAC, 2014).

Para la Federación Mundial de Educación Médica, el ambiente educacional debe ser un tema a evaluar junto con los programas de educación médica, ya que esta información, recopilada por cualquier método (cuestionarios, entrevistas y grupos focales), es de utilidad para potenciar las fortalezas y enfrentar las debilidades de las instituciones sometidas a un proceso de acreditación. (Álvarez Aliaga, Ojeda Vázquez, Bazán Martínez, Martínez García, & Maceo Gómez, 2017).

Durante el periodo de enseñanza médica, además de destrezas, el médico debe adquirir características socio-humanísticas así como de responsabilidades laborales. En este proceso aspectos que recaen sobre el estudiante son la sobrecarga laboral, largas jornadas de trabajo, contacto directo con el paciente, la muerte, el desgaste emocional, actividades administrativas; entre otras fueron los principales reportes por parte los estudiantes. Sin embargo, dentro de sus comentarios también refirieron a la residencia médica la mejor modalidad de para la formación de un especialista. (Acosta Fernández, Aguilera Velasco, Pozos Radillo, Torres López, & Parra Osorio, 2017).

El clima académico se puede evaluar mediante el Formulario CES-05-04 el cual consta de 30 oraciones distribuidos en 4 dimensiones que son: la Superación, la Participación, el Apoyo y el Respeto cuya respuesta tiene un margen de opción en una escala de frecuencias que va desde siempre o casi siempre hasta nunca o casi nunca, quedando la clasificación de los ambientes como: Muy inapropiados, 11.00 o menor. Inapropiados, 11.01 a 15.75. Intermedios, 15.76 a 20.50. Apropriados, 20.51 a 25.25. Muy apropiados, 25.26 a 30.00. Es una encuesta que forma parte de un conglomerado de ellas, que se presentaron por la Coordinación de Educación en Salud alrededor del año 2006, por el Dr. Leonardo Viniegra, para su utilización en las unidades médicas del IMSS, en algunas sedes del país se siguen aplicando, como es el caso del HGR1 de Michoacán.

En el estudio realizado en 2014 en la UNAM Derive comenta que el ambiente negativo, la humillación, el rechazo y la deshumanización, se ven asociados a apatía por parte del médico en formación incluyó como consecuencias de un ambiente educativo negativo varios tipos: las académicas que incluso incluyen renuncia del programa, de afección a la salud, física, mental, emocional, las psicosociales y las que interfieren con su labor asistencial, Un alto porcentaje de residentes consideraron padecer o haber padecido depresión, Ansiedad y Burnout. (Derivea, Casas Martínez, Obrador Verab, Villaby, & Contreras, 2017).

ANSIEDAD

Definición:

La ansiedad es un trastorno de adaptación, una reacción de desajuste a una situación psicosocial estresante, desarrollándose un conjunto de síntomas emocionales o comportamentales. Estos síntomas son de tipo ansioso. Pero pueden dar lugar a trastorno adaptativo con ansiedad (Domínguez Rodríguez & Prieto Cabras, 2017).

Epidemiología:

La prevalencia de ansiedad a nivel internacional es del 16% y a nivel nacional 8.1% (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, 2015). Se incrementa en residentes de acuerdo a la especialidad, Mascarúa-Lara et al. Reportan una prevalencia de ansiedad leve de 28.5%, moderada del 10.7%, y grave de 1.9%.

Su prevalencia es alta, teniendo repercusión en la salud del individuo y costos sociales, económicos, ya que repercute en la actividad del individuo y su rendimiento laboral. (Domínguez Rodríguez & Prieto Cabras, 2017).

Existe una gama de trastornos relacionados que aumentan el número de individuos afectados. En un estudio hecho en residentes de traumatología en el tercer nivel de atención realizado en México, se obtuvo una prevalencia de ansiedad de un 83.8 %, en contraste con la prevalencia de depresión en dicho grupo de 61.2% (Cruzblanca Hernández, Lupercio Coronel, Collas Aguilar, & Castro Rodríguez, 2016).

Cuadro clínico:

La ansiedad, se presenta con síntomas cardiovasculares cómo son palpitaciones, miedo exagerado, temblores, miedo excesivo a alguna situación (este debe ser determinado por criterio médico tomando en cuenta cultura y contexto por un mínimo de 6 meses), fatiga, trastornos del sueño, dolores o molestias musculares, síntomas gastrointestinales

(meteorismo, dispepsia, etc.) y respiratorios manifestados por taquipnea. (Montiel Jarquín, y otros, 2015).

Diagnóstico:

Puede ser medida mediante El Inventario de Ansiedad de Beck fue publicado en el año 1988, actualmente es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, que apenas son compartidos con los de la depresión (Sanz, 2014).

El cuestionario consta de 21 ítems, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 0-5 - Ansiedad mínima. 6-15 - Ansiedad leve. 16-30 - Ansiedad moderada. 31-63 - Ansiedad grave (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, 2015).

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "severamente, casi no podía soportarlo".

En cuanto trastorno de angustia: crisis de angustia sin detonantes reincidentes, seguida por un mínimo un mes con inquietud por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y / o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento en relación con crisis de angustia. (Tortella Feliu, 2014)).

Tratamiento:

Para el tratamiento se puede utilizar terapia conductista buscando enfrentar al paciente poco a poco a dicha situación temida, usando psicoeducación a través del eje "situación-pensamiento-emoción-conducta" (Domínguez Rodríguez & Prieto Cabras, 2017). La terapia debe ser dirigida en varios ejes uno de ellos es el ejercicio físico ya que está documentado su repercusión positiva (Guerra Santiesteban, y otros, 2017). En caso de ser

ansiedad generalizada se utilizan antidepresivos ansiolíticos, principalmente tricíclicos, ISRS y benzodicepinas, aunado a psicoterapia de apoyo.

DEPRESIÓN

Definición:

Se define como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento, siendo una de las principales causas de incapacidad (Pérez Padilla, Cervantes Ramírez, Hijuelos García, Pineda Cortes, & Salgado Burgos, 2017).

Epidemiología:

Cerca de 1 de cada 10 adultos cursan con depresión, de ellos 6 de cada 10 no se tratan. La epidemiología es distinta de acuerdo a la región, en Japón 3% de la población cursa con trastorno depresivo mayor y Estados Unidos de América hasta 16% (Pérez Padilla, Cervantes Ramírez, Hijuelos García, Pineda Cortes, & Salgado Burgos, 2017). El resto del mundo varía de 8-12%.

La prevalencia de depresión en seres humanos va del 3% al 9% (Montiel Jarquín, y otros, 2015). Es mayor en mujeres estadísticamente cerca del doble en relación al género masculino (Pérez Padilla, Cervantes Ramírez, Hijuelos García, Pineda Cortes, & Salgado Burgos, 2017). Puede ocurrir a cualquier edad, pero su inicio se observa con mayor frecuencia entre los 20 y los 40 años de edad y en personas expuestas a estrés prolongado.

Se incrementa en residentes de acuerdo a la especialidad: Anestesiología presenta depresión y ansiedad en 50%; Terapia Intensiva, en 33%; y Medicina Interna, en 17%, mientras que en residentes de medicina familiar la depresión alcanzó cifras de 19.7% (Montiel Jarquín, y

otros, 2015). Se estimaba que para el año 2020 la depresión mayor se convertiría en la segunda afección más incapacitante, superada tan solo por la cardiopatía isquémica.

Cuadro clínico:

Dentro del cuadro clínico además de emociones (tendencia al llanto, pérdida de interés, placer de realizar actividades habituales o sus pasatiempos) y pensamientos negativos, hay afección a nivel del proceso de aprendizaje, alteración en apetito (aumento o disminución), alteración en el deseo sexual, así como en el patrón de sueño (Cruzblanca Hernández, Lupercio Coronel, Collas Aguilar, & Castro Rodríguez, 2016).

Kuhn et al. Han descrito diversos factores determinantes para depresión y ansiedad en médicos en adiestramiento y los engloba en diversos grupos. Así, tenemos:

1. Factores físicos: jornadas largas de trabajo (más de 24 horas), tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño.
2. Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento; maltrato emocional (humillaciones públicas, etc.).
3. Factores organizacionales: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, déficit en sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc.
4. Factores personales: edad, sexo, historia familiar, experiencia personal, etc (Montiel Jarquín, y otros, 2015).

La depresión se relaciona con bajo desempeño, bajo rendimiento académico y profesional, así como con errores médicos.

Diagnóstico:

Se puede medir la severidad mediante el instrumento: el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la terapia cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple; compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la

desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión.

Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido en el Inventario de depresión de Beck-2 son los siguientes: 0-13 depresión mínima, 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada, 29-63 depresión grave (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, 2015).

El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas aunado a la consulta psicológica-psiquiátrica (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, 2015).

De acuerdo a DSM V, la clasificamos en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado. De acuerdo a CIE 10, se incluye entre episodio depresivo leve, moderado y grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos y otros tipos de episodios depresivos (Pérez Padilla, Cervantes Ramírez, Hijuelos García, Pineda Cortes, & Salgado Burgos, 2017).

Tratamiento:

El tratamiento se divide en dos vertientes: Medicamentos antidepresivos y Terapia cognitiva.

Dentro del tratamiento farmacológico tenemos en primera línea a los Inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (fluoxetina, citalopram, etc.). Además existen otros fármacos útiles como son: Inhibidores de la recaptura de Noradrenalina (desipramina, reboxetina.), Antidepresivos tricíclicos (imipramina y nortriptilina). Inhibidores de la MAO (selegilina). Con la premisa que esta terapéutico requiere un mínimo de 4 semanas para tener un efecto

terapéutico en el individuo (Cruzblanca Hernández, Lupercio Coronel, Collas Aguilar, & Castro Rodríguez, 2016).

Dentro de tratamiento psicológico uno de mayor efectividad para depresión incluye la terapia cognitivo-conductual (TCC), la activación conductual, la terapia interpersonal o la terapia de solución de problemas. Sin embargo, se está documentado que la TCC tiene un mayor índice de efectividad.

SUICIDIO Y RIESGO DE SUICIDIO

Definición:

El suicidio es el acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte., el riesgo d suicidio es el peligro del acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica al suicidio como un acto deliberadamente iniciado y realizado por una persona en pleno conocimiento o expectativa de su desenlace fatal. Se conoce que la idea suicida es el mejor predictor de intento suicido y esto a su vez predice la consumación.

Epidemiología:

La OMS informa que más de 800 mil personas se suicidan al año en todo el mundo, representando una muerte cada 40 segundos, superando la mortalidad total causada por guerras y homicidios. Además, en 2016 fue la segunda causa de defunción en personas entre 15 y 29 años. No existen estadísticas puntuales en México, señaló Javier Mendoza en septiembre 2018, coordinador de Investigación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad Nacional Autónoma de México.

De acuerdo a Martha Ontiveros en México no había estadísticas sobre el número de médicos que se quitan la vida (Nájar, 2010). Actualmente ha sido poco estudiado a pesar de que es la complicación más grave de los trastornos mentales ha pasado casi inadvertido, se trata de un problema que también afecta a otros países como Estados Unidos, donde a diario se reporta el suicidio de un profesional de la salud (Jiménez López & Arenas Osuna, PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MÉDICOS, 2017).

Actualmente en México no hay estudios específicos sobre el número de médicos que se quitan la vida; pero las cifras en estudiantes de medicina van de 1.4 a 32.3% en residentes, la prevalencia más aceptable es del 12.5% (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, 2015).

Cuadro clínico:

Las personas con riesgo suicida pueden experimentar sensación de fracaso personal, laboral y familiar o un reproche social que les sume en una profunda desesperanza. Si a esta situación se añade la presencia de soledad, de una red pobre de apoyo social, de trastornos mentales (depresión especialmente) o de enfermedades crónicas incapacitantes o con mal pronóstico, estas personas planifican el acto, lo realizan aisladamente y pueden usar métodos rápidos y efectivos.

Un estudio observacional identificó que los médicos que habían consumado el suicidio presentaban depresión, estrés, desgaste profesional, problemas por uso de sustancias no tratados, además de gran frecuencia de pérdidas personales y profesionales, problemas económicos, una tendencia a trabajar en exceso, elevado estrés e insatisfacción con la profesión. (Vargas Terreza, Moheno Kleeb, & Cortés Sotresc, 2015). Por lo cual es de suma importancia evaluar el ambiente laboral y de ser necesario realizar intervención.

Diagnóstico:

Para evaluar el riesgo se puede utilizar la escala de Riesgo de Suicidio diseñada por Plutchik, en la cual a mayor puntuación mayor riesgo (el punto de corte sugerido por los autores es una puntuación igual o mayor de 6) (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, 2015).

En un estudio que se realizó a médicos residentes de segundo año de Hospital La Raza en Ciudad de México, se prefirió evaluar riesgo de suicidio y no la ideación suicida exclusivamente, ya que dicha escala incluye cuestionamientos sobre intentos auto líticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y otros aspectos relacionados con las tentativas que permitirían una valoración completa en caso de requerirse intervención (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico, 2015).

La conducta suicida es un fenómeno complejo mediado por factores biológicos, psicológicos y sociales por lo que la correcta evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de la patología de base del paciente es el mecanismo más efectivo a la hora de abordar la conducta suicida.

Tratamiento:

Su tratamiento farmacológico deberá incluir tanto la patología subyacente como aquellos síntomas que puedan actuar como factores de riesgo adicional (ansiedad, insomnio, impulsividad, etc. (Jiménez López & Arenas Osuna, PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MÉDICOS, 2017).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de los procesos formativos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se circunscriben principalmente en procesos de pregrado (internado médico y servicio social de las carreras del área de la salud), así como procesos de posgrado (especialidades médicas de entrada directa por ENARM (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas), cursos de especialización para médicos generales, cursos de especialización para servicios rurales de salud y cursos de especialización de difícil cobertura).

El Hospital General Regional No. 1 de Charo, Michoacán desde el año 1979, participa como parte del proceso de posgrado (Especialidades médicas de entrada directa por ENARM); funge como subsección de primer año de especialidades médicas para residentes de medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, cirugía general y anestesiología.

Se cuenta con el antecedente que el clima académico en México es negativo (inapropiado), existiendo sedes con una alta prevalencia de maltrato, predominando el psicológico, el demérito académico, amenazas verbales, gritos y ridiculizaciones los cuales generan trastornos de salud mental como ansiedad, depresión resultando causa de deserciones durante la residencia; además causando efecto negativo sobre la calidad de la atención de los pacientes e inclusive llegando a tener un desenlace fatal como lo es el suicidio.

Este último con un incremento en los últimos años; sin embargo esta sub-estudiado. En el 2015 un estudio observacional de Vargas Terraza identificó que los médicos que habían consumado el suicidio presentaban depresión, estrés, ansiedad, desgaste profesional, etc, influyendo de forma significativa clima académico.

Por tal motivo es importante que se investigue la relación de ansiedad, depresión y riesgo de suicidio con el clima académico de los médicos residentes del Hospital general Regional ya que el clima académico es susceptible de cambiar, y por ende disminuir estos trastornos.

Los desafíos que se presentan actualmente exigen a las instituciones formadoras de médicos residentes no sólo a formar en una especialidad específica, sino también repensar la manera en que están desempeñando su labor con el objetivo de formar personas competentes para desenvolverse en un contexto social complejo y cambiante; se ha podido evidenciar que los procesos de posgrado han intentado hacer frente a los desafíos de la sociedad actual, insertando ciertas modificaciones en los procesos operativos, académicos; sin embargo además de las acciones y decisiones que éste tome, también influyen en el tipo de clima académico percibido por los residentes.

Los médicos residentes desarrollan actividades académicas, pero también laborales por lo que es de suma importancia la evaluación del ambiente de los médicos residentes del Hospital General Regional 1 (HGR1) ya que la interacción del médico residente con el profesor, la coordinación, los trabajadores propios de la unidad médica, pacientes, familiares y sus iguales, tanto en área de aulas, como en área asistencial, conlleva implicaciones de relaciones de poder, situaciones de ansiedad, depresión e incluso riesgo de suicidio, que si no son evaluados y abordados a tiempo, generan repercusiones en el rendimiento académico de los médicos, los cuales, generan problemas y agravan los existentes.

Es necesario estudiar de qué manera la metodología, la evaluación del aprendizaje, la relación educador-educando y las relaciones entre los residentes inciden en el tipo de ambiente social generado al interior del HGR1.

Considerando los antecedentes expuestos, la pregunta directriz de este estudio fue: ¿Cuál es la relación del estado de salud mental con el clima académico de los médicos residentes del Hospital General Regional Número 1 Michoacán?

JUSTIFICACIÓN

Desde el año 1979, el Hospital General Regional No. 1 de Charo, Michoacán funge como subsección de especialidades médicas para residentes de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General y Anestesiología actualmente con cargas excesivas de trabajo donde se ve al becario como carga de trabajo asistencial, sin prestarse atención a su entorno.

Se parte de la premisa que el clima académico es susceptible de modificarse, a través de acciones concretas en diferentes aspectos que lo componen, en el alumno, profesor, instalaciones, políticas, procedimientos, etc. Por lo cual es de suma importancia como primer paso realizar una adecuada evaluación del clima académico actual en el Hospital General Regional 1. Morelia; así como de su relación con ansiedad, depresión y riesgo suicidio ya que la existencia de una alteración del estado de ánimo afecta la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en el paciente; es necesario estudiar su presencia para brindar el manejo temprano a los médicos residentes.

Se propone una metodología de trabajo: la investigación-acción. La investigación-acción es una metodología de trabajo, que surgió en escuelas de Inglaterra, para solucionar problemas en la interacción escolar, alumno-profesor, alumno-alumno, involucrando a los interesados en la solución de la problemática, para realizar una búsqueda de estrategias y poner límites de tiempo y responsables para su conclusión, de tal forma que el proceso es continuo, pues una vez solucionado un problema, es probable que se cuente con otro que requiera atención.

En el ámbito institucional surgen los ciclos de calidad en la educación, como una estrategia para identificar barreras en la formación de calidad, por lo que se pretende hacer sinergia, para que al seno de dichos círculos aprovechando el carácter multidisciplinario de los mismos, poder identificar problemas suscitados en la dinámica académica y establecer las

estrategias de solución entre todos o bien potenciar las fortalezas y enfrentar las debilidades de las instituciones.

Fue factible de implementar dado que muchos de sus rubros ya se realizaban aisladamente, se contó con los recursos económicos necesarios para su implementación y la voluntad para concretarla. Es relevante para los alumnos y profesores, así como para el paciente, que se beneficiaría de contar para su atención con alumnos en formación motivados, sin estrés y con adecuada salud mental y con adecuada satisfacción laboral que mejora la productividad global y reduce el agotamiento laboral.

HIPÓTESIS

El estado de salud mental (ansiedad, depresión y riesgo de suicidio) guarda una estrecha relación con el clima en los residentes en periodo de adiestramiento.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar la relación del estado de salud mental con el clima académico en los médicos residentes del Hospital General Regional 1, Morelia, Michoacán.

Objetivos específicos:

Identificar la prevalencia de ansiedad de moderada a grave de los residentes.

Determinar la prevalencia de depresión de moderada a grave de los médicos residentes.

Identificar el riesgo de suicidio en los médicos residentes en formación.

Determinar el ambiente académico de los médicos residentes.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Tipo de estudio: Cuasiexperimental

Temporalidad: Prospectivo

Seguimiento: Longitudinal

NÚMERO DE MEDICIONES:

3 (al inicio de la residencia médica, a los 6 meses y al año)

POBLACIÓN DEL ESTUDIO:

Médicos residentes adscritos al Hospital General Regional Número 1, Michoacán; en el periodo comprendido de marzo 2019 a febrero 2020.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Tamaño de la muestra no probabilístico por conveniencia. Se tomó de muestra el total de residentes adscritos al HGR1 siendo un total de 38 Médicos residentes en el periodo comprendido de marzo 2019 a febrero 2020.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Médicos residentes en formación adscritos al Hospital General Regional 1, Michoacán, de cualquier género y edad.

CRITERIOS NO INCLUSIÓN:

Los residentes de cursos de especialización para médicos generales (ingresaron por otra modalidad NO ENARM), que durante la etapa de recogida de datos se encontraron en

periodo de rotación fuera del hospital y médicos residentes que se negaron a participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Médicos residentes una vez comenzado el estudio se dieron de baja o cambiaron de sede antes de la conclusión del mismo.

VARIABLES DEPENDIENTES:

Ansiedad

Depresión

Riesgo de suicidio

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Clima académico

VARIABLES INTERVENIENTES:

Género

Especialidad médica

Tipo de residencia (quirúrgica y no quirúrgica)

Edad

Estado civil

Hijos

CUADRO DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Medición
Ansiedad	Trastorno de adaptación, una reacción de desajuste a una situación psicosocial estresante, desarrollándose un conjunto de síntomas emocionales o comportamentales	Puntaje obtenido mediante el Inventario de Ansiedad de Beck consta de 21 preguntas. 00-5 Mínima, 6-15 Leve, 16-30 Moderada, 31-63 Grave	CUALITATIVA	Mínima, Leve, Moderada, Grave
Ansiedad	Trastorno de adaptación, una reacción de desajuste a una situación psicosocial estresante, desarrollándose un conjunto de síntomas emocionales o comportamentales	Puntaje obtenido mediante el Inventario de Ansiedad de Beck consta de 21 preguntas. A MAYOR PUNTAJE MAYOR ANSIEDAD	CUANTITATIV A	00-63
Depresión	Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés	Puntaje obtenido mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) consta de 21 preguntas. 0-13 Mínima, 14-19 Leve, 20-28 Moderada, 29-63 Grave	CUALITATIVA	Mínima, Leve, Moderada, Grave

Depresión	Trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés	Puntaje obtenido mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) consta de 21 preguntas. A MAYOR PUNTAJE MAYOR	CUANTITATIVA	0-63
Riesgo de suicidio:	Peligro del acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte	Puntaje obtenido mediante la Escala de Plutchick. Consta de 15 preguntas. Sin Riesgo <6, Con Riesgo >6	CUALITATIVA	Sin Riesgo, Con Riesgo
Riesgo de suicidio	Peligro del acto por el que una persona de forma deliberada se provoca la muerte.	Puntaje obtenido mediante la Escala de Plutchick. Consta de 15 preguntas. A MAYOR PUNTAJE MAYOR RIESGO DE SUICIDIO	CUANTITATIVA	0-15
Clima académico	El clima académico es el conjunto de condiciones y sentimientos que experimentan y perciben los estudiantes	Puntaje obtenido mediante el Formulario CES-05-04. Consta de 30 preguntas. Muy inapropiado: <11; Inapropiado: 11.01-15.75; Intermedio: 15.76-20.5; Apropiado: 20.5 – 25.25; Muy Apropiado: 25.26 -30 (Superación/Participación/Apoyo/Respeto)	CUALITATIVA	Muy inapropiado, Inapropiado, Intermedio, Apropiados, Muy apropiado
Clima académico	El clima académico es el conjunto de condiciones y sentimientos que experimentan y perciben los estudiantes	Puntaje obtenido mediante el Formulario CES-05-04. Consta de 30 preguntas. ENTRE MAYOR PUNTUACION MEJOR APROPIADO EL CLIMA ACADÈMICO	CUANTITATIVA	0-63

Género:	Roles socialmente contruoidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiada para los hombres y mujeres.	Género plasmado en el carnet de citas, INE.	Cualitativa	Masculino/Femenino
Especialidad médica:	Estudios cursados por un licenciado en medicina en su periodo de posgrado.	Posgrado que realiza el médico residente	CUALITATIVA	Anestesiología/Medicina Interna/Pediatría/Cirugía General/Ginecología y Obstetricia
Tipo de especialidad:	Agrupación tradicional de las especialidades médicas (clínicas o quirúrgicas o no quirúrgicas)	Tipo de especialidad el cual este inscrito el residente	CUALITATIVA	Quirúrgica/No quirúrgica
Edad:	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida que tiene el médico al momento de la aplicación de la encuesta	CUANTITATIVA	00-99
Estado civil:	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil referido en la encuesta	INTERVINIENTE	Pareja/Casado/Soltero /Viudo/Separado/Unión libre
Hijos	Número de hijos que se tienen vivos al momento del estudio	Número de hijos referido en la encuesta	CUALITATIVA	Sí No

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO

Con la aprobación del protocolo de investigación por los comités de investigación y ética del Instituto Mexicano del Seguro Social en Investigación en Salud 1602 del Hospital General Regional No. 1 del IMSS de Morelia Michoacán; se procedió al muestreo de los Médicos Residentes de las especialidades troncales.

Se acudió a la Coordinación Clínica de Educación e Investigación sede de posgrado para validar los criterios de inclusión con los residentes adscritos al HGR No. 1, una vez identificados se procedió a realizar la invitación abierta para participar en el proyecto de investigación. A todos los participantes se les informó las fases del proyecto de investigación, los diferentes lugares a donde asistir, inconvenientes, compromiso a realizar y beneficio.

A los médicos residentes que aceptaron participar en el proyecto se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 2).

El protocolo de investigación fue dividido en 3 fases:

1.- Al ingreso de la residencia médica (Basal se tomaron los resultados de las encuestas que se realizaron al ingreso del ciclo de residencias médicas que el hospital realiza por un programa propio de salud mental, que es una batería de pruebas donde se incluyen las necesarias para el estudio propuesto). (BAI, BDI 2, Plutchick)

2.- A los 6 meses de residencia médica. (BAI, BDI 2, Plutchick y CES-05-4)

3.- A los 12 meses de residencia médica. (BAI, BDI 2, Plutchick y CES-05-4)

Se asignó una clave personal a cada médico residente con el fin de mantener la discreción. Se aplicaron las siguientes encuestas:

1.- El Inventario de Ansiedad de Beck. (BAI). Anexo 3.

Consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00-5 Mínima, 6-15 Leve, 16-30 Moderada, 31-63 Grave. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto", 1 a "levemente ", 2 a "moderadamente" y 3 a "severamente".

2.- El Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). Anexo 4.

Se utilizó la versión de 21 preguntas escala autoaplicable para medir la depresión, Los puntos de corte aceptados para graduar la intensidad/severidad son los siguientes: 0-13 Mínima, 14-19 Leve, 20-28 Moderada y 29-63 Grave.

3.- La Escala de Plutchick. Anexo 5.

Valoró el riesgo de suicidio y consta de 15 preguntas con opción de respuesta afirmativa evalúa 1 punto o respuesta negativa evalúa 0 puntos. Oscilando la puntuación total entre 0 a 15 puntos. A mayor puntuación, mayor riesgo, los autores de la validación en español identificaron como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

4.- El Formulario CES-05-04. Anexo 6.

Valoró el clima académico. Consta de 30 oraciones distribuidos en 4 indicadores que son: la Superación, la Participación, el Apoyo y el Respeto cuya respuesta tiene un margen de opción en una escala de frecuencias que va desde siempre o casi siempre hasta nunca o casi nunca, quedando la clasificación de los ambientes como: Muy inapropiados, 11.00 o menor. Inapropiados, 11.01 a 15.75. Intermedios, 15.76 a 20.50. Apropriados, 20.51 a 25.25. Muy apropiados, 25.26 a 30.00.

Es una encuesta que forma parte de un conglomerado de ellas, que se presentaron por la Coordinación de Educación en Salud alrededor del año 2006, por el Dr. Leonardo Viniegra, para su utilización en las unidades médicas del IMSS, en algunas sedes del país se siguen aplicando, como es el caso del HGR1 de Michoacán.

La evaluación del estado de salud mental se realizó mediante entrevista personalizada por el Dr. Felipe de Jesús García Martínez Psiquiatra del mismo Hospital, quien mediante una planeación de citas realizó la entrevista inicial, mediante el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y la Escala de Plutchick.

Los médicos identificados con necesidad de tratamiento o seguimiento, se les programó citas subsecuentes, el seguimiento se realizó individualizado y confidencial entre psiquiatría, psicología y la coordinación clínica de educación e investigación en salud.

Las evaluaciones de los 6 meses y 12 meses, para las mencionadas escalas, se aplicó a través de formularios google drive, y aquellos médicos identificados con ansiedad y depresión catalogados por la encuesta respectiva como moderada a severa, así como aquellos con riesgo de suicidio, fueron canalizados con psiquiatría y/o psicología a través de mensaje y llamada a su celular por el coordinador de educación.

Mientras que para valorar clima académico se utilizó el Formulario CES-05-04 de evaluación del ambiente académico laboral en la formación del especialista, autoadministrado dentro de los formularios de Google drive.

Posterior a la aplicación del instrumento se procedió al análisis y al encontrar alguna alteración se dio seguimiento y manejo personalizado a cada individuo. Con esto se realizó un proceso de intervención-acción a través de un mecanismo conocido como círculo de calidad que es una reunión entre los profesores, la coordinación de educación y un representante de los residentes para establecer directrices de acción (intervenciones) en pro de modificación de la problemática analizada, estableciendo un cronograma de acción, indicadores de medición específicos, responsables y tiempos de conclusión.

Intervención: La intervención se basó en el Método de Investigación-Acción, respecto a las mediciones de la misma, tras la evaluación inicial del clima académico laboral, en la reunión del círculo de calidad en educación, se establecieron las acciones y los indicadores

susceptibles de medición y control, mismos que fueron seguidos y evaluados respecto a cronograma. Analizándose de forma cualitativa si se cumplió o no, tal acción, y de forma cuantitativa aquellos indicadores que por su naturaleza lo permitieron.

El análisis con base al clima académico con resultados de inapropiado muy inapropiado se llevaron intervenciones de acuerdo a cada dimensiones (superación, participación, apoyo y respeto); en Superación la intervención fue Psicología motivacional, en Participación fue Planeación didáctica, en Apoyo fue trabajo en equipo y finalmente en respeto fue Formación ética. Las intervenciones para valorar estado de salud mental fueron individualizadas y otorgadas por profesionales Psiquiatra-Psicóloga.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis descriptivo, según el tipo de variable:

- Para las variables cuantitativas media \pm desviación estándar o mediana y rango.
- Para las variables cualitativas frecuencias relativas simples y absolutas.

Para el procesamiento de los datos se empleó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS Versión 24).

En las variables cuantitativas se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con la significancia de Lilliefors, para determinar la utilidad de pruebas paramétricas y no paramétricas.

Prueba de Normalidad K-S	Paramétricas K-S >0.05	No paramétricas K-S < 0.05
Descriptivas	Media, Desviación estándar	Mediana, rango
Inferencial: comparación de medias o medianas	T de Student (medias)	Chi cuadrada
Correlación	Pearson	Spearman

Se presentan tablas de contingencia y gráficos de barras en porcentajes. El estadístico de contraste que se empleará será en base al tipo de distribución de los datos sean estos paramétricos o no paramétricos, ver cuadro anterior.

La asociación de variables se efectuará con el estadístico de prueba no paramétrico Chi cuadrado. Las cifras estadísticamente significativas serán las que asocien a un p valor $<.05$

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los datos propuestos se llevaron a cabo en los procedimientos de acuerdo a las normas éticas, el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y con la declaración de Helsinki 1975 y sus enmiendas, el informe de Belmont; así como los códigos y normas internacionales vigentes para las buenas prácticas en investigación clínica. Además todos los aspectos en cuanto al cuidado que se tuvo con la seguridad y bienestar de los pacientes, se respetaron los principios contenidos en el Código de Núremberg.

Artículo 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14 menciona que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá desarrollarse conforme a las siguientes cláusulas: 1.- Ajustados a los principios científicos y éticos que la justifiquen, 2.- Aplicados solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no se pueda obtener por otro método idóneo. 3.- Prevaleciendo siempre las probabilidades de los beneficios esperados, sobre los riesgos predecibles. 4.- Contando con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación protegiendo la privacidad de los individuos sujetos a este proceso.

Artículo 16: que protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Artículo 17: se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Apegados al reglamento para efectos del estudio, la investigación se clasifico en: Categoría II: Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamiento rutinario.

RESULTADOS

Se estudió la totalidad de los médicos residentes de las diferentes especialidades adscritos al HGR1 en el periodo 2018-2019; siendo un total de 38 becarios en su mayoría mujeres, solteras sin hijos con una edad entre los 25 y 33 años con una media de 26.4 años (DE= 1.53). En la tabla I encontramos las variables sociodemográficas, en la cual observamos el tipo de especialidad que predomina es la No quirúrgica, de las cuales la más sobresaliente es Medicina Interna.

Tabla I. Características sociodemográficas (n=38)

Variable	N	%
Tipo de especialidad		
No quirúrgica	25	65.79
Quirúrgica	13	34.21
Especialidad		
Pediatría	4	10.52
Anestesiología	10	26.31
Ginecología y Obstetricia	6	15.8
Cirugía General	7	18.42
Medicina Interna	11	28.95
Género		
Femenino	23	60.53
Masculino	15	39.47
Estado Civil		
Soltero	34	89.48
Casado	3	7.89
Unión Libre	1	2.63
Hijos		
Sí	2	5.26
No	36	94.74

En la tabla II se muestra el comportamiento del Nivel de Ansiedad presentada en los médicos residentes del Hospital General Regional 1 en los 3 momentos de estudio (mes 0, mes 6 y mes 12), con la información recabada se observó la presencia de moderada a grave en el 14.9% .

Tabla II. Nivel de Ansiedad

		TIEMPO				
		Basal	Mes 6	Mes 12	Promedio	
Nivel de Ansiedad	Mínima	n	14	18	22	
		% del total	36.8%	47.3%	57.9%	47.4%
	Leve	n	18	12	13	
		% del total	47.3%	31.6%	34.2%	37.7%
	Moderada	n	4	8	2	
		% del total	10.6%	21.0%	5.3%	12.3%
	Grave	n	2		1	
		% del total	5.3%		2.6%	2.6%
	Total	N	38	38	38	
		% del total	100%	100%	100%	100.0%

Chi-cuadrada =9.220 p=0.162

Por otro lado en la tabla III observamos la relación del nivel de ansiedad de los médicos residentes del Hospital General Regional 1 con el clima académico que perciben mediante la ayuda de las estadísticas de prueba como lo es la chi-cuadrado; donde se observa tanto al mes 6 como al mes 12 un $p > 0.05$.

Tabla III. Relación de Ansiedad con Clima académico

		Nivel de Ansiedad al mes 6				
		Mínima	Leve	Moderada	Grave	Total
Nivel de Ambiente Académico al mes 6	Muy apropiado	4	0	0	0	4
	Apropiado	9	7	1	0	17
	Intermedio	3	4	4	0	11
	Inapropiado	2	1	3	0	6
Total		18	12	8	0	38

Chi-cuadrada
8.035
p 0.531

		Nivel de Ansiedad al mes 12				
		Mínima	Leve	Moderada	Grave	Total
Nivel de Ambiente Académico al mes 12	Muy apropiado	8	2	0	0	10
	Apropiado	10	5	1	0	16
	Intermedio	4	5	1	1	11
	Inapropiado	0	1	0	0	1
Total		22	13	2	1	38

Chi-cuadrada
12.213
p 0.057

Por otra parte en la tabla IV se muestra el comportamiento del Nivel de Depresión de los médicos residentes durante el año de estudio (mes 0, mes 6 y mes 12), encontrando que el 13.1% de los médicos residentes del Hospital General Regional 1, presentaron depresión de moderada a grave durante el año.

Tabla IV. Nivel de Depresión

		TIEMPO				
		Basal	Mes 6	Mes 12	Promedio	
Nivel de Depresión	Mínima	n	27	26	25	
		% del total	71.0%	68.4%	65.8%	68.4%
	Leve	n	7	6	8	
		% del total	18.4%	15.8%	21.0%	18.4%
	Moderada	n	2	6	3	
		% del total	5.3%	15.8%	7.9%	9.6%
	Grave	n	2		2	
		% del total	5.3%		5.3%	3.5%
	Total	N	38	38	38	
		% del total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrada =4.726

p=0.579

Mientras que en la tabla V se muestra la relación del nivel de depresión de los médicos residentes del Hospital General Regional 1 con el clima académico que perciben mediante la estadística inferencial chi-cuadrado; donde se observa al mes 6 un $p < 0.05$, pero al mes 12 $p > 0.05$.

Tabla V. Relación de Depresión con Clima académico

		Nivel de Depresión al mes 6				Total	
		Mínima	Leve	Moderada	Grave		
Nivel de Ambiente Académico al mes 6	Muy apropiado	4	0	0	0	4	Chi-cuadrada 18.757 p 0.005
	Apropiado	14	3	0	0	17	
	Intermedio	6	0	5	0	11	
	Inapropiado	2	3	1	0	6	
Total		26	6	6	0	38	

		Nivel de Depresión al mes 12				Total	
		Mínima	Leve	Moderada	Grave		
Nivel de Ambiente Académico al mes 12	Muy apropiado	9	1	0	0	10	Chi-cuadrada 11.716 p 0.230
	Apropiado	10	4	2	0	16	
	Intermedio	6	2	1	2	11	
	Inapropiado	0	1	0	0	1	
Total		25	8	3	2	38	

En cambio en la tabla VI observa que durante los 3 momentos de estudio los médicos residentes del Hospital General Regional 1 presentaron riesgo de suicidio.

Tabla VI. Riesgo de Suicidio

		TIEMPO				
			Basal	Mes 6	Mes 12	Promedio
Riesgo de Suicidio	Sin Riesgo	n	35	33	36	
		% del total	92.1%	86.8%	94.7%	91.2%
	Con Riesgo	n	3	5	2	
		% del total	7.9%	13.2%	5.3%	8.8%
Total		N	38	38	38	
		% del total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Chi-cuadrada=1.535 p=0.464

Finalmente en la tabla VII observamos la relación del nivel riesgo de suicidio de los médicos residentes del Hospital General Regional 1 con el clima académico que perciben mediante la estadística inferencial chi-cuadrado; donde se encontró tanto al mes 6 como al 12 un $p > 0.05$.

Tabla VII. Relación de Riesgo de Suicidio con Clima académico

		Riesgo de Suicidio mes 6			
		Sin Riesgo	Con Riesgo	Total	
Nivel de Ambiente Académico al mes 6	Muy apropiado	4	0	4	Chi-cuadrada 3.462 p 0.326
	Apropiado	15	2	17	
	Intermedio	8	3	11	
	Inapropiado	6	0	6	
Total		33	5	38	

		Riesgo de Suicidio mes 12			
		Mínima	Leve	Total	
Nivel de Ambiente Académico al mes 12	Muy apropiado	10	0	10	Chi-cuadrada 0.966 p 0.810
	Apropiado	15	1	16	
	Intermedio	10	1	11	
	Inapropiado	1	0	1	
Total		36	2	38	

De la misma forma en la tabla VIII detallamos el Ambiente Académico que perciben los médicos residentes en el Hospital General Regional 1, en donde menos del 10% de los becarios lo percibieron como inadecuado; al comparar las mediciones realizadas a los 6 meses y al año, se observa que el HGR1 se percibe como un ambiente académico favorable o apropiado en un 55.2% a los 6 meses e incrementándose a 68.4% al año.

Tabla VIII. Nivel de Clima Académico

			Mes 6	Mes 12	Promedio
Nivel de Clima Académico	Inapropiado	n	6	1	
		% del total	15.8%	2.6%	9.2%
	Intermedio	n	11	11	
		% del total	28.9%	28.9%	28.9%
	Apropiado	n	17	16	
		% del total	44.7%	42.2%	43.4%
	Muy apropiado	n	4	10	
		% del total	10.6%	26.3%	18.4%
Total	N	38	38		
	% del total	100.0%	100.0%	100.0%	

Chi-cuadrada²=6.173 p=0.103

En la tabla IX se muestra en resumen la estadística inferencial de la relación del estado de salud mental con el clima académico del mes 6 y mes 12 del estudio.

Tabla IX. Relación del estado de salud mental con el clima académico mediante chi-cuadrado

		Ansiedad mes 6	Depresión mes 6	Riesgo de Suicidio mes 6	Ansiedad mes 12	Depresión mes 12	Riesgo de Suicidio mes 12
	Valor chi-						
Ambiente académico mes 6	cuadrada Sig. Asintótica (bilateral)	12.213 0.057	18.757 0.005	3.462 0.326			
	Valor chi-						
Ambiente académico mes 12	cuadrada Sig. Asintótica (bilateral)				8.035 0.531	11.716 0.230	0.966 0.810

DISCUSIÓN

El clima académico y el estado de salud mental son piezas fundamentales en el crecimiento y desarrollo del médico especialista en formación, actualmente existen pocos estudios en los que se aborde cuál es la relación del estado de salud mental con el clima académico de los médicos residentes del Hospital General Regional Número 1 Michoacán; siendo éste el propósito del presente estudio.

Con los datos recolectados podemos inferir que no hay relación del estado de salud mental (ansiedad, depresión y riesgo de suicidio) con el clima académico, a excepción de la depresión observada en el mes 6 del estudio; parecido a lo obtenido en el Hospital de Especialidades del Centro Médico la Raza donde encontró que el ambiente académico y laboral tuvo poca asociación con los trastornos mentales (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, 2015).

Similar a lo obtenido en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú donde la relación entre la autopercepción del ambiente laboral y la ansiedad resultó ser nula estadísticamente (Lescano Zapata, 2019); al igual que lo reportado en los alumnos de un colegio de Durango donde se detecta que no existe relación entre la depresión y el rendimiento académico (Ibáñez Aldaco, Macías & González Bañales, 2019).

En lo que se refiere a el ambiente académico que perciben los residentes del HGR1 predominó el de apropiado a muy apropiado en donde sobresale el apoyo y el respeto. Mientras que el menor porcentaje de los residentes lo percibe como un ambiente inapropiado por falta de participación en donde la carga de trabajo impide las actividades académicas, en el que al parecer lo más importante son las labores asistenciales y existe desinterés por las actividades de investigación. Mientras que en el 2018 se estudiaron 90 médicos residentes de 5 estados de México y de 6 diferentes especialidades donde se

encontró un clima de enseñanza laboral eficiente (Vera Muñoz, Anzaldo Vera, & Anzaldo Vera, 2019).

A diferencia del 2015- 2016 en el que Acosta describe un clima académico negativo caracterizado por sobrecarga de trabajo, ausencia de control, ambigüedad en los roles a desempeñar, falta de apoyo y escasez de recursos (Acosta Fernández, Aguilera Velasco, Pozos Radillo, Torres López, & Parra Osorio, 2017), lo que nos muestra que la percepción del clima académico el transcurso del tiempo ha mejorado; mientras que en el hospital general universitario Carlos Manuel de Céspedes de Bayamo, Cuba se observó un ambiente educacional con limitaciones importantes (Álvarez Aliaga, Ojeda Vázquez, Bazán Martínez, Martínez García, & Maceo Gómez, 2017).

En cuanto a el grado de ansiedad predominó la ansiedad mínima o “normal” con menos del 50%, sin embargo casi el 15% presentó ansiedad de moderada-grave; es probable que al inicio de la especialidad hayan presentado ansiedad por incertidumbre, por predisposición al saber el nivel de exigencia que requiere este grado de estudio; a los 6 meses es notable como presenta un incremento probablemente en personas vulnerables debido a características propias de su personalidad; posteriormente fue disminuyendo incluso llegando a ser menor al del ingreso probablemente se logró por la familiarización de ellos a la institución; se observaron cifras altas comparadas con las obtenidas en el Hospital La Raza, donde se realizaron 3 mediciones en el transcurso de un año; encontrando en la primera medición 3.7% de ansiedad, a los 6 meses aumentó a 26.8% y a los 12 meses 10.2% (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, 2015).

Resultados similares a los observados en Brasil donde se encontró solo un 16% con síntomas de ansiedad (Lage Pasqualucc, Mendes Dámaso, Hirschfeld Danila, Lotufo Neto, & Kalika Koch, 2019); en contraste con lo encontrado en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú donde predominó la ansiedad leve, la ausencia también conocida como mínima se presentó en 2.9%, mientras la moderada-severa en 48.6% (Lescano Zapata, 2019).

Referente a la depresión de los médicos residentes en este estudio predominó la depresión mínima o normal en casi el 70%, mientras que cerca del 13% curso con moderada-grave; el comportamiento de la depresión durante el año de estudio fue similar a la ansiedad, pero en un ligero menor porcentaje y probablemente por las mismas causas sobre todo algunos de ellos desde el inicio ya se conocían como portadores incluso contaban con tratamiento, otros tenían antecedente de depresión y a los 6 meses se incrementó probablemente por la vulnerabilidad de su propia personalidad, aunado a factores personales como es el caso de pérdidas de integrantes del núcleo familiar, distanciamiento social o cambio de domicilio.

Estas cifras fueron altas, contrastadas con las observadas en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza donde se reportó en la primera medición 3.7%, a los 6 meses aumentó a 22.2% y a los 12 meses 5.6% (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, 2015), mientras que cifras intermedias reportadas en Brasil donde se encontró 19% con síntomas de depresión (Lage Pasqualucc, Mendes Dámaso, Hirschfeld Danila, Lotufo Neto, & Kalika Koch, 2019); a diferencia del Nepal donde se encontró el 31% con depresión (Pokhrel, Khadayat, & Tulachan, 2020).

Por otra parte, en este estudio se observó que casi el 9% de los residentes curso con riesgo de suicidio durante el año de estudio; de los cuales el 100% no tenían pareja, por lo que probablemente el matrimonio es un factor protector, pero sobre todo considero que el tipo de personalidad y la resiliencia son factores fundamentales; estas cifras fueron semejantes a las reportadas en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México donde se encontró que un 8% de los médicos residentes presentaban riesgo (Vargas Terreza, Moheno Kleeb, & Cortés Sotresc, 2015).

En la misma universidad se estudió a 479 médicos internos encontrando que 33 presentaron enfermedades mentales de los cuales uno presento idea suicida (Reyes Carmona, Monterrosas Rojas, Navarrete Martínez, Acosta Martínez, & Torruco García, 2017); sin embargo en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza en el que

se hicieron 3 mediciones; no se encontraron casos de riesgo de suicidio en el mes 0 y mes 12, pero en el mes 6 se obtuvo un 7.4% (Jiménez López, Arenas Osuna, & Angeles Garay, 2015).

Durante el estudio se observó como limitación la estigmatización de la patología mental por lo que algunos médicos evitaron ser identificados como portadores de algún trastorno mental; otra limitante es que al ser un estudio extenso se presentaron los resultados de forma global y no por especialidad por el hecho que cada una tiene sus peculiaridades pero esa limitante, nos abre la oportunidad de continuar con el trabajo, profundizando en las diferentes áreas para la mejora continua.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación, es casi nula la relación entre el estado de salud mental de los médicos residentes del HGR1 y el clima académico actualmente apropiado; respecto al estado de salud mental se identificó que predomina la ansiedad seguida de la depresión y un porcentaje mayor al esperado se identificó con riesgo de suicidio.

RECOMENDACIONES:

Con los resultados encontrados en este estudio y conociendo que la percepción del ambiente académico es susceptible a modificarse se recomienda que además de hacer la evaluación anual de ambiente académico se requiere realizar mejoras inmediatas utilizando la metodología investigación-acción; por otro lado los resultados sugieren la necesidad de crear estrategias para prevención (por ejemplo taller optativo online del manejo de la ansiedad ya que fue la de mayor prevalencia en este estudio); así como detección y manejo del trastorno mental; vía internet por texto o video, de manera anónima o no de acuerdo a la consideración del afectado, para la atención oportuna de aquellos médicos o personal de salud que lo requiera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Acosta Fernández, M., Aguilera Velasco, M., Pozos Radillo, B. E., Torres López, T. M., & Parra Osorio, L. (2017). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante el primer año de formación académica. *Inv Ed Med*, 169-179.

Aguilera, M. L., Ajpop, F., Aqueche, G., Bámaca, E., & Bolaños, D. (2015). Anxiety levels in medical residents. *Rev. Guatemalteca cir; 2*, 22-28.

Álvarez Aliaga, A., Ojeda Vázquez, R., Bazán Martínez, Y., Martínez García, Y., & Maceo Gómez, L. (2017). Evaluación del ambiente educacional en los residentes del hospital general universitario Carlos Manuel de Céspedes. *Multimed. Rev Médica. Granma*, 21-40.

Casas Patiño, D., Rodríguez Torres, A., Casas Patiño, I., Castillo, G., & Cuauhtémoc. (2013). Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*, 1-5.

CIFRHS. (03 de 24 de 2018). Acerca de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud. *ACERCA DE LA CIFRHS*, pág. 2017.

Cruzblanca Hernández, H., Lupercio Coronel, P., Collas Aguilar, J., & Castro Rodríguez, E. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 47-58.

Dávalos Morales, J. (2019). Médicos residentes. Hechos y Derechos, 1(50). Consultado de <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/13463/14877>

Derive, S., Casas Martínez, M. d., Obrador Vera, G. T., Villa, A. R., & Contreras, D. (2017). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigacion en Educacion Medica Continua*, 8.

Domínguez Rodríguez, I., & Prieto Cabras, B. M. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *elsevier*, 139-146.

Duarte D, J. (2003). AMBIENTES DE APRENDIZAJE. UNA APROXIMACION CONCEPTUAL. *Estudios Pedagógicos*, 97-113.

GALLI, A., BRISSÓN, M. E., SOLER, C., LAPRESA, S., & ALVES DE LIMAMTSAC, A. (2014). Evaluación del ambiente educacional en residencias de cardiología. *REV ARGENT CARDIOL*, 396-401.

Guerra Santiesteban, J. R., Gutiérrez Cruz, M., Zavala Plaza, M., Singre Álvarez, J., Goosdenovich Campoverde, D., & Romero Frómeta, E. (2017). Relación entre ansiedad y ejercicio físico. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 169-177.

Hernández Herrera, C. A. (2016). Diagnóstico del rendimiento académico de estudiantes de una escuela de educación superior en México. *Rev Complutense de Educación* , 1369-1388.

Ibáñez Aldaco, A. L., Macías, A., & González Bañales D. L. (2019). Depresión y rendimiento académico en los alumnos del Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de Durango, *Rev Red Durango de Investigadores Educativos*; 11, 36-44.

Jiménez López, J. L., & Arenas Osuna, J. (2017). PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MÉDICOS. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 226-240.

Jiménez López, J. L., Arenas Osuna, J., & Angeles Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20-28.

Lage Pasqualucci, L., Mendes Dámaso, L. L., Hirschfeld Danila, A., Lotufo Neto, F., & Kalika Koch, V. H. (2019). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in medical residents of a Brazilian academic health system. *BMC Med Educ*; 19, 193.

Lescano Zapata, J. (2019). Relación entre autopercepción del ambiente laboral y ansiedad. Personal de hospitalización de pediatría. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2019.

Montiel Jarquín, Á. J., Eugenia, T. C., Herrera Velasco, M. G., Ahumada Sánchez, Ó. O., Barragán-Hervella, R. G., García Villaseñor, A., & Loría Castellanos, J. (2015). Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *EducMed*, 116-125.

Nájar, A. (19 de Marzo de 2010). Preocupa a México suicidio de médicos. *News mundo*.

Olave P, G., Pérez V, C., Fasce H, E., Ortiz M, L., Bastías V, N., Márquez U, C., Ibáñez G, P. (2016). Factores que afectan al ambiente educativo en la formación preclínica de medicina según sus docentes. *Rev Med Chile*, 1343-1350.

Pérez Padilla, E., Cervantes Ramírez, V., Hijuelos García, N., Pineda Cortes, J., & Salgado Burgos, H. (2017). Prevalencia causas y tratamiento de depresión mayor. *Rev Biomédica*, 89-115.

Pokhrel, N. B., Khadayat, R., & Tulachan, P. (2020) Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*; 20, 298.

Reyes Carmona, C., Monterrosas Rojas, A. M., Navarrete Martínez, A., Acosta Martínez, E. P., & Torruco García, U. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina, antes de iniciar el internado. *Inv Ed Med*; 6, 42-46.

Rojas, R. (24 de octubre de 2018). ENARM 2018, aumenta el número de plazas disponibles... pero también el de rechazados. *saludario*, págs. 1-2.

Ruesga Pons, J. P., & Carrasquero Carrasquero, E. E. (2010). Fatiga y resiliencia en el personal médico de los hospitales públicos. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 271-277.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *elsevier*, 39-48.

Tortella Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA*, 62-69.

Valadez, D. C. (2016). PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE RESILIENCIA MEXICANA EN POBLACIÓN DEL NORTE DE MEXICO. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 78-83.

VALADEZ, J. P., & GÓMEZ, N. E. (2010). DESARROLLO DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE LA RESILIENCIA CON MEXICANOS. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 7-22.

Vargas Terreza, B. E., Moheno Kleeb, V., & Cortés Sotresc, J. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Inv Ed Med.*, 229-235.

Vera Muñoz, M. A., Anzaldo Vera, N., & Anzaldo Vera, M. F. (2019). Ambiente clínico de aprendizaje-laboral y residentes médicos de instituciones de salud del sector público mexicano. *Rev Global de Negocios*; 7, 67-81.

Viniegra, L. V. (2005). La formación de especialistas en el Insituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med IMSS*, 141-153.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1002
H ORAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 16 622 619
Registro CONSICOTICA COMBOETICA 16 CEI 002 2017833

FECHA Lunes, 23 de septiembre de 2019

Dña. WENDY LEA CHACON PIZANO


PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título " **RELACION DEL ESTADO DE SALUD MENTAL CON EL CLIMA ACADÉMICO EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL REGIONAL REGIONAL** " que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de las revisiones, cursó con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O**.

Número de Registro Institucional
R-2019-1902-020

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico sobre el desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la revalidación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


José Andrés Alvarado Macías
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1002



IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

ANEXO 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES									
ACTIVIDAD	2019		2020		2021			2022	
	MARZO-JUNIO	JULIO-DICIEMBRE	ENERO-JUNIO	JULIO-DICIEMBRE	ENERO-ABRIL	MAYO-AGOSTO	SEPTIEMBRE-DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO
Elaboración del anteproyecto	X								
Envío y aprobación del CLIS y CLEIS		X							
Aplicación de Escalas e integración de base de datos	X	X	X						
Análisis de resultados	X	X	X	X	X				
Discusión				X	X	X			
Trabajo final					X	X	X		
Presentación en un foro de investigación							X		
Realización de manuscrito					X	X			
Publicación en revista						X			
Examen de grado							X		

ANEXO 3

**Instituto Mexicano Del Seguro Social
Delegación Regional En Michoacán
Unidad de Medicina Familiar No. 80**



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán, a_30_ de _Agosto_ del 2019

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: *RELACIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL CON EL CLIMA ACADÉMICO EN LOS MÉDICOS RESIDENTES DE UN HOSPITAL REGIONAL*. Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 16028 del Hospital General Regional No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social con el número R-2019-1602-03.

El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO:

El clima académico es el conjunto de condiciones y sentimientos que experimentan y perciben los estudiantes, en los cuales se ven involucrados la salud mental; aunado al día a día de los becarios con cargas excesivas de trabajo, condiciones generales adversas, llegando a sentirse abandonados, con angustia, ansiedad, depresión, culpables, asustados, violentos con dificultades para dormir, e inclusive llegando a tener pensamiento de muerte, actualmente no se presenta atención sistemática su entorno. Por lo que el objetivo del estudio es identificar la relación que guarda la salud mental con el clima académico en los médicos residentes del Hospital General Regional 1, Morelia, Michoacán.

PROCEDIMIENTOS:

Si usted acepta participar, Se otorgará una cita para que usted acude a valoración por el Psiquiatra donde se le administraran 3 encuestas para identificar el estado de salud mental, si tiene o no depresión, ansiedad o riesgo de suicidio (encuesta 1 llamada Inventario de Ansiedad de Beck. (BAI), encuesta 2 llamada Inventario de Depresión de Beck (BDI-2), encuesta 3 llamada Escala de Plutchick); Posteriormente se le dará un link para acceder a la plataforma y poder contestar estas encuestas nuevamente y otra más para valorar el clima académico llamada Formulario CES-05-04 encuestas 4; si se identifica alguna alteración se canalizará a psicología y/o psiquiatría de la unidad, quienes darán la pauta a seguir; el seguimiento se realizará individualizado y confidencial por coordinación clínica de educación e investigación en salud. Y dentro de 6 y 12 meses se le volverán a aplicar los cuestionarios.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio, son: 1) incomodidad al responder algunas preguntas de los cuestionarios, 2) En caso de identificación de depresión, ansiedad o riesgo de suicidio, el tener que disponer de tiempo para acudir al especialista (referido por nosotros, dentro del mismo hospital).

BENEFICIOS

Los beneficios que obtendrá al participar en el estudio son: se le realizara una evaluación de estado de salud mental, en caso de tener una alteración recibirá información sobre su padecimiento, se le otorgara tratamiento, mejorará su estado de ánimo. La información obtenida de este estudio ayudará a identificar la relación que guarda la salud mental con el clima académico en los médicos residentes del Hospital General Regional 1, Morelia, Michoacán. Es relevante para los alumnos y profesores, así como para el paciente, que se beneficiaría de contar para su atención con alumnos en formación motivados, sin estrés y con adecuada salud que mejora la productividad global y reduce el agotamiento laboral; a

nivel institucional potenciar las fortalezas y enfrentar las debilidades y modificarlas. Posteriormente proponer un plan intervención-acción como un metodología de trabajo en el hospital.

INFORMACIÓN DE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DEL TRATAMIENTO

Los investigadores se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud en caso de requerirlo.

- Dr. Salvador Gómez García. Cel. 8112554792, salvatoregomezg@gmail.com
- Dra. Wendy Lea Chacón Pizano. Cel. 4433949243, wendy.chacon@imss.gob.mx
- Dra. Gabriela Juárez Hernández. Cel. 2727050309, juarezhernandezgabriela@hotmail.com
- Dr. Felipe de Jesús García Martínez. Cel. 4433760415, garcia_marat@yahoo.com.mx
- Lic. Psic. Verónica Nieves García. Cel. 4433958037 veronikanieves@yahoo.com.mx. Mat. Carlos Gómez Alonso. Cel. 4431064756, cga_0123@hotmail.com,
- Maestro: Israel Beltran Zamarron Cel. 6251344276, isbeza@gmail.com

PARTICIPACIÓN O RETIRO

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir, que si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe y tampoco será afectará su calificación y/o estancia como médico residente. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente ni como médico

residente. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE

No aplica

DISPONIBILIDAD DE TRATAMIENTO MEDICO EN DERECHOHABIENTES

En caso de que usted presente algún síntoma relacionado a la salud mental o cualquier otro que se presente durante el estudio, recibirá atención médica especializada.

BENEFICIOS AL TÉRMINO DEL ESTUDIO

Continuar con la atención médica en el hospital, en caso de que al término del estudio, usted persista con los síntomas de depresión, ansiedad o riesgo de suicidio.

PERSONAL DE CONTACTO EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con: Dra. Gabriela Juárez Hernández **Investigador Responsable** médico residente adscrito UMF 80, al teléfono 2727050309; o con los **Colaboradores**: Dr. Salvador Gómez García, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud adscrito al HGR1, Michoacán, al teléfono 8112554792, Dra. Wendy Lea Chacón Pizano médico especialista en medicina familiar; Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud en Morelia Michoacán al teléfono 4433949243. Dr. Felipe de Jesús García Martínez médico especialista en Psiquiatría adscrito al HGR1, Michoacán al celular: 443760415, Lic. Psic. Verónica Nieves García, celular 2727050309

En caso de Aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con:

- Dr. Gerardo Muñoz Cortés, Secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud 16028, con sede en el Hospital General Regional No. 1, ubicado en Av. Bosque de los Olivos 101, la Goleta, Michoacán, C.P. 61301, al teléfono 4433122280 Ext 31407, correo gerardo.munozcor@imss.gob.mx.
- Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS al teléfono 5556276900 Ext 21230, correo comision.etica@imss.gob.mx ubicada en Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso bloque B de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, Ciudad de México. C.P. 06720.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, Dirección, Relación y Firma

Nombre, Dirección, Relación y Firma

ANEXO 4

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ID:_____. Especialidad:_____Tipo de residencia:_____

Edad:_____(años) Estado civil:_____ No. De Hijos:_____

Género: () 1) Femenino 2) Masculino Universidad de egreso:_____

Inventario de depresión de Beck: _____Puntaje global

Sin Depresión:___ Depresión Leve:___ Depresión Moderada:___ Depresión Grave:___

Inventario de ansiedad de Beck: _____Puntaje global

Sin Ansiedad:___ Ansiedad Leve:___ Ansiedad Moderada:___ Ansiedad Grave:___

Riesgo de suicidio: _____Puntaje global

Riesgo de suicidio:_____ Sin riesgo de suicidio:_____

Formulario CES-05-04:_____Puntaje global

Requirió apoyo con especialista: SI:___ NO:___

ANEXO 5

Escala de BAI (Inventario de Ansiedad de Beck)

INSTRUCCIONES: En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e identifique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				

10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

ANEXO 6

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija un de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido LAS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en el hábito del sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito). *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto a mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos

- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas que solía disfrutar

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

6. Sentimientos de castigo

- 0 No me siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

7. Disconformidad con uno mismo

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre
- 1 He perdido la confianza en mi mismo
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3 No me gusto a mi mismo

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamiento de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

11. Agitación

- 0 No estoy más quieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más quieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras cosas o personas
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- 3 Me es difícil interesarme por algo

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más fácil que de costumbre tomar decisiones

- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me considero menos valioso cuando me comparo con otros
- 3 Siento que no valgo nada

15. Perdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía para hacer nada

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1 a. Duermo un poco más de lo habitual
- 1 b. Duermo un poco menos que lo habitual
- 2 a. Duermo mucho más de lo habitual
- 2 b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3 a. Duermo la mayor parte del día
- 3 b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito
- 1 a. Mi apetito es un poco menor de lo habitual
- 2 b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
- 3 a. Mi apetito es mucho menor de lo habitual
- 2 b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3 a. No tengo apetito en lo absoluto
- 4 b. Quiero comer todo el día

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

20 Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado de lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

21 Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

ANEXO 7

Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo:

N° HCL

Fecha de aplicación:

<i>Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta simplemente con un sí o no.</i>		
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?	SI	NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	SI	NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?	SI	NO
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?	SI	NO
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?	SI	NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?	SI	NO
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?	SI	NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?	SI	NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	SI	NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	SI	NO
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?	SI	NO
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?	SI	NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	SI	NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	SI	NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	SI	NO
	Puntuación total	

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

ANEXO 8



Coordinación de Educación en Salud

Ambiente Académico Laboral en la Formación del Especialista. Formulario CES-05-4

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN _____
 UNIDAD _____ CIUDAD O DELEGACIÓN _____
 SERVICIO _____ PERIODO EVALUADO DE _____ A _____

Lea previamente el documento anexo, posteriormente, tome en cuenta que todas las situaciones especificadas se refieren al servicio en el que se encuentra o se encontraba durante el periodo valorado. Anote en el rectángulo de la derecha, para cada situación descrita, la letra que corresponda de acuerdo a la siguiente escala de frecuencias.

Escala de valoración (frecuencias)

a) Siempre o casi siempre	b) La mayoría veces	c) Unas veces sí otras no	d) Pocas veces	e) Nunca o casi nunca
---------------------------	---------------------	---------------------------	----------------	-----------------------

En este servicio:

1. Se estimula la iniciativa de los residentes	
2. Las actividades académicas son decepcionantes	
3. Me estimulan y orientan a aprender de mis errores y superar mis limitaciones	
4. La carga de trabajo impide las actividades académicas	
5. El trato de los profesores es respetuoso	
6. Me exigen favores ajenos a mi labor como residente	
7. Existe un ambiente de superación y estímulo	
8. Se procura la vinculación de los temas del curso con los problemas clínicos cotidianos	
9. Mis opiniones se menosprecian	
10. Se fomenta el estudio (análisis, discusión, consulta de información) de los casos problema	
11. Existe abuso respecto a los residentes de menor jerarquía	
12. Existe desinterés por las actividades de investigación	
13. Se propicia que los residentes nos ayudemos mutuamente	
14. Se desaprovecha el aprendizaje de los casos relevantes, interesantes, difíciles o raros	
15. Las relaciones con el personal médico de base son respetuosas	
16. El trato a los pacientes es irrespetuoso	
17. Se crítica constructivamente mi trabajo	
18. Las actividades clínicas se hacen de manera rutinaria y repetitiva	
19. El trato de los profesores es autoritario	
20. Cuento con orientación acerca de si mi formación como especialista va por "buen camino"	
21. Las valoraciones de mi actuación son justas	
22. Se desestiman mis problemas personales o familiares	
23. Los residentes de mayor jerarquía orientan y asesoran a los de menor jerarquía	
24. Lo único importante son las labores asistenciales	
25. Me asignan labores ajenas a mi formación como especialista	
26. El trato a los pacientes es cordial y respetuoso	
27. Se me estimula a hacer bien las cosas	
28. Existe un ambiente rutinario y de desánimo	
29. El respeto es la forma de relación entre residentes de diferentes niveles jerárquicos	
30. Tengo que enfrentarme, sin asesoría suficiente, a situaciones complejas para las que aún no estoy preparado(a)	

Marque con una X si en el periodo considerado usted ha sido víctima de:

Discriminación de género Sí No o de otro tipo Sí No Acoso laboral Sí No
 Acoso sexual Sí No Abuso sexual Sí No

Observaciones: _____

NOMBRE DE QUIEN VALORA _____ GRADO _____ FECHA _____
 (Puede omitir su nombre)