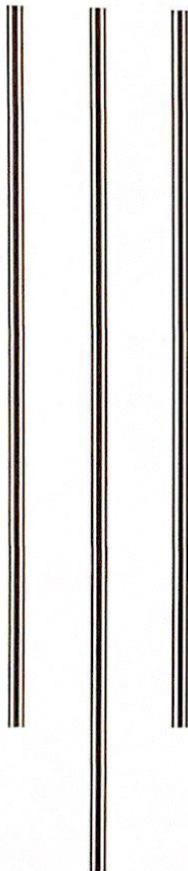




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ



Prevalencia de psicopatología y factores asociados en médicos residentes de Pediatría al ingreso y después del primer año del curso de especialización durante la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel reconvertido en hospital COVID.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN :

PEDIATRÍA

P R E S E N T A:

Dra. Verónica Teresa Virgen García



TUTOR:

Dra. Gina del Carmen Chapa Koloffon  
 Dra. María Guadalupe Jean Tron



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



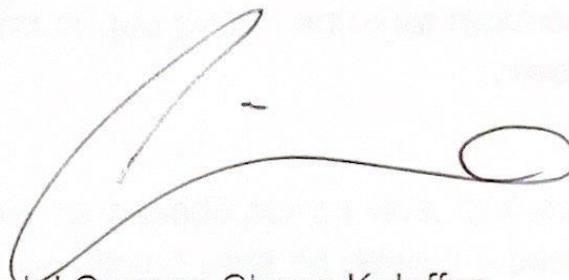
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

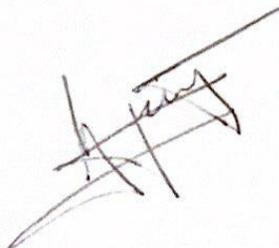
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Dr. Sarbelio Moreno Espinosa  
*Director de enseñanza y desarrollo académico*

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop on the left that extends into a horizontal line ending in a small circle on the right.

Dra. Gina del Carmen Chapa Koloffon  
*Director de Tesis*

A handwritten signature in black ink, featuring several sharp, intersecting diagonal strokes.

Dra. Maria Guadalupe Jean Tron  
*Director Metodológico*

## DEDICATORIA

**A DIOS.** Por su amor infinito e incondicional; por su guía y protección constantes a lo largo de mi vida.

**A mi mamá.** Sin tu amor, esfuerzo, perseverancia, oraciones y sin tu fe en mí, no sería la mujer y profesionalista que soy.

**A mi papá.** Tu ejemplo y tu apoyo ilimitado me han traído hasta aquí.

**A Jani.** Por tu apoyo y amor absolutos, por ser mi salvavidas en altamar.

**A Naín.** Siempre mi más grande ejemplo y siempre en mi corazón, hasta que estemos juntas de nuevo.

**A mis amigos** y a cada persona que ha pasado por mi vida, que me han impulsado y me han dado palabras de aliento para no desistir y para aliviar mi cansancio.

**A mis tutoras,** por su paciencia infinita, su comprensión y motivación.

## **INDICE**

I. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO .....	5
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	23
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	23
IV. JUSTIFICACIÓN .....	23
V. HIPOTESIS .....	24
VI. OBJETIVOS .....	24
A. Objetivo principal.....	24
B. Objetivos secundarios.....	25
VII. METODOLOGÍA.....	25
VIII. PLAN DE ANALISIS DE DATOS .....	29
IX. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	31
X. CRONOGRAMA .....	38
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	59
XIII. ANEXOS .....	62
a. Consentimiento Informado .....	62
b. Cuestionario de factores sociodemográficos y de estilos de vida .....	62
c. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Escala MINI).....	64
d. Escala de Auto-reporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el Adulto de la Organización Mundial de la Salud. ....	65
e. Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) .....	66
f. Cuestionario de Redes de Apoyo Versión Española 6-ítems (SSQ6).....	67

## I. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

### BREVE INTRODUCCIÓN A LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El concepto de salud mental implica bienestar personal, independencia, competencia, dependencia intergeneracional y aceptación de la capacidad de crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual. <sup>(1)</sup>

La buena salud mental permite a las personas reconocer sus habilidades, superar el estrés cotidiano de la vida, trabajar de forma productiva y hacer aportaciones a su comunidad. Además, mejora la actitud de individuos y comunidades y les permite alcanzar sus propios objetivos. <sup>(1)</sup>

En el actual mundo globalizado, agitado y complejo, los trastornos mentales –como la ansiedad y la depresión– tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad. <sup>(2)</sup>

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres y la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. <sup>(2)</sup>

Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. <sup>(2)</sup>

El 15% de la carga económica mundial por enfermedad y el 33% de los años vividos con discapacidad son atribuibles a los trastornos mentales. La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia al alza. Para el 2030 la depresión será la segunda causa de disminución de años de vida saludable a escala mundial y la primera en los países desarrollados. <sup>(3)</sup>

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental, un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Además, 3 millones de personas tienen problemas derivados del consumo de alcohol, 13 millones son fumadores y más de 400 mil personas tienen problemas derivados del consumo de psicotrópicos. <sup>(3)</sup>

Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes. <sup>(3)</sup>

También existe una relación entre trastornos mentales y enfermedades físicas. La aparición conjunta de trastornos mentales y enfermedades crónicas contribuye a que las tasas de mortalidad sean mayores en los pacientes con trastornos mentales que en el resto de la población. <sup>(3)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020, los trastornos mentales sean la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares. <sup>(4)</sup>

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. <sup>(4)</sup>

En el año 2010, los costos directos e indirectos de la salud mental a nivel mundial alcanzaron los \$2,493,000 millones de dólares. Anualmente, el costo por país ronda entre el 2.5 y el 4.5% del PIB correspondiente. En México, el presupuesto para salud mental en 2017 fue de \$2,586 millones de pesos, o poco más de \$1.00 dólar per cápita. <sup>(5)</sup>

## **TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS MÁS FRECUENTES:**

- **Trastornos afectivos**

El estado de ánimo influye en la forma de expresión de la personalidad, donde la neurosis alude a un nivel típico de ajuste emocional del individuo. Los niveles más altos en esta dimensión experimentan aflicción emocional. Entre sus diferentes manifestaciones están la ansiedad, depresión y la hostilidad. <sup>(6)</sup>

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad; es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. <sup>(7)</sup>

La depresión es también considerada trastorno de la afectividad con sentimientos caracterizados por profunda tristeza monótona y sombría, que resiste a los

requerimientos externos, a esto se le agrega una pérdida de interés por la vida, con reducción de autoestima y necesidad de auto-castigo. Afecta principalmente a jóvenes entre los 25 a 40 años de edad. <sup>(8)</sup>

La depresión provoca una disfunción cognitiva, psicomotora y de otros tipos (p. ej., escasa concentración, cansancio, pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que anteriormente se disfrutaban, alteraciones del sueño) así como un estado de ánimo depresivo. Las personas con un trastorno depresivo con frecuencia tienen pensamientos suicidas y pueden intentar suicidarse. Otros síntomas o trastornos mentales (p. ej., ansiedad o crisis de pánico) coexisten con frecuencia y a veces complican el diagnóstico y el tratamiento. <sup>(9)</sup>

Para el diagnóstico de depresión mayor, se requiere que  $\geq 5$  de los siguientes síntomas hayan estado presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas, y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día
3. Aumento o pérdida significativa ( $> 5\%$ ) de peso, o disminución o aumento del apetito
4. Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia
5. Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente)
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
8. Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
9. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse. <sup>(10)</sup>

Con frecuencia el paciente sufre en silencio los síntomas cognoscitivos y solamente acude a consulta para manifestar sus síntomas somáticos y neurovegetativos, o cuando la ansiedad y el miedo son tan intensos que no le permiten el sosiego y le alteran los ciclos de sueño y alimentación. <sup>(11)</sup>

Se estima que la prevalencia mundial de depresión es de 5.8% en hombres y 9.5% en mujeres; y en México, 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres. <sup>(12)</sup>

En un reporte de investigación se encontró que la depresión se manifiesta con intensidad mayor en mujeres que en varones. En las primeras fue de 15.3% (depresión leve) y 2.3% (depresión moderada); frente a un 5.3 % (depresión leve) y un 2.3% (depresión moderada) de los varones. <sup>(13)</sup>

#### a. *Suicidio*

Unos 350 millones de personas de todas las edades, ingresos y nacionalidades sufren de depresión, y millones más –familiares, amigos, compañeros de trabajo– están expuestos a los efectos indirectos de esta crisis de salud mundial insuficientemente reconocida.

Cada año se suicidan aproximadamente un millón de personas, la mayoría debido a una depresión sin diagnosticar o tratar. <sup>(14)</sup>

Los cambios psicosociales en un periodo breve se han relacionado con el incremento de la tasa de suicidio en las últimas décadas, debido a que la incertidumbre que se genera se convierte en una fuente potencial de estrés y vulnerabilidad para trastorno depresivo en individuos predispuestos. <sup>(15)</sup>

No obstante estos datos, los estudios sobre ideación suicida en médicos en formación son escasos. Las cifras en estudiantes de medicina van de 1.4 a 32.3 %; en residentes, la prevalencia es de alrededor de 12 %. <sup>(15)</sup>

#### b. *Depresión en estudiantes de medicina*

Los médicos residentes, debido a sus condiciones laborales y académicas, pueden estar especialmente expuestos a sufrir problemas de salud mental como es la depresión. La depresión en esta población no solo afecta a la calidad de vida de los residentes, sino que genera un impacto negativo en la calidad de la atención que brindan a sus pacientes, así como un mayor riesgo de cometer errores médicos como la prescripción errónea de medicamentos. <sup>(16)</sup>

Diversos estudios han sugerido que los médicos residentes presentan tasas más altas de depresión que la población general, sin embargo, las estimaciones de la prevalencia de depresión o síntomas depresivos varían según los estudios, del 3% al 60%. <sup>(17)</sup>

En un estudio que incluyó a 71 estudiantes de especialidades médicas en un Hospital Civil de Nayarit, se encontró que la prevalencia de depresión fue de 32.3%, la cual es mayor a la de la población en general y a la de otros estudios realizados en otras instituciones formadoras de médicos especialistas, además, el 29.6% de los estudiantes presentó trastornos del estado de ansiedad concomitante. La depresión leve, moderada y severa se presentó en 23.9, 5.6 y 2.8% respectivamente, lo que es coincidente con la mayoría de los reportes sobre ello tanto en población abierta como en médicos residentes, en donde la frecuencia se va reduciendo de acuerdo a la severidad de los trastornos. La depresión en hombres y mujeres fue del 27.2 y 36.9%, respectivamente, lo cual corrobora lo encontrado en estudios realizados en población general. <sup>(18)</sup>

Diversos reportes internacionales colocan la frecuencia de trastornos depresivos en residentes entre 15 y 38%. En nuestro país se han reportado signos depresivos en residentes hasta en 47%. <sup>(19)</sup>

En otro estudio, se observó que la prevalencia de depresión disminuye considerablemente conforme aumenta el grado de residencia; sin embargo, la gravedad de la depresión aumenta simultáneamente con el grado de la especialidad. <sup>(20)</sup>

En el primer año, la prevalencia de depresión encontrada fue de 87.5%, del cual solo el 12.5% es muy grave, comparado con el último año donde solo el 40% presenta depresión y el 20% depresión grave. <sup>(20)</sup>

- **Trastornos ansiosos**

La ansiedad es un mecanismo adaptativo natural que permite estar alerta ante sucesos comprometidos o situaciones peligrosas. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantener la concentración y afrontar los retos de la vida cotidiana. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de peligro inminente. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Sin embargo, la

ansiedad no es una enfermedad mental pero se le considera como tal cuando se vuelve intensa y persistente que llega a interferir con el funcionamiento cotidiano y se le conoce como desorden de ansiedad generalizada. <sup>(21)</sup>

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición (DSM-5).

Los pacientes tienen: Ansiedad excesiva y preocupación acerca de varias actividades o acontecimientos, y además tienen dificultad para controlar las preocupaciones. Para el diagnóstico tienen que ser más los días en que esto está presente que ausente durante  $\geq 6$  meses. Dichas preocupaciones también se deben asociar a  $\geq 3$  de los siguientes síntomas:

1. Agitación o nerviosismo
2. Facilidad para fatigarse
3. Dificultades para concentrarse
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Trastornos del sueño. <sup>(22)</sup>

Las crisis de pánico se caracterizan por aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo o terror, acompañados de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a perder el control. <sup>(23)</sup>

Las prevalencias de la ansiedad a nivel internacional y nacional son de 16 % y 8.1 %, respectivamente. <sup>(19)</sup> Es mayor en mujeres que en hombres, con una media de 9.2% frente a 8.9%. <sup>(24)</sup>

En un estudio que incluyó a 71 estudiantes de especialidades médicas en un Hospital Civil de Nayarit, se encontró que la prevalencia de ansiedad fue de 59.1%, la cual es mayor a la de la población en general y a la de otros estudios realizados en otras instituciones formadoras de médicos especialistas. La ansiedad leve y moderada se presentó en el 52.1 y 7.0% de los residentes en estudio, lo que es coincidente con la mayoría de los reportes sobre ello tanto en población abierta como en médicos residentes, en donde la frecuencia se va reduciendo de acuerdo a la severidad de los trastornos. La ansiedad en hombres y mujeres fue del 48.5 y 68.4%, lo que corrobora lo encontrado en estudios realizados a población general. <sup>(24)</sup>

También, se demostró que la prevalencia de ansiedad es mayor mientras se cursa el primer grado académico de la residencia, comparado con el 60% que la presenta en el cuarto año de la misma. Estos resultados apoyan la evidencia de que el grado académico que el residente cursa es importante, ya que a mayor grado académico menor prevalencia de ansiedad. <sup>(25)</sup>

- **Trastornos por uso de sustancias**

Los trastornos por uso de sustancias frecuentemente concurren con otros padecimientos de orden psiquiátrico. Un tipo de afección que se presenta de manera frecuente en pacientes que abusan de drogas es el de trastornos del estado de ánimo; en muchos casos esta comorbilidad resulta más difícil de tratar que cuando se presenta cada trastorno de manera aislada. Es común encontrar comorbilidad que involucre depresión y otros padecimientos psiquiátricos, incluyendo el abuso de sustancias psicoactivas. Por un lado la depresión aumenta el riesgo de consumir alcohol y drogas y, por otro, el consumo de sustancias psicoactivas puede condicionar síntomas depresivos. Se ha descrito que los individuos que padecen trastorno bipolar tienen mayor probabilidad de padecer abuso de alcohol. Los trastornos relacionados con la ansiedad también están estrechamente relacionados con el uso de sustancias y existen reportes que señalan que alrededor de 18% de las personas con trastornos por uso de sustancias presentan criterios para un trastorno de ansiedad independiente (es decir que la ansiedad no es atribuible a los estados de intoxicación o a síntomas de abstinencia). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad también se relaciona estrechamente con el trastorno por uso de sustancias y frecuentemente se presentan en un mismo paciente. <sup>(26)</sup>

El diagnóstico de trastorno por uso de sustancias se basa en la identificación de un patrón patológico de comportamientos en el que los pacientes continúan utilizando una sustancia a pesar de experimentar problemas significativos relacionados con su uso. Hay 11 criterios divididos en cuatro categorías.

*Trastornos del control sobre el uso*

La persona toma la sustancia en cantidades mayores o por más tiempo que el previsto inicialmente

La persona desea detener o reducir el uso de la sustancia

La persona pasa un tiempo considerable en obtener, usar, o recuperarse de los efectos de la sustancia

La persona tiene un intenso deseo (craving) de utilizar la sustancia

### *Deterioro social*

La persona no cumple con obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar

La persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de que le causa (o empeora) problemas sociales o interpersonales

La persona abandona o reduce la actividad social, ocupacional o recreativa importante, debido al uso de sustancias

### *Uso riesgoso*

Persona que utiliza la sustancia en situaciones físicamente peligrosas (p. ej., al conducir o en circunstancias sociales peligrosas)

La persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de saber que está empeorando un problema médico o psicológico

### *Síntomas farmacológicos*

Tolerancia: la persona necesita aumentar de manera progresiva la dosis de un fármaco para producir intoxicación o el efecto deseado o el efecto de una dosis determinada disminuye con el paso del tiempo

Abstinencia: efectos físicos indeseables cuando se detiene el consumo del fármaco o cuando su efecto es contrarrestado por un antagonista específico.

Las personas con  $\geq 2$  de estos criterios en un período de 12 meses se considera que tienen un trastorno por uso de sustancias. La gravedad del trastorno de uso de sustancias se determina por el número de síntomas: Leve: 2 a 3 criterios; Moderado: 4 a 5 criterios; Grave:  $\geq 6$  criterios. <sup>(27)</sup>

Según la Encuesta Nacional de Adicciones más reciente, el consumo de alcohol tuvo un incremento importante al pasar de 35.6% en 2002 a 42.9% en 2011. Asimismo, el consumo de drogas ilegales ha mostrado un aumento significativo desde 2002. De manera similar al panorama internacional, el alcohol (43.3%), la marihuana (23.7%) y los inhalables (22.2%) fueron las sustancias ilegales de mayor consumo en nuestro país. <sup>(28)</sup>

No parece existir un consumo de drogas diferenciado para los profesionales sanitarios, con unas prevalencias de consumo similares, incluidas drogas ilegales, pese a tener un mayor conocimiento sobre los peligros de su uso y su especial labor de promoción y prevención. <sup>(29)</sup> Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de drogas de diferentes tipos que los jóvenes de su edad. Se ha demostrado también que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto. <sup>(30)</sup> En otros estudios internacionales, se ha encontrado

que hasta el 11% de los estudiantes de medicina y médicos residentes clínicos toman medicamentos estimulantes, siendo más frecuente en hombres y observándose una diferencia significativa entre dos sexos. <sup>(31)</sup>

Las formas comunes en que los estudiantes de medicina comenzaron a usar estimulantes fueron la automedicación o la influencia de los amigos. Los principales factores que contribuyen a iniciar el abuso de drogas son la presión de grupo y el fácil acceso a estas sustancias. Además, se ha encontrado diferencia significativa en la prevalencia entre los estudiantes de medicina que viven en residencias compartidas en comparación con los que viven con su familia u hogar individual. El uso de estimulantes fue más común en el nivel académico más alto, pues el aumento de la concentración y la vigilia prolongada se presentaron como las principales causas del uso de estimulantes. <sup>(31)</sup>

En España se ha encontrado un consumo de tabaco entre los residentes de un 30%, sin diferencias por sexos y con una edad media de inicio de 19 años, un consumo de sustancias psicoactivas en el último mes cercano al 4% y un bajo consumo de alcohol. <sup>(32)</sup>

Un 78% consumen alcohol. La edad de inicio para el consumo es de 16,8 años. El patrón de consumo más frecuente es el intermitente (81%) seguido del consumo en fin de semana (18%), comparando por sexos, es más frecuente en hombres (26%) que en mujeres. Sólo un 3% reconoce consumir drogas ilegales, la mayoría de forma intermitente. Los estudiantes de medicina presentaron un porcentaje de fumadores superior a la población general (entre el 22% y el 29%), un consumo de alcohol frecuente que llega a superar, en algunos estudiantes masculinos, los 60 gramos diarios, y un uso de drogas ilegales elevado (40% en hombres y 15% en mujeres).

Hay menos estudios sobre médicos residentes, mostrando un consumo frecuente y regular de alcohol y tabaco, y en menor proporción marihuana. <sup>(32)</sup>

Considerando que los médicos residentes se enfrentan cotidianamente con situaciones de alto nivel de estrés, que los horarios de trabajo son altamente desgastantes y variables y que tienen fácil acceso a medicamentos y drogas psicoactivas, tienen un mayor riesgo de consumir sustancias. <sup>(33)</sup>

El problema del consumo de sustancias tóxicas para la salud en el área laboral de los individuos es de suma importancia, tanto por el daño personal —físico y psicológico— que este consumo causa al sujeto, a su familia y a sus compañeros de trabajo, como por las graves consecuencias y problemas que puede ocasionar en el desempeño de las labores cotidianas. <sup>(33)</sup>

## • TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN, HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD (TDAH)

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una condición psiquiátrica que se caracteriza por un patrón de comportamiento que se presenta en múltiples ámbitos y que da como resultado problemas de desempeño en áreas como la social, académica o laboral. Sus síntomas se dividen en dos categorías, déficit de atención e impulsividad con hiperactividad, dichos síntomas incluyen conductas tales como incapacidad para poner atención a los detalles, dificultad para organizar tareas y actividades, ser excesivamente parlanchín, incapacidad para permanecer quieto o sentado en situaciones apropiadas. <sup>(34)</sup>

Los criterios diagnósticos del DSM-5 incluyen 9 signos y síntomas de falta de atención y 9 de hiperactividad e impulsividad. El diagnóstico con estos criterios requiere  $\geq 6$  síntomas y signos de un grupo o de otro. Además, los síntomas necesitan:

Estar presentes a menudo por  $\geq 6$  meses; Ocurre en al menos 2 situaciones (p. ej., el hogar y la escuela); Estar presentes antes de los 12 años (por lo menos algunos de los síntomas); Interferir con el funcionamiento en el hogar, la escuela o el trabajo.

### *Síntomas de falta de atención:*

No presta atención a los detalles o comete errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades

Tiene dificultad para mantener la atención en las tareas escolares o durante el juego

No parece escuchar cuando se le habla en forma directa

No sigue las instrucciones ni finaliza las tareas

Tiene dificultad para organizar tareas y actividades

Evita, no le gusta o rehúsa intervenir en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido durante un período prolongado

A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades de la escuela

Se distrae fácilmente

Es olvidadizo en las actividades diarias

### *Síntomas de hiperactividad e impulsividad:*

Mueve continuamente las manos o los pies, o se retuerce

Abandona a menudo su asiento en la clase o en otros lugares

A menudo corre o trepa en exceso en sitios donde estas actividades resultan inapropiadas

Tiene dificultad para jugar tranquilamente  
Siempre está haciendo algo o actúa como si tuviera un motor  
Habla en exceso  
Responde antes de que se completen las preguntas  
Tiene dificultad para aguardar su turno  
Interrumpe a los demás o se entromete en sus actividades

El diagnóstico del tipo con predominio de déficit de atención exige  $\geq 6$  signos y síntomas de falta de atención. El diagnóstico del tipo hiperactivo-impulsivo exige  $\geq 6$  signos y síntomas de hiperactividad e impulsividad. El diagnóstico del tipo combinado exige  $\geq 6$  signos y síntomas cada uno de falta de atención e hiperactividad-impulsividad. <sup>(35)</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial existe una prevalencia de este trastorno de cinco por ciento, y en el caso de México, sin tener una cifra precisa, se estima que afecta a un millón y medio de niños y niñas menores de 14 años. Diversos estudios internacionales han estimado que la prevalencia de TDAH en la edad adulta oscila entre 2.5 y 4.4% en población abierta. <sup>(36)</sup>

En la literatura se encuentra gran variedad de estudios en población adulta con TDAH; no obstante, son pocos los que se han dedicado a estudiar a universitarios con este trastorno, de entre los cuales, los estudiantes de medicina forman una parte importante. No existen, sin embargo, reportes de la prevalencia en dicha población. <sup>(36)</sup>

- **Trastornos de la alimentación**

Los trastornos alimentarios son trastornos psiquiátricos graves, caracterizados por una alimentación anormal o control de peso inadecuado. Tanto el DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) abarca seis trastornos alimentarios principales. Estos incluyen el diagnóstico de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno por atracón. <sup>(37)</sup>

La anorexia nerviosa es una enfermedad grave caracterizada por un miedo intenso al aumento de peso o una imagen corporal alterada, o ambas, que motiva a una restricción severa de la dieta y pérdida de peso. La bulimia nerviosa está caracterizada por episodios recurrentes de atracones (es decir, comer grandes cantidades de alimento sin de control) y comportamientos compensatorios para prevenir el aumento de peso. El trastorno por atracón se caracteriza por angustia, episodios recurrentes de

atracones, con menos comportamientos compensatorios que en la bulimia nerviosa.

A nivel mundial, la prevalencia de los trastornos alimentarios ha aumentado en un 25%, pero solo alrededor del 20% de las personas afectadas, reciben tratamiento.

La duración del trastorno alimentario no tratado antes del inicio del primer tratamiento es variable, pero es más corto para la anorexia nerviosa que para la bulimia nerviosa o el trastorno por atracón y más corto para niños que para adolescentes o adultos. <sup>(37)</sup>

En México, las cifras reflejan que la prevalencia de la anorexia nerviosa entre la población general varía de 0.5 a 1.5%, mientras que la bulimia alcanza 3%. Tradicionalmente, la presencia de tales afecciones ha demostrado tener un importante sesgo de género, siendo las mujeres el grupo más susceptible de padecerlos. <sup>(38)</sup>

Hay algunos estudios de poblaciones que observan el aumento de la prevalencia en ciertas poblaciones, como lo es la población universitaria y más específicamente, la población médica en formación, afectando en mayor grado a las mujeres. Se ha observado que el estrés psicológico y los afectos negativos, como la depresión y la ansiedad, están fuertemente asociados con trastornos alimentarios. Como ya sabemos, la población médica cuenta con altas cifras de prevalencia de dichos trastornos, lo cual le confiere por sí mismo, alto riesgo de padecer trastornos alimenticios, siendo hasta de un 15% en esta población. <sup>(39)</sup>

- **Burnout en estudiantes de medicina**

La depresión afecta a la vida laboral de las personas y condiciona la disminución en su efectividad en el trabajo, fenómeno conocido como síndrome de burnout o desgaste profesional, que, cuando se trata de personal médico o paramédico, puede considerarse más severo, ya que se pueden presentar un mayor número de accidentes o iatrogenias por el carácter de la profesión, y los enfermos pueden ser atendidos con un déficit en la calidad y calidez que se merecen, lo cual repercute en el proceso de curación. <sup>(40)</sup>

A mediados de la década de 1970, el psiquiatra H. Freudenberger describió el síndrome burnout o desgaste profesional, aunque no con tal nombre, como una enfermedad psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en instituciones cuyo objeto de trabajo eran las personas. <sup>(41)</sup>

El término anglosajón “burnout” corresponde a estar quemado, desgastado, exhausto, y a haber perdido la ilusión por el trabajo. Se trata de un agotamiento por

el excesivo esfuerzo físico y emocional que favorece la despersonalización o inestabilidad hacia el paciente, con conductas de indiferencia o rechazo y actitudes negativas hacia el trabajo y la propia persona. <sup>(42)</sup>

Se considera que las personas que realizan actividades que implican un mayor grado de estrés laboral son más susceptibles a padecerlo, por ello, se considera que los médicos residentes, que se encuentran inscritos en programas que requieren de su estancia durante varios años en unidades hospitalarias, desarrollando trabajo clínico intensivo, y por la carga laboral que desempeñan, son sujetos con una alta probabilidad de presentar este fenómeno. <sup>(43)</sup>

En un estudio realizado en 2017 a residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, muchos informaron haber experimentado problemas de agotamiento, siendo este reportado en el 87.5%. Los datos del estudio sugieren que, a pesar de querer mejorar el bienestar de los alumnos, los jefes de enseñanza continúan luchando para lograr ver el alcance completo del problema o implementar un programa efectivo. <sup>(44)</sup>

El agotamiento físico y emocional conduce a las personas a aislarse, a perder el gusto por las cosas que hace, a perder interés por las personas y por la vida. Además, se alteran sus funciones cognitivas y su rendimiento. <sup>(45)</sup>

Las consecuencias personales y profesionales pueden ser devastadoras, al igual que las institucionales, pues al final del círculo vicioso se afecta la calidad de atención que se otorga al paciente y a sus familiares. Un médico insatisfecho o desgastado podrá otorgar sólo atención médica limitada y distante. <sup>(45)</sup>

- **Factores de riesgo y factores protectores para psicopatología en general**

Todos los trastornos mentales se deben en mayor o menor medida a una combinación entre predisposición genética y detonadores ambientales y sociales derivados de las experiencias y el estilo de vida. <sup>(46)</sup>

*FACTORES PROTECTORES:*

- Individuales. Alimentación adecuada, cercanía o apego a la familia, logros escolares, autocontrol, habilidades sociales, optimismo, creencias morales, valores, autoestima.
- Familiares. Padres que proveen cuidado y ayuda, armonía familiar, familia segura y estable, relaciones de apoyo, normas y moral sólida en la familia, comunicación afectiva, y expresión emocional.
- Escolares. Sentimiento de pertenencia, clima escolar positivo, grupo de pares prosocial, colaboración y apoyo, oportunidades de éxito y reconocimiento de logros, reglas de la escuela en contra de la violencia.
- Sociales. Relación cercana con una persona significativa (compañero(a)/mentor), oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes, seguridad económica, buena salud física, acceso al mercado laboral, vivienda digna.

**FACTORES DE RIESGO:**

- Individuales. Componentes genéticos, daño cerebral prenatal, nacimiento prematuro, daño al nacer, desnutrición al nacer, discapacidad física e intelectual, salud deficiente en la infancia, falta de vínculos afectivos estables, enfermedad crónica, habilidades sociales deficientes, autoestima baja, aislamiento, impulsividad.
- Sociales. Desventaja socioeconómica, discriminación social y cultural, violencia y criminalidad en la zona de vivienda, condiciones inadecuadas de la vivienda, falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo, aislamiento social.
- Eventos. Abuso físico, sexual y emocional, muerte de un familiar, enfermedad, desempleo, falta de hogar, encarcelamiento, pobreza, accidentes de trabajo, responsabilidad en el cuidado de un enfermo o discapacitado, guerra, violencia o desastres naturales. <sup>(46)</sup>

- **Factores estresantes de hacer una especialidad en México**

El bienestar en médicos, definido como un fenómeno general que incluye salud física y mental, satisfacción profesional y el humanismo en medicina, se ha unido a otros objetivos para los programas educativos. Sin embargo, la cultura de la residencia en nuestro país pone barreras para lograr este bienestar a través de una cultura de perfeccionismo, altos niveles de estrés, y largas horas de trabajo desafiante. <sup>(47)</sup>

Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. El médico en

formación inicia su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas en los libros y de sus maestros. Sin embargo lo que sucede en la práctica y en el quehacer cotidiano puede originarle choques emocionales violentos. <sup>(48)</sup>

En las instituciones de salud mexicanas en general se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso. Bajo este ambiente desfavorable, el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional y como persona. <sup>(48)</sup>

Se ha reportado que una fuente de insatisfacción en médicos residentes se relaciona con situaciones ambientales, tales como la excesiva demanda asistencial inherente al trabajo en una institución pública de salud o desempeñar actividades no relacionadas con sus funciones como médicos en adiestramiento (realizar funciones de mensajero, camillero, secretario, etcétera) <sup>(49)</sup>

En la actualidad, los médicos residentes se ocupan de funciones asistenciales, cubren jornadas educativas dos veces por semana —que en ocasiones pueden durar hasta 36 horas— y tienen una estrecha participación con los especialistas que fungen como tutores. Esto constituye un ambiente estresante que perdura durante todo el período de formación. <sup>(50)</sup>

Esta situación convierte al médico residente en una fuente de mano de obra barata de las instituciones de salud, al cual se le ha domesticado su imaginario del deber ser a costa de su propia salud (“la medicina con hambre y fatiga se aprende”). Es importante mencionar que la jornada laboral debe tener un límite máximo, el que se debe determinar por la capacidad física del trabajador (fuerza de trabajo), y por el hecho de que el trabajador necesita una parte del tiempo para satisfacer sus necesidades espirituales, personales y sociales. Continuando con el abuso de poder, están expuestos a jornadas laborales de más de 80 horas a la semana, lo que genera depresión y ansiedad, síndrome de Burnout, relaciones interpersonales inadecuadas entre coetáneos y reproducción social de la cultura de poder de la especialización. También se ha encontrado asociación con uso de drogas médicas como analgésicos narcóticos, tranquilizantes, sedantes, anfetaminas/estimulantes, al igual que drogas no médicas como marihuana y cocaína, sumado al alto consumo de alcohol. <sup>(51)</sup>

Tomado en cuenta el diseño curricular de la residencia, parece claro que las partes psicológica y social no han sido consideradas durante la planeación de la misma,

omitiendo o excluyendo la adaptación y el desarrollo integral del individuo al entorno. <sup>(52)</sup>

- **Salud Mental y COVID.**

El impacto de la pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 va más allá del espectro de manifestaciones clínicas propias de la enfermedad. La aparición de este nuevo virus ha cambiado radicalmente y en muy poco tiempo el modo de vida y la economía de prácticamente todo el mundo, enfrentando a la humanidad a una realidad a la que no estamos preparados. <sup>(53)</sup>

Desde principios de 2020, México se ha estado preparando para la pandemia de COVID-19. Una de las medidas fue la reestructuración de hospitales. El Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG) fue designado como hospital COVID-19 para la atención de la población pediátrica, para lo cual se tomaron acciones para identificar necesidades y organizar e implementar medidas para enfrentar la pandemia. Las acciones más relevantes realizadas en las diferentes áreas hospitalarias fueron las siguientes:

Reestructuración de las áreas de hospitalización. Debido a la pandemia, aumentó la capacidad hospitalaria para la atención de estos pacientes. En general, el hospital tiene 57 lugares para pacientes con COVID-19: 43 lugares para pacientes confirmados (10 en la UCI, 5 en la UCIN y 28 en entornos hospitalarios no críticos) y 14 lugares para pacientes sospechosos en el Departamento de Emergencias.

Recursos humanos. Gracias al apoyo del Ministerio de Salud a través del INSABI, se contrataron siete médicos para fortalecer los servicios de Urgencias, Cuidados Intensivos y Enfermedades Infecciosas. Asimismo, se contrataron tres especialistas en medicina interna y general y 55 enfermeras.

La formación del personal. Se han impartido cursos, talleres y conferencias a médicos, enfermeras, servicios generales y personal administrativo. Se ha difundido información sobre aspectos epidemiológicos, clínicos y de prevención de la enfermedad, así como el uso adecuado de EPP, capacitación en recolección de muestras, entre otros.

Identificación de casos y contactos. Cada caso confirmado de COVID-19, ya sea de personal sanitario o de pacientes, es evaluado por el Departamento de Epidemiología o Infectología y se establecen las medidas de prevención, atención y seguimiento necesarias.

Triaje. La temperatura de los pacientes, familiares y miembros del personal se midió en todos los puntos de acceso del hospital. Adicionalmente, se realizó un

triage en el área de acceso de pacientes para identificar a los pacientes con síntomas respiratorios, quienes luego son derivados a un área de atención exclusiva.

Generación de información. Todos los días se recopila información sobre la pandemia de diferentes áreas hospitalarias y se envía a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad), Secretaría de Salud (Ministerio de Salud), Secretaría de Hacienda (Secretaría de Hacienda), Gobierno y C5 de la CDMX (Ciudad de México).

Atención médica para el personal sanitario. Se habilitó un área con personal médico calificado para el cuidado del personal enfermo, incluyendo frotis para confirmación diagnóstica por RT-PCR.

Laboratorio. Desde el 23 de marzo, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos validó el Laboratorio de Biología Molecular HIMFG para realizar la prueba de RT-PCR para SARS-CoV-2 al personal sanitario.

Acciones de ingeniería biomédica y mantenimiento. Las cajas de luz ultravioleta para la esterilización de mascarillas N95 fueron desarrolladas en estricto cumplimiento de la normativa y validación por profesionales. Se diseñaron “cápsulas” para el traslado de pacientes con COVID-19 dentro del hospital y se colocaron acrílicos para limitar los espacios individuales en el comedor.

Apoyo psicológico. El Departamento de Psiquiatría y Psicología ha realizado actividades para identificar y tratar los trastornos psicológicos resultantes de la pandemia en pacientes, familiares y personal de salud.

Cuidadores primarios en las áreas COVID. Colaboramos para establecer pautas que permitan a un familiar acompañar al paciente diagnosticado de COVID-19 durante la hospitalización con las medidas de protección necesarias. Con la implementación de estas medidas, los cuidadores apoyan al equipo de salud y reducen las consecuencias emocionales de la separación en el paciente pediátrico.<sup>(54)</sup>

Sin embargo, a pesar de estas acciones, aún se considera una repercusión sumamente importante en esta pandemia, el impacto a la salud mental del personal sanitario que atiende a pacientes con COVID-19, debido al riesgo de desarrollar desde trastornos psicológicos hasta enfermedades mentales.<sup>(55)</sup>

Los médicos y el personal de la salud en general, por tratar con el dolor y padecimiento de otros seres humanos, son propensos a desarrollar estrés, angustia, depresión y fatiga por compasión. Si bien la prevalencia de estos en el

personal de salud varía, al hacer frente a esta pandemia se incrementaron considerablemente. <sup>(55)</sup>

Los cambios al estilo de vida por el encierro y distanciamiento social generan para la sociedad en general una carga psicológica importante. En el caso del personal de salud, se agrega a lo anterior la transición abrupta de la práctica clínica diaria por:

La exigencia de enfrentarse a una enfermedad hasta ahora desconocida, bajo condiciones extremas de trabajo; con largas jornadas utilizando equipo de protección personal -estrictamente necesario- al que no están acostumbrados y que para muchos pareciera una barrera que dificulta la cercanía, calidez y empatía entre el médico y su paciente

El temor constante de contagiarse o contagiar a los suyos.

La angustia y frustración de verse rebasados por el número de pacientes, escasez de recursos y evolución de la enfermedad. <sup>(55)</sup>

Si bien no todos los miembros del personal se verán afectados negativamente por los desafíos que se avecinan, nadie es invulnerable y algunos trabajadores de la salud sufrirán daños. Los comportamientos que pueden indicar alteraciones en la salud mental son:

Frecuencia cardíaca rápida, palpitaciones, tensión muscular, dolores de cabeza, temblores, dificultad gastrointestinal, náuseas, incapacidad para relajarse cuando no está de servicio, problemas para conciliar el sueño o quedarse dormido, pesadillas.

Aumento o disminución en los niveles de energía y actividad, aumento en el consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales.

Sentimientos negativos: Enojo, frustración, irritabilidad, tristeza profunda; dificultad para mantener el equilibrio emocional.

Dificultad para pensar con claridad: Desorientación o confusión, dificultad para resolver problemas y tomar decisiones, dificultad para recordar instrucciones.

Comportamientos problemáticos o riesgosos: Toma de riesgos innecesarios, no usar equipo de protección personal, negarse a seguir órdenes o abandonar la escena, poner en peligro a los miembros del equipo, aumentar el uso o mal uso de medicamentos recetados o alcohol.

Conflictos sociales: Irritabilidad, ira y hostilidad, culpa, capacidad reducida para apoyar a los compañeros de equipo, conflictos con sus compañeros o familiares, retraimiento, aislamiento. <sup>(56)</sup>

El objetivo de este estudio inicialmente fue conocer la prevalencia en la que se presentan diversas psicopatologías en los médicos residentes antes de empezar y

después de un año de formación en el curso de especialización de pediatría en un hospital pediátrico de tercer nivel, así como los principales factores de riesgo psicosocial asociados. Debido a que durante este año además se agregó el factor de la pandemia por COVID-19, se agregó el objetivo de estimar el impacto de la pandemia en la salud mental de los médicos residentes.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En México se desconoce la prevalencia actual de los principales diagnósticos psiquiátricos en los médicos residentes. Esto puede deberse a ignorancia, estigma y discriminación respecto al tema, incluso a desigualdades en recursos médicos y financieros. <sup>(1)</sup> Se desconoce también el impacto que ha tenido la pandemia COVID-19 en la salud mental de los médicos residentes.

Existe también una creencia extendida en la sociedad de que no es posible tratar los trastornos mentales o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esta ignorancia y estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y pueden disuadir a las personas afectadas de recurrir a los servicios de salud apropiados. <sup>(1)</sup>

## **III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál será la prevalencia de psicopatología en los médicos residentes antes de empezar y después de un año de formación en el curso de especialización de pediatría durante la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel reconvertido en Hospital COVID, así como los principales factores de riesgo psicosocial asociados?

## **IV. JUSTIFICACIÓN**

Está bien estudiado que los médicos sanos y comprometidos son esenciales para que la atención al paciente sea efectiva. La insatisfacción y el agotamiento se ven desde la formación médica escolar y empeoran conforme avanza la capacitación, lo cual provoca efectos negativos tanto en los médicos como en sus pacientes. <sup>(2)</sup>

Latinoamérica es una región caracterizada por los bajos ingresos del personal de salud, así como la escasez de profesionales de salud y las deficiencias de insumos en sus establecimientos de salud. Esto podría significar un riesgo añadido para la salud mental de los médicos residentes. <sup>(6)</sup>

Se desconoce la prevalencia de las principales psicopatologías en los residentes en México, lo cual dificulta el desarrollo de protocolos específicos de prevención y atención en esta población. <sup>(6)</sup> También desconocemos el impacto que pudo haber tenido la pandemia de COVID-19 en la salud de estos médicos.

Conocer la prevalencia real y actual de estos trastornos nos ayudaría a indagar no solo la existencia de psicopatología, también permitirá justificar la pertinencia de elaborar protocolos de intervención específicos para esta población vulnerable, así como identificar los principales cambios en la salud mental potencialmente atribuibles a la pandemia COVID-19, con la finalidad de elaborar estrategias de prevención y atención de psicopatología en estos contextos.

## **V. HIPÓTESIS**

Se encontrará un aumento en la prevalencia de psicopatología del 14% en los residentes de pediatría después de un año de haber ingresado a la especialidad.

Esta estimación se obtuvo considerando los resultados de otros estudios longitudinales en los que se calculó el cambio en la tasa de prevalencia de depresión antes y después de un año de formación en estudiantes de medicina. En los estudios mexicanos de Velásquez-Pérez (2013), se reportó un cambio de 13.2% (inicial: 2.3%, final: 15.5%); mientras que Jiménez- López (2015), reportó un cambio de 2.6% (inicial: 3.4%, final: 5.6%). En el estudio de Rotenstein (2016), se analizaron 4 estudios longitudinales a un año, se reportaron cambios de .6%, 2.7%, 35.3% y 30.3%, con un promedio de 17.2%. Se tomó el promedio de todos estos porcentajes y se obtuvo 14.1%.

## **VI. OBJETIVOS**

### **A. Objetivo principal**

Conocer la prevalencia de psicopatología en los médicos residentes antes de empezar y después de un año de formación en el curso de especialización de pediatría durante la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel reconvertido en Hospital COVID, así como los principales factores de riesgo psicosocial asociados.

## **B. Objetivos secundarios**

Describir la relación entre los factores sociodemográficos y de estilo de vida con la presencia de psicopatología al ingreso y después del primer año del curso de especialización.

## **VII. METODOLOGÍA**

### **1. Tipo de Diseño**

Estudio de cohorte descriptiva, observacional, longitudinal y prospectiva.

### **2. Población blanco**

Se aceptaron 49 aspirantes para cursar el primer año de especialidad en pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo escolar 2020-2021. Se pretende incluir al 100% de los alumnos inscritos. Todos los médicos residentes aceptaron participar en la medición basal y en el seguimiento.

### **3. Tamaño de la Muestra**

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

### **4. Método de Muestreo**

Por conveniencia, se incluyó al 100% de los alumnos inscritos al primer año de la Especialidad en Pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo escolar 2020-2021.

### **5. Criterios de Selección**

Criterios de inclusión:

- Médicos de cualquier sexo y edad que hayan sido aceptados para cursar el primer año de la Especialidad de Pediatría en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo escolar 2020-2021.

Criterios de exclusión:

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

Criterios de eliminación:

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

## **6. Recolección de Datos**

Se invitó a participar al 100% de los alumnos inscritos al primer año de la Especialidad en Pediatría. Se obtuvo el consentimiento informado en el que se aseguró que la participación fuera anónima, posteriormente se procedió a aplicar a los residentes las evaluaciones. Para garantizar la confidencialidad de las respuestas, se asignó un código aleatorio de identificación. Este código fue conocido únicamente por el participante y por un miembro del equipo de investigación cuya única función consistió en llevar una relación entre el código y el nombre del participante, esto con la finalidad de facilitar el proceso de aplicar nuevamente las pruebas el siguiente año, así como para, en caso de detectarse riesgo suicida actual, se le pudiera brindar atención inmediata. Se aclaró en el consentimiento informado que, en caso de querer conocer el resultado de sus pruebas y en todo caso recibir atención, podrían solicitar esa información con un colaborador mediante su clave. Las pruebas que se aplicaron fueron la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Escala MINI), diseñada para diagnóstico de trastornos depresivos, ansiosos, por uso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria; la Escala de Auto-reporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el Adulto de la Organización Mundial de la Salud; el instrumento de medición de satisfacción con redes de apoyo SSQ6, así como un cuestionario de información sociodemográfica y de estilos de vida, en la que se obtuvo información acerca de hábitos de sueño, ejercicio, uso de tiempo libre, etc.

Después de un año, se aplicó a los mismos residentes la Escala MINI y el instrumento de medición de satisfacción con redes de apoyo SSQ6, se actualizó la

información sociodemográfica y de estilos de vida y se aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI), así como unas preguntas relacionadas con cómo habían vivido la pandemia COVID-19.

Con la finalidad de evitar que el cansancio o estrés derivado de una guardia complicada influyeran en las respuestas de los participantes, esta segunda medición se realizó cuando los residentes se encontraban de pre guardia. En caso de que en cualquier momento de las evaluaciones se haya detectado la presencia de psicopatología de alto riesgo (riesgo suicida actual), se rompería la confidencialidad en beneficio del paciente y se le remitiría a un centro especializado para ser evaluado por un médico psiquiatra y recibir el tratamiento adecuado.

## **7. Recolección de Datos**

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

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

### **MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Escala MINI) (Anexo 3)**

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve. Explora, para detección y/ u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-V y la CIE-10. La MINI está dividida en 16 módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Las preguntas que se realizan a lo largo de la prueba son cerradas y tienen que ser realizadas por el entrevistador, respondiendo a la presencia o ausencia del síntoma. Es una entrevista clínica, disponible en 33 idiomas, estructurada en formato y algoritmos, modular por categorías diagnósticas, con una duración de entre 15 y 20 minutos, fiable (3 estudios frente a CIDI y SCID) y fácil de usar tras un breve curso de formación. <sup>(57)</sup>

### **Escala de Auto-reporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el Adulto de la Organización Mundial de la Salud. (Anexo 4)**

Es un cuestionario de 18 ítems que mide síntomas actuales de TDAH en población adulta, desarrollado por el grupo de trabajo de la Organización Mundial de la Salud conjuntamente con la versión de la WHO Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Se puntúan en una escala de 5 opciones (nunca, raramente, a veces, con frecuencia y muy frecuentemente) y se estima para cada ítem una puntuación de corte o criterial, a partir de la cual el ítem es considerado positivo (puntuación 1) y por debajo del cual es considerado negativo (puntuación 0). Este punto de corte se sitúa en el tercer valor (algunas veces) para los ítems 1, 2, 3, 9, 12, 16 y 18, y en el cuarto valor (Con frecuencia) para el resto. Las puntuaciones también pueden ser tratadas como una escala continua entre el 0 (Nunca) y el 4 (Muy frecuentemente).

Los 6 primeros ítems conforman la versión de cribado para la detección rápida de síntomas sugestivos de TDAH en adultos.

Los ítems interrogan sobre la presencia de síntomas durante los 6 meses anteriores a la evaluación (Kessler et al., 2005b). Los 4 primeros ítems investigan síntomas de inatención y los dos últimos de hiperactividad y se consideran puntuaciones criterio las tres primeras desde a veces a muy frecuentemente, y las tres últimas desde con frecuencia a muy frecuentemente.

Cuatro respuestas en puntuaciones criterio se estiman sugestivas de existencia de TDAH en el adulto.<sup>(58)</sup>

### **Instrumento Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS). (Anexo 5).**

El MBI-HSS define el síndrome de burnout como un constructo tridimensional que incluye tres específicos aspectos: Agotamiento Emocional (sensación de no poder dar más de sí en el ámbito emocional y afectivo), Despersonalización (desarrollo de sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional), y Reducida Realización Profesional (sentimientos de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional).

El MBI-HSS (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996) consiste de 22 ítems que se distribuyen en tres subescalas denominadas: Agotamiento Emocional (incluye nueve ítems a través de los cuales se valora el sentimiento del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo), Despersonalización (compuesta de cinco ítems a través de los cuales se valora una actitud fría e impersonal hacia las personas que se atiende) y Realización Personal (incluye ocho ítems que describen sentimientos de competencia y eficacia en la realización del

trabajo). La escala tiene siete grados de frecuencia que van de 0 (nunca) a 6 (diariamente).<sup>(59)</sup>

### **Cuestionario de Apoyo Social Versión Española 6-ítems (SSQ6). (Anexo 6)**

Es una versión corta del Cuestionario de Apoyo Social de 27 ítems. El SSQ6 mide tanto el tamaño real de la red de apoyo social (el número de personas de las cuales el respondiente puede sentir apoyo en una situación particular) y qué tan satisfecho se siente respecto al apoyo percibido de las personas enlistadas. A los participantes se les solicita las iniciales de aquellas personas en las cuales confía para pedir apoyo en cada una de las seis situaciones. El número de personas listadas se suma en los ítems y se divide entre 6 para sacar un promedio del Número de Personas (N). Posteriormente, se le pide a los participantes que indiquen qué tan satisfechos se sienten con el apoyo brindado por las personas listadas en una escala de seis puntos (1 = Muy Insatisfecho a 6 = Muy Satisfecho). De nueva cuenta se suman los puntajes a través de los ítems y se divide entre 6 para obtener un promedio de Satisfacción (S). Los valores de consistencia interna reportados han variado entre 0.90 y 0.93 tanto para N como para S.<sup>(60)</sup>

### **Cuestionario relativo a factores asociados con enfermedad por COVID-19.**

Derivado de la crisis sanitaria actual, se ha sugerido que el impacto en la salud mental de los profesionales de la salud, pudo haber elevado los niveles de estrés, ansiedad y depresión, afectando al ejercicio de sus funciones profesionales, disminuyendo las capacidades de atención, comprensión y toma de decisiones. Todas estas cifras podrían verse incrementadas en los profesionales sanitarios que están en primera línea frente al SARS-CoV-2. Por este motivo, se realizó una serie de preguntas que indagan acerca de cómo el tener algún conocido (familiar o amigo) que haya padecido o fallecido por COVID, pudiera haber afectado de cierto modo la salud mental. Se solicitan únicamente respuestas de Sí o No.

## **VIII. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizó un análisis descriptivo de la población para obtener las medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas (Media y Desviación estándar en caso de distribución normal o Mediana y rango mínimo-máximo en caso de distribución no paramétrica) y para variables cualitativas se utilizaron

números absolutos y porcentajes. Se determinó la prevalencia de psicopatología reportándose en porcentajes.

Para variables cualitativas se utilizó la prueba de  $\chi^2$  de Pearson o Exacta de Fisher. Se realizó una regresión logística para determinar los factores de riesgo asociados con la psicopatología. Se determinó una diferencia estadísticamente significativa si el valor de  $p \leq 0.05$ .

## IX. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Unidad de Medida
Edad	Cuantitativa	Años de vida cumplidos a partir de la fecha de nacimiento hasta el día de hoy.	Se obtuvo por autoreporte.	Años de vida
Sexo	Dicotómica	Características anatómicas y cromosómicas que dividen a los humanos en macho y hembra.	Se obtuvo por autoreporte.	-Femenino -Masculino
¿Foráneo?	Dicotómica	Persona nacida en un sitio, país o estado diferente a donde actualmente reside.	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No
Extranjero	Dicotómica	Persona nacida en un país diferente a donde actualmente reside.	Se obtuvo por autoreporte.	- Sí - No
¿Con quién vive?	Cualitativa Policotómica	Persona/s con la/s que se comparte un lugar para vivir, ya sea, una casa o departamento. Pueden o no ser parientes entre sí.	Se obtuvo por autoreporte.	- Solo - Con compañeros de vivienda - Con pareja - Con familiares
Ingresos económicos	Cualitativa	Hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa o una organización.	Grado en el que el residente considera que sus ingresos económicos son suficientes para cubrir sus necesidades básicas. Por autoreporte	- Más que suficientes - Suficientes - Insuficientes
Relación de pareja	Cualitativa dicotómica	Vínculo sentimental de tipo romántico que une a dos personas.	Se obtuvo por autoreporte.	- Soltero - Con pareja

Violencia de pareja	Cualitativa dicotómica	Todo tipo de ataque intencional de distintos tipos, como: sexual, físico, verbal, económico o psicológico, de un miembro de la pareja contra el otro en una relación de noviazgo con el objetivo de controlar, dominar a la persona o sentirse superior en la pareja	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No
Red de apoyo	Cualitativa Ordinal	Conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas o recibidas proporcionadas por terceros hacia un individuo.	Cuestionario de Apoyo Social (SSQ6). Versión Española Abreviada de Sahara. (6 ítems)  Baja: 1 a 2.99 puntos Media: 2.99 a 3.99 puntos Alta: más de 4 puntos	-Baja -Media -Alta
Tiempo que le dedica a pasatiempos a la semana.	Cualitativa dicotómica	Aquel entretenimiento o juego que se practica, juega e implementa con el objetivo de pasar el rato y divertirse.	Se obtuvo por autoreporte.	- Menos de una hora a la semana - Al menos una hora a la semana.
Ejercicio	Cualitativa dicotómica	Variedad de movimientos corporales planificados, estructurados, repetitivos con el objetivo de mejorar o mantener la	Se obtuvo por autoreporte.	- Actualmente realiza ejercicio al menos una vez a la semana - Actualmente no realiza ejercicio.

		aptitud física y la salud.		
Horas de sueño	Cuantitativa	Acto de reposo de un organismo vivo y se contrapone a lo que se denomina como estado de vigilia o estar despierto. Se caracteriza por ser un estado en el cual hay muy poca actividad fisiológica y muy baja respuesta a los estímulos externos.	Se obtuvo por autoreporte.	Número de horas de sueño.
Tiempos de comida al día	Cuantitativa	Número de comidas principales que se hacen durante el día. (Por ejemplo: desayuno, comida, cena)	Se obtuvo por autoreporte.	Número de tiempos de comida al día
Percepción de calidad de alimentación	Cualitativa	Una alimentación de calidad debería de ser completa, variada, balanceada, suficiente, adecuada e higiénica.	Por autoreporte. Grado en que el participante califique la calidad de su alimentación.	Buena Regular Mala
Violencia familiar	Cualitativa dicotómica	Acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, económica, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia, dentro o fuera del	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No

		domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco por afinidad, civil, matrimonio, concubinato o a partir de una relación de hecho y que tenga por efecto causar un daño.		
Psicopatología familiar	Cualitativa Dicotómica	Se refiere a un síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad.	Se obtuvo por autoreporte. Familiares de cualquier grado con antecedentes de: trastornos afectivos, trastornos ansiosos, trastornos del neurodesarrollo, trastornos psicóticos, trastornos por uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria.	- Si - No
Historia de rendimiento académico	Cualitativo	Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito escolar	Se obtuvo por autoreporte. Promedios de calificaciones en primaria, secundaria, preparatoria, universidad: 90-100: sobresaliente 80-90: bueno 70-80: regular Menos de 70: malo	- Sobresaliente - Bueno - Regular - Malo
Antecedente de acoso escolar	Cualitativo Dicotómico	Comportamiento violento e intimidatorio	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No

		continuo e intencional que se ejerce de manera verbal, física o psicológica entre niños y adolescentes durante la etapa escolar.		
Tratamiento psiquiátrico	Cualitativa dicotómica	Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas realizadas por un médico psiquiatra con la finalidad de mejorar el estado de salud mental.	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No
Presencia de Burnout	Cualitativa Dicotómica	Reacción afectiva en respuesta al estrés laboral crónico que puede ocasionar deterioro o depleción de los recursos emocionales y cognitivos, culminando en un estado de agotamiento en el que el trabajador duda completamente de su capacidad para realizar sus labores, mostrándose cínico sobre el valor y el sentido de estas.	Presencia de síndrome de burnout según el Maslach Burnout Inventory (MBI): Dimensión de desgaste emocional > 26, despersonalización > 9 y baja realización personal < 34.	- Si - No
Presencia de psicopatología	Cualitativa Dicotómica	Se refiere a un síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto	Se obtuvo a través de la aplicación de la prueba MINI	Positivo o negativo para: - Trastornos depresivos

		a interpretación clínica que, por lo general, se asocia a un malestar o a una discapacidad		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos ansiosos</li> <li>- Trastornos por uso de sustancias</li> <li>- Trastornos de la conducta alimentaria</li> </ul>
Riesgo de Trastorno por Déficit de Atención, Hiperactividad e Impulsividad	Cualitativa		<p>Se obtuvo a través de la aplicación de la Escala de Auto-reporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el Adulto de la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>24 o más en la Parte A o la Parte B: riesgo alto.</p> <p>17 a 23: riesgo moderado.</p> <p>Menos de 17: Riesgo bajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo alto</li> <li>- Riesgo moderado</li> <li>- Riesgo bajo</li> </ul>
Cercano hospitalizado con COVID	Cualitativa Dicotómica	Persona con infección sospechosa o confirmada por SARS CoV2, quien debido a la misma, amerita cuidados dentro de área hospitalaria, con las respectivas medidas de aislamiento correspondientes.	Se obtuvo por autoreporte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>
Cercano fallecido con COVID	Cualitativa Dicotómica	Persona con infección sospechosa o confirmada por SARS CoV2, quien debido a la misma	Se obtuvo por autoreporte.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si</li> <li>- No</li> </ul>

		enfermedad o secundario a complicaciones derivadas, pierde la vida.		
Cambios en la Salud mental	Cualitativa Dicotómica	Cuando el diagnóstico de COVID llega a afectar la salud emocional, incluyendo ansiedad, angustia y depresión.	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No
Ha estado en Area COVID	Cualitativa Dicotómica	Areas de hospitalización para estabilización de pacientes con infección confirmada o de sospecha para COVID.	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No
Tuvo COVID	Cualitativa Dicotómica	Persona con infección confirmada por PCR para SARS CoV2	Se obtuvo por autoreporte.	- Si - No

## X. RESULTADOS DEL ESTUDIO

En el estudio se incluyó a 49 médicos residentes de la especialidad de Pediatría del Hospital Infantil de México Federico Gómez. De estos, 32 (65.31%) son mujeres y 17 (34.69%) pertenecen al género masculino. El promedio de edad de los sujetos del estudio fue 26.06 (DE = 4.10). Predomina la población de nacionalidad mexicana, con 45 personas (91.84%). Destaca que más de la mitad de los residentes son foráneos (61.2%).

Así mismo, de dicha población de estudio, 48 personas (97.96%) se considera buen estudiante, con calificaciones que oscilan por arriba de 80. Además, 20 (40.82%) de los médicos residentes afirman haber sufrido algún tipo de acoso escolar previo a su ingreso al curso de especialización médica.

De acuerdo con nuestra medición basal, al ingreso a la especialidad, 27 (55.10%) médicos se reportaban con riesgo para tener TDAH. Dichos hallazgos se encuentran descritos en la Tabla 1.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los sujetos estudiados.

VARIABLE		n	%
Edad	Media:	26.06	-
	DE	(4.10)	-
Género	Femenino:	32	65.31%
	Masculino:	17	34.69%
Foráneo	No:	19	38.78%
	Si:	30	61.22%
Extranjero	No:	45	91.84%
	Si:	4	8.16%
Calificaciones	90-100:	24	48.98%
	80-90:	24	48.98%
	70-80:	1	2.04%
	<70:	0	0.00%
Acoso escolar	No:	29	59.18%
	Si:	20	40.82%
TDAH	No:	22	44.90%
	Si:	27	55.10%

Entre los factores de riesgo psicosociales descritos para psicopatología, los cuales se mencionan en la Tabla 2, de acuerdo a nuestra medición basal, se observó al inicio que 43 (87.75%) presentaban por lo menos 1 de los factores mencionados. El más frecuente fue el antecedente familiar de psicopatología, con 27 (55.10%) sujetos. Al final del año de estudio, se encontró que el factor de riesgo más prevalente fue el considerar la calidad de su alimentación como regular o mala, reportada por 34 (69.39%) participantes.

La gran mayoría durante la primera medición, es decir, 41 (83.67%) refirió vivir en compañía ya sea de familiares o amigos (roomates) y 6 (12.24%) viven solos. Contrasta que para la segunda medición, disminuyó a 26 (73.47%) y a 5 (10.20%), respectivamente. De la misma forma, al inicio del año, 25 (51.05%) de los médicos refirió tener pareja, aunque sólo 2 (4.02%) vivían con esta pareja. Para la última medición, este número aumentó a 28 (57.14%) y a 8 (16.33%), respectivamente.

Así mismo, en el transcurso del año estudiado, hubo un incremento de 11 a 14 (22.48% a 28.57%) respecto a las personas que reportaron haber recibido violencia de pareja. De la misma forma, hubo un incremento de las personas que refieren haber sufrido algún tipo de violencia dentro del núcleo familiar, ya que en la medición basal este antecedente fue referido por 11 (22.45%) personas, mientras que al final del año de seguimiento, este número se incrementó a 14 (28.57%), lo que representa una diferencia de 6.12%. De las 14 personas, por lo menos 6 (3 hombres y 3 mujeres), refirieron en la segunda medición haber sufrido tanto violencia de pareja como familiar.

De toda la población, 42 (85.71%) consideraron sus ingresos económicos suficientes o más que suficientes antes de su ingreso, similar a los 39 (79.59%) que continuaron considerándolos de ese modo.

Respecto al tiempo invertido en pasatiempos, 6 personas (12.16%) refirieron en el transcurso del año haberlo disminuido. De la misma forma, las horas de sueño y la cantidad de comidas al día, mostraron una disminución significativa en la media de 6.68 (DE = 3.14) a 5.73 (DE = 1.30) ( $p = .001$ ) y de 3.33 (DE = 0.88) a 2.78 (DE = 0.92) ( $p = .017$ ) respectivamente; no obstante, se observó un aumento significativo en la cantidad de personas que actualmente realizan algún tipo de ejercicio, incrementándose de 13 (26.53) en la primera medición a 25 (51.02%) en la segunda ( $p = .013$ ).

Llama la atención que el número de residentes que consideraban que su alimentación era de mala calidad incrementó significativamente de 2 (4.08%) a 14 (28.57%), es decir, 12 personas más (24.49%) en el transcurso del año ( $p = .004$ ).

En la segunda medición, se encontró que 28 (57.14%) tenía el antecedente familiar de trastornos psiquiátricos, mostrando un aumento ligero respecto al año previo, reportado en 27 (55.10%).

Se observó también que hubo un incremento significativo en la prevalencia de las personas que al ingreso recibían tratamiento psiquiátrico, inicialmente reportado en 1 (2.04%), respecto a los que reportaron estar en tratamiento psiquiátrico después del primer año, que fueron 11 (22.45%), con una  $p = .002$ .

Se incrementó de 42 (85.71%) a 46 (93.88%) la cantidad de personas que consideran sus redes de apoyo como altas ( $p = .035$ ).

Tabla 2. Factores de riesgo psicosociales.

VARIABLE	Año académico				
	2020		2021		
¿Con quien vive?	Solo	6	12.24%	5	10.20%
	Roomates	27	55.10%	23	46.94%
	Pareja	2	4.08%	8	16.33%
	Familia	14	28.57%	13	26.53%
Ingresos económicos	Mas que suficientes	13	26.53%	13	26.53%
	Suficientes	29	59.18%	26	53.06%
	Insuficientes	7	14.29%	10	20.41%
Pareja	No tiene	24	48.98%	21	42.86%
	Si tiene	25	51.02%	28	57.14%
Violencia pareja	Si, actualmente	0	0.00%	0	0.00%
	Si, previamente	11	22.45%	14	28.57%
	Ni actual ni previamente	38	77.55%	35	71.43%
Horas de pasatiempos	<1 hora/semana	2	4.17%	8	16.33%
	Al menos 1 hora/semana	46	95.83%	41	83.67%
¿Realiza ejercicio?	Actualmente realiza	13	26.53%	25	51.02%
	Actualmente no, anteriormente no	9	18.37%	7	14.29%
	Actualmente no, anteriormente si	27	55.10%	17	34.69%
Calidad alimentación	Buena	23	46.94%	15	30.61%
	Regular	24	48.98%	20	40.82%
	Mala	2	4.08%	14	28.57%
Violencia familiar	Si, actualmente	1	2.04%	0	0.00%
	Si, previamente	8	16.33%	10	20.41%
	Ni actual ni previamente	40	81.63%	39	79.59%
Antecedente de Psicopatología familiar	No	22	44.90%	21	42.86%
	Si	27	55.10%	28	57.14%
Tratamiento Psiquiátrico	Actualmente en tratamiento	1	2.04%	11	22.45%
	Alguna vez, actualmente no	8	16.33%	7	14.29%
	Nunca he recibido	40	81.63%	31	63.27%
Redes de apoyo	Alto	42	85.71%	46	93.88%
	Medio	7	14.29%	1	2.04%
	Bajo	0	0.00%	2	4.08%
Horas de sueño	Media	6.68	-	5.73	-
	(DE)	(3.14)	-	(1.30)	-
Comidas/día	Media	3.33	-	2.78	-
	(DE)	(0.88)	-	(0.92)	-

Respecto a la prevalencia de psicopatología, se observó que 19 (38.7%) sujetos en estudio presentaban por lo menos una psicopatología antes del ingreso a la especialización médica, siendo la más frecuente el trastorno de angustia, con 9 (18.37%). Se encontró que los principales factores de riesgo para presentar trastorno de angustia en la primera medición fueron el haber experimentado acoso escolar ( $p=.008$ ) y el percibir sus ingresos como insuficientes ( $p=.014$ ). En la segunda medición, el trastorno más prevalente fue el trastorno de ansiedad generalizada, reportado en 22 (44.90%).

Al final del año de estudio, el número de personas con al menos una psicopatología fue de 31 (63.26%), este cambio fue significativo ( $p=.015$ ) y representó un incremento de 24.5%. El principal factor de riesgo para presentar incremento en la psicopatología fue el ser foráneo ( $p=.001$ ). Es importante destacar que de las 19 personas que se reportaron con psicopatología en la primera medición, únicamente 1 (5.2%) refirió estar en tratamiento psiquiátrico, mientras que de las 31 personas que se reportaron con psicopatología en la segunda medición, únicamente 9 (29%) reportó estar recibiendo tratamiento psiquiátrico.

Respecto a los trastornos del estado de ánimo, en la primera medición se encontró que el episodio depresivo actual se reportó en 1 persona (2.04%), aumentando en forma significativa posteriormente a 9 (18.37%) ( $p=.008$ ), y destacó que de estas 9 personas, 4 fueron hombres y 5 mujeres (44 y 55%, respectivamente) y 7 (77.7%) son foráneas.

Del mismo modo, el episodio depresivo recidivante, que no se reportó al inicio y aumentó a 7 (14.29%) al año siguiente ( $p=.006$ ), fue más prevalente en mujeres, reportándose en 4 mujeres y 3 hombres (57.14% y 42.85%). Solo 1 de ellos (14.28%) reportó que sus redes de apoyo fueran bajas

Ninguna persona se reportó con síndromes melancólicos al inicio del estudio, pero en la segunda medición, al menos 5 personas (10.20%) lo presentaron. En cuanto a distimia, de la misma forma, no se reportó al inicio, y al final del estudio se encontró a 1 persona (2.04%) del género femenino. No se observaron cambios respecto a la prevalencia de riesgo de suicidio, siendo de 1 persona (2.04%) al inicio y al final del estudio.

Respecto a los trastornos de ansiedad, al inicio ninguna persona se reportó con trastorno agorafóbico, posteriormente se encontró que 2 personas (4.08%) reportaron estarlo experimentando. Ambos casos con la característica en común de tener antecedentes familiares con alguna psicopatología y problemas relacionados con el uso/abuso de sustancias y alcohol y otras psicopatologías concomitantes; uno de ellos sin tratamiento psiquiátrico. De igual forma, se observó que al inicio 1 persona (2.04%) presentaba fobia social, la cual aumentó a 5 (10.20%), de los cuales 3 (75%) son foráneos.

En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada, 4 sujetos (8.16%) de la población lo padecía al inicio del estudio, se observó un incremento significativo ( $p=.000$ ) en la prevalencia en la segunda medición, que fue de 22 (44.9%). De estos residentes, 16 (72.7%) eran mujeres.

Se observó una disminución en el número de residentes que reportaban problemas relacionados con el uso/abuso de sustancias. Respecto a alcohol, al inicio 6

personas lo presentaban (12.24%) y disminuyó a 5 (10.20%). Respecto a los problemas derivados del consumo de otras sustancias, inicialmente se reportó en 2 personas (4.08%), mientras que después de un año de seguimiento, se reportó en 1 persona (2.04%).

En relación a los problemas de la conducta alimentaria, en la primera medición se reportó prevalencia de 2 (4.08%) residentes con bulimia nerviosa, aumentando a 3 (6.12%) personas en la segunda medición. De estos, 2 (66.6%) son hombres y ambos foráneos.

Dichos hallazgos se encuentran descritos en la Tabla 3

Tabla 3. Prevalencia de psicopatología al inicio del estudio y después de 1 año.

VARIABLE	AÑO ACADÉMICO				DIFERENCIA (%)	
	2020		2021			
<b>Episodio Depresivo actual</b>	No	48	97.96%	40	81.63%	<b>16.33%</b>
	Si	1	2.04%	9	18.37%	
<b>Episodio Depresivo recidivante</b>	No	49	100.00%	42	85.71%	<b>14.29 %</b>
	Si	0	0.00%	7	14.29%	
<b>Síndromes melancólicos</b>	No	49	100.00%	44	89.80%	10.20%
	Si	0	0.00%	5	10.20%	
<b>Distimia</b>	No	49	100.00%	48	97.96%	2.04%
	Si	0	0.00%	1	2.04%	
<b>Riesgo suicidio actual</b>	No	48	97.96%	48	97.96%	0 %
	Si	1	2.04%	1	2.04%	
<b>Riesgo suicidio previo</b>	No	49	100.00%	48	97.96%	2.04%
	Si	0	0.00%	1	2.04%	
<b>Angustia</b>	No	40	81.63%	43	87.76%	- 6.13%
	Si	9	18.37%	6	12.24%	
<b>Agorafobia</b>	No	49	100.00%	47	95.92%	4.08%
	Si	0	0.00%	2	4.08%	
<b>Fobia social</b>	No	48	97.96%	44	89.80%	8.16%
	Si	1	2.04%	5	10.20%	
<b>Trastorno Obsesivo-Compulsivo</b>	No	49	100.00%	49	100.00%	0 %
	Si	0	0.00%	0	0.00%	
<b>Trastorno por Estrés Postraumático</b>	No	47	95.92%	49	100.00%	- 4.08%
	Si	2	4.08%	0	0.00%	
<b>Trastorno de Ansiedad Generalizada</b>	No	45	91.84%	27	55.10%	<b>36.74%</b>
	Si	4	8.16%	22	44.90%	
<b>Problemas relacionados con uso/abuso de alcohol</b>	No	43	87.76%	44	89.80%	-2.04%
	Si	6	12.24%	5	10.20%	
<b>Problemas relacionados con uso/abuso de otras sustancias</b>	No	47	95.92%	48	97.96%	-2.04%
	Si	2	4.08%	1	2.04%	
<b>Anorexia</b>	No	49	100.00%	49	100.00%	0%
	Si	0	0.00%	0	0.00%	
<b>Bulimia</b>	No	47	95.92%	46	93.88%	2.04%
	Si	2	4.08%	3	6.12%	

Finalmente, en la Tabla 4 se muestran las variables respecto a la cuestión de la pandemia actual por COVID 19, en la cual 19 personas (38.78%) refirieron tener

algún conocido hospitalizado, y 16 (32.65%) conoció a alguien que falleció por la enfermedad. fallecido por la misma causa.

Menos de la mitad, es decir, 17 médicos (34%), reportaron haber presentado la enfermedad por COVID-19 con PCR confirmatoria, sin embargo, 35 (71.43%) reportaron algún cambio en la salud mental derivado de la pandemia COVID, de los cuales 14 (40%) efectivamente mostraron aumento en el número de diagnósticos psicopatológicos respecto a la medición inicial. De los 14 residentes que no refirieron cambios en su salud mental relacionados a COVID, 7 (50%) mostraron aumento en el número de diagnósticos psicopatológicos respecto a la medición inicial. Más de la mitad, 27 médicos (55.10%) laboraron en alguna área COVID a lo largo del año. De forma general, 3 (6.12%) de los sujetos de estudio presentaron signos de burnout al año de ingreso a la especialidad. No se encontró asociación entre estos factores y el presentar incremento en la psicopatología.

*Tabla 4. Cambios relacionadas con COVID.*

		n	%
<b>¿Conocido cercano hospitalizado?</b>	No	30	61.22%
	Si	19	38.78%
<b>¿Conocido cercano fallecido?</b>	No	33	67.35%
	Si	16	32.65%
<b>¿Experimentado cambios en la salud mental?</b>	No	14	28.57%
	Si	35	71.43%
<b>¿Ha estado en área COVID?</b>	No	22	44.90%
	Si	27	55.10%
<b>¿Fue un caso de COVID confirmado?</b>	No	33	66%
	Si	17	34%
<b>Burnout</b>	No	46	93.88%
	Si	3	6.12%

## XI. DISCUSIÓN

En el estudio se incluyó a 49 médicos residentes de primer ingreso a la especialidad de Pediatría del Hospital Infantil de México Federico Gómez, quienes de acuerdo a la literatura, se consideran una población de riesgo elevado para desarrollo de psicopatología tanto depresiva, de ansiedad, de trastorno de uso/abuso de alcohol y sustancias y de alimentación.

En la literatura se reporta que existen diversos factores de riesgo/protectores para presentar o no psicopatología; entre ellos se describe la percepción de una buena alimentación, logros escolares, habilidades sociales, relación de pareja y tener una buena salud física. En nuestro estudio se observó que los médicos residentes, antes de ingresar al curso, ya presentaban importantes factores de riesgo y psicopatologías que, en la mayoría de los casos, no recibían tratamiento. <sup>(61)</sup>

Encontramos una asociación significativa entre el hecho de ser foráneo/extranjero y el presentar una psicopatología, ya que se observó que de los 30 residentes considerados foráneos, el 93% presentó alguna psicopatología. Esto puede deberse a la sensación de lejanía de la red protectora que representa el hogar y a la percepción de que las redes de apoyo se alejan también, así como los múltiples procesos de adaptación que tienen que vivir a diferencia de sus compañeros, como cambiar de residencia, cambiar en algunos casos de país, vivir por primera vez lejos del núcleo familiar, vivir solos, etc.

En la primera medición, encontramos una prevalencia de residentes con riesgo para TDAH de 55.1%. Diversos estudios internacionales han estimado que la prevalencia de TDAH en edad adulta oscila entre 2.5 y 4.4% en población abierta, lo cual se antepone a la prevalencia encontrada en nuestro estudio. Esta diferencia podría deberse a que no hay estudios dentro de población universitaria con este trastorno, de entre los cuales, los estudiantes de medicina forman una parte importante. <sup>(62)</sup>

Respecto a la segunda medición, se observó un aumento significativo en la cantidad de personas que actualmente realizan algún tipo de ejercicio. En observaciones realizadas en contextos sin pandemia, generalmente se reporta una disminución del tiempo que se dedica a hacer ejercicio, lo cual es contrario a lo observado en este estudio. Esto probablemente se deba a los cambios generados por la actual situación epidemiológica mundial, que provocó que el tiempo de trabajo intrahospitalario disminuyera, ya que en nuestro hospital, los médicos residentes fueron redistribuidos para cubrir turnos en las áreas COVID y trabajaban por guardias, de tal forma que los días en los que no tenían que cubrir un turno, se

quedaban en casa, lo cual pudo haber contribuido a que parte del tiempo libre se dedicara a la salud física.

Las horas promedio de sueño mostraron una disminución significativa. Este hallazgo es importante, ya que se ha demostrado una prevalencia de alteraciones del sueño que oscila entre el 20% y el 90% en trabajadores sometidos a rotaciones nocturnas. Esta falta de sueño puede provocar un estado de fatiga crónica, lo que se asocia a pérdida de memoria, mayor tiempo de reacción y problemas de concentración, lo cual repercute en la disminución en el rendimiento laboral, alteraciones del ritmo circadiano e incluso problemas psicológicos, como aumento en niveles de estrés y ansiedad. <sup>(63)</sup>

Se observó un aumento significativo de sujetos que consideran que la calidad de su alimentación se volvió mala en el transcurso del año y una disminución en el promedio de comidas al día. Esto se encuentra probablemente relacionado al hecho de que ya en el ámbito hospitalario, muchas veces es complicado llevar un régimen de alimentación adecuado, pues las horas de trabajo variables y la presencia de trabajo en horarios nocturnos, dificulta que se realicen los tiempos de comida requeridos. De la misma forma, la calidad de los alimentos que es posible consumir cuando se tiene el tiempo, resulta siendo mala, pues se prefieren alimentos de rápido consumo, como la comida chatarra o alimentos procesados. Esta información es importante, pues se ha descrito en otros estudios que la calidad de la alimentación es un factor de riesgo importante para presentar psicopatología. <sup>(64, 65, 66)</sup>

Hubo un incremento significativo observado en la población que al ingresar se encontraba bajo algún tratamiento psiquiátrico respecto a la segunda medición. Este hallazgo sugiere la posibilidad de que la prevalencia de psicopatología en médicos antes de ingresar a una especialidad podría ser más alta de la reportada y no estar diagnosticada y/o recibiendo un seguimiento adecuado de la enfermedad. Esto pudiera relacionarse en primer lugar con el estigma hacia las enfermedades mentales, las distintas creencias negativas de los profesionales de la salud al respecto y al miedo a los posibles efectos secundarios de los medicamentos.

En cuanto a la percepción de la calidad de redes de apoyo, se incrementó el número de residentes que las consideraron buenas y seguras. Esto probablemente se deba a que por la situación de la pandemia por COVID y a la alta propaganda que se hacía respecto a la importancia del cuidado de la salud mental, se buscó que los médicos tuvieran acceso a estas redes de apoyo sociales y laborales y al adecuado uso de mecanismos de afrontamiento.

Tal como reporta la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia de depresión y de trastornos de ansiedad en la de población general, fue mayor en el género femenino (55%). De manera global, la prevalencia de depresión en nuestra población alcanzó el 2% al inicio del estudio, mientras que la cifra reportada por la OMS para la población general es de 22%. Al final del año, esta prevalencia aumentó a 18.37%, lo que coincide a su vez con diversos estudios realizados en médicos residentes, que estiman que la prevalencia de depresión o síntomas depresivos varían del 15% al 32.3%. En estos estudios, también se encontró que el 29.6% de los residentes presentó trastornos del estado de ansiedad concomitante, lo cual es menor al 40.9% reportado en nuestro estudio. La depresión en hombres y mujeres fue del 44.4 y 55.5%, respectivamente, lo cual corrobora lo encontrado en estudios realizados en población general. De forma concordante, al menos el 2% de los residentes tiene riesgo de suicidio, es decir, similar al riesgo de la población general. (67, 68, 69)

En la literatura también se describe que el trastorno de ansiedad dentro de la población general es más frecuente en mujeres que en hombres, con una media de 9.2%, siendo reportada por nosotros hasta en un 72.7%. En el mismo estudio comentado anteriormente, se encontró una prevalencia de trastorno de ansiedad en residentes de 59.1%, similar a la de 44.9% reportada en nuestro estudio. Ambas cifras superan de forma significativa a las cifras reportadas en la población en general y a la de otros estudios realizados en otras instituciones formadoras de médicos especialistas. (70, 71)

Algunos estudios han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de sustancias de diferentes tipos que los jóvenes de su edad. Se ha demostrado también que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto, presentando que hasta el 11% de los estudiantes de medicina y médicos residentes clínicos toman medicamentos estimulantes, siendo más frecuente en hombres, sin embargo, contrario a lo reportado, nosotros encontramos una prevalencia del 2.04% en nuestra población para consumo de sustancias. Otro estudio en España reportó un consumo de alcohol entre los residentes de un 78%, lo cual se opone a nuestra prevalencia reportada del 10.20%. Dicha diferencia podría deberse a que, debido al estigma, los participantes sub-reportaran estos síntomas. (72, 73, 74)

En cuanto a trastornos de la alimentación, en México se reportan cifras que reflejan que la prevalencia de la anorexia nerviosa entre la población general de 0.5 a 1.5%, mientras que la bulimia alcanza 3%. Esta cifra coincide con la encontrada en nuestra primera medición, donde se reportó prevalencia del 4%. Tradicionalmente, la presencia de tales afecciones ha demostrado tener un importante sesgo de

género, siendo las mujeres el grupo más susceptible de padecerlos. En estudios realizados a médicos residentes, esta prevalencia aumenta hasta un 15% mientras que en nuestro estudio se reportó una prevalencia de 0% en cuanto a anorexia y de 6.12% para bulimia en la segunda medición, lo cual representa el doble de lo reportado en la población general. Hay algunos estudios que observan el aumento de la prevalencia de dichos trastornos, específicamente en la población médica en formación, afectando en mayor grado a las mujeres, si bien en nuestro estudio fue más frecuente en el género masculino hasta en un 66.6%. Así mismo, se observó que el estrés psicológico y los efectos negativos, como la depresión y la ansiedad, están fuertemente asociados con trastornos alimentarios. <sup>(75, 76)</sup>

En un estudio realizado en 2017 a residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, se reportó una prevalencia de burnout del 87.5%, si bien contrasta con nuestra prevalencia reportada del 6.12%. Aunque no hay reportes que hablen de preferencia de género, nosotros encontramos que el 100% de los afectados eran del género masculino. Del mismo modo, en cuanto a los factores relacionados con la enfermedad por COVID 19, en nuestro estudio no se encontró una asociación significativa entre el tener personas cercanas hospitalizadas o fallecidas por COVID, en haber estado en área COVID o, incluso, el haber tenido la enfermedad, con el haber presentado un incremento en la psicopatología. <sup>(77)</sup>

Existen algunos estudios realizados en Latinoamérica sobre la afectación a la salud mental del personal de hospitales destinados para atención exclusiva de pacientes con COVID-19 y se ha establecido que en efecto, presentan mucha mayor exposición a factores que contribuyen a un mayor riesgo de presentar psicopatología. En nuestro estudio no se encontró esta asociación, lo que pudiera deberse a que debido a la reorganización de las actividades asistenciales, los residentes tenían más tiempo libre para reponerse y realizar actividades ajenas al hospital, lo cual pudo haber tenido un rol protector. <sup>(78)</sup>

De forma general y en condiciones distintas previas a la de la actual pandemia, se han realizado estudios en médicos residentes antes y después de 1 año, en los cuales se ha reportado en promedio un aumento de 14% en la prevalencia de psicopatología. En nuestro estudio se encontró un cambio de 38.7% al ingreso y de 63.2% al final, lo cual representa una diferencia de 24.46%, es decir, mucho mayor a la esperada. Así mismo, reportamos que 71.43% reportaron que consideraban haber tenido cambios en la salud mental asociados a la pandemia COVID. Se encontró también que de este 71.43%, el 51.43% presentaban algún trastorno de ansiedad, ya sea ansiedad generalizada, trastorno de angustia, fobia social o agorafobia. Se sospecha con estos resultados que dichas cifras pudieron verse influidas por la emergencia sanitaria actual, pero es necesario realizar estudios comparativos en situaciones sin pandemia para poder corroborar esta hipótesis. <sup>(79)</sup>

## **XII. CONCLUSIÓN**

En este estudio se encontró que la prevalencia de psicopatología en médicos residentes fue 24.5% mayor después de un año de formación en el curso de especialización de pediatría durante la pandemia COVID-19 en un hospital pediátrico de tercer nivel reconvertido en Hospital COVID, con respecto a la prevalencia que se encontró antes de empezar el curso de especialización y antes de empezar la pandemia COVID-19.

Podemos notar también que los factores de riesgo laborales y personales entre médicos residentes para presentar alguna psicopatología, son diversos, siendo el más importante el ser foráneo.

Los médicos residentes son personal de salud en formación bajo un sistema educativo especial cuyas difíciles condiciones académicas y laborales pueden afectar el estado de ánimo y la salud mental de los estudiantes. En las instituciones de salud mexicanas en general, se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz del exceso de trabajo rígido y repetitivo con un horizonte reflexivo estrecho, con escasas horas de sueño y de descanso. Bajo este ambiente desfavorable, el médico en formación tiene que buscar su identidad como profesional y como persona.

Las repercusiones biopsicosociales incluyen: disminución del rendimiento laboral (que por el carácter de la profesión incide directamente sobre la salud de terceros), la calidad de vida social en cuando a su entorno familiar y la percepción sobre él mismo.

Por todos estos elementos y, debido a los resultados obtenidos en nuestro estudio, está justificada la necesidad de creación de estrategias para la detección de factores que incidan sobre la salud mental en los médicos residentes, y que sean

llevadas a cabo de forma habitual y constante, con el objetivo de que los médicos vulnerables sean canalizados al especialista en salud mental para recibir un diagnóstico y tratamiento oportuno y de esta manera conservar su salud biopsicosocial y mejorar su calidad de vida, lo cual a su vez, se verá reflejado en el desempeño que se tenga en el ámbito laboral y académico del médico residente.

En referencia a la situación mundial actual, a pesar de todos los recursos empleados para contrarrestar la propagación del COVID-19, actualmente el personal de salud necesita estrategias globales de autocuidado para disminuir los efectos negativos en la salud mental. Por esto la Organización Mundial de la Salud estableció algunas recomendaciones para fortalecer la salud mental del personal de salud, que de manera general incluyen:

#### Control del estrés

Apoyo para cubrir necesidades diarias básicas de los profesionales sanitarios, fomentando un estilo de vida saludable y autocuidado, con una alimentación balanceada, descansar y hacer pausas durante el trabajo o entre turnos, hacer ejercicio domiciliario, evitar el exceso de redes sociales y la cobertura mediática de COVID-19, hacer uso de técnicas de relajación muscular progresiva o meditación, evitar el consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y demás drogas.

Fortalecer y mantener la resiliencia personal.

Brindar apoyo psicológico con Terapia cognitivo-conductual (TCC) en línea, terapias de conversación, grupos de apoyo o psicoterapia e intervenciones organizacionales.

Aplicar pruebas de tamizaje para detectar manifestaciones de psicopatología que pudieran poner en riesgo a los trabajadores de la salud.

Sin embargo, además de estas recomendaciones, consideramos necesario e importante que se implementen otras estrategias que fortalezcan las medidas arriba mencionadas, tales como:

- El acondicionamiento de áreas en las que se asegure un espacio para el descanso y en el cual existan las condiciones para que el personal de salud establezca comunicación con familiares y conocidos. Estas áreas pueden ser algunas que se hayan abandonado debido a la reorganización del hospital o bien, generarse un nuevo espacio.
- Promover descansos periódicos y rotación de funciones, de forma que el personal no pase más de 8 hora continuas dentro de un área de atención de alta demanda y procurar la rotación periódica de las funciones del personal.

- Recibir asesoría para el personal encargado de dar informes y malas noticias, ya que puede resultar en un momento desgastante desde el punto de vista emocional.
- Hacer promoción a los servicios de salud mental, tanto al interior de los hospitales COVID, como por parte de entidades externas.
- Identificar de manera proactiva al personal con posibles complicaciones a través de un sistema de acompañamiento, que se compone de un monitor y un especialista en salud mental acompañante. En caso de que detecte que algún miembro del personal de salud curse con una problemática de salud mental, el monitor podrá comunicarlo al especialista permitiendo de esta forma una detección oportuna y preventiva del desgaste emocional del personal de salud.

Podemos concluir que la prevalencia de la psicopatología de los médicos residentes al inicio es similar a la reportada dentro de la población general y que se incrementa significativamente después de un año de formación. También es muy posible que la pandemia COVID haya influido en que este aumento haya sido mayor al esperado, sin embargo se requerirían estudios comparativos realizados en médicos residentes al inicio y después del primer año de formación en un periodo libre de pandemia y de sus efectos.

### XIII. CRONOGRAMA

Actividad	Mes-Año						
	Julio-2019	Agosto-2019	Septiembre-diciembre 2019	Enero-abril 2020	Mayo-Diciembre 2020	Enero-Marzo 2021	Abril-Mayo 2021
Elección del tema	X						
Autorización del tema		X					
Revisión bibliográfica			X				
Elaboración de protocolo			X				
Autorización de protocolo			X				
Recolección de datos			X	X			
Análisis de datos					X		
Elaboración de tesis						X	
Autorización de impresión de tesis							X
Tesis terminada							X

#### XIV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INCyTU. *Salud Mental en Mexico. Nota INCyTU. Numero 007 (2018) 1-5.*
2. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. *Prevalencia de la ansiedad y depresión de medicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente. Año 3 No. 8. 2011. 28-33.*
3. INCyTU. *Salud Mental en Mexico. Nota INCyTU. Numero 007 (2018) 1-5.*
4. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México, Vol. 55, Núm. 1 (2013).*
5. INCyTU. *Salud Mental en Mexico. Nota INCyTU. Numero 007 (2018) 1-5.*
6. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(1): 20-8.*
7. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México, Vol. 55, Núm. 1 (2013).*
8. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México, Vol. 55, Núm. 1 (2013).*
9. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México, Vol. 55, Núm. 1 (2013).*
10. American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª).*
11. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. *Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Salud Pública de México, Vol. 55, Núm. 1 (2013).*
12. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015; 53(1): 20-8.*

13. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*. Año 3 No. 8. 2011. 28-33.
14. Saldaña IO, Lopez Ozuna VM. Prevalencia de depresión en médicos residentes. *Evid Med Invest Salud*. 2014; 7 (4): 170-178.
15. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(1): 20-8.
16. Alva-Díaz C, et al. Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Rev Colomb Psiquiat*. 2019.
17. Mata D, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, et. al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015; 314(22): 2373-2383
18. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*. Año 3 No. 8. 2011. 28-33.
19. Richardson-López CV. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? EDITORIAL. *Dirección Médica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México*. Vol. 63. 2006. 155-157.
20. Montiel-Jarquína AJ, Torres-Castillo MA, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez O, et. al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Med*. 2015; 16(2):116-125.
21. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*. Año 3 No. 8. 2011. 28-33.
22. American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª)*.
23. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(1): 20-8.

24. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*. Año 3 No. 8. 2011. 28-33.
25. Montiel-Jarquína AJ, Torres-Castillo MA, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez O, et. al. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Med*. 2015; 16(2):116-125.
26. Aguilar-Bustos OE. Trastorno por uso de sustancias y su relación con el trastorno por déficit de atención. *Rev Esp Méd Quir* 2014;19:326-331.
27. American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª)*.
28. Aguilar-Bustos OE. Trastorno por uso de sustancias y su relación con el trastorno por déficit de atención. *Rev Esp Méd Quir* 2014;19:326-331.
29. Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A; Moreno-Corredor A. Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *ADICCIONES*. 2013. 25 (3); 243-252
30. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, vol. 27, núm. 6. 2004, 17-27.
31. Fallah G, Moudi S, Hamidia A, Bijani A. Stimulant use in medical students and residents requires more careful attention. *Caspian J Intern Med* 2018; 9(1): 87-91.
32. Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A; Moreno-Corredor A. Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. *ADICCIONES*. 2013. 25 (3); 243-252
33. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, vol. 27, núm. 6. 2004, 17-27.
34. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
35. American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5ª)*.

36. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
37. Treasure J, Antunes-Duarte T, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet* 2020; 395: 899–911.
38. Gayou-Esteva U, Ribeiro-Toral R. Eating disorders identification of risk cases among students from Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 5 (2014) 115-123.
39. Chang W, Nie M, Kang Y, He L, et. al. Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, China: a cross-sectional study. *Nutr Hosp*. 2015;31(4):1771-1777
40. Velásquez-Pérez L, Colin-Piana R, González-González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*. 2013: 149; 183-195.
41. Velásquez-Pérez L, Colin-Piana R, González-González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*. 2013: 149; 183-195.
42. Richardson-López CV. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? EDITORIAL. *Dirección Médica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México*. Vol. 63. 2006. 155-157.
43. Velásquez-Pérez L, Colin-Piana R, González-González M. Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*. 2013: 149; 183-195.
44. Ford A, Nguyen A, Morgan H, Valantsevich, A, Woodland, M. Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency. *Journal of Surgical Education*. Volume 74. Number 3. 2017.
45. Richardson-López CV. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? EDITORIAL. *Dirección Médica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México*. Vol. 63. 2006. 155-157.
46. INCyTU. *Salud Mental en Mexico. Nota INCyTU. Numero 007 (2018) 1-5.*

47. Ford A, Nguyen A, Morgan H, Valantsevich, A, Woodland, M. *Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency.* *Journal of Surgical Education.* Volume 74. Number 3. 2017.

48. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. *Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas.* *Revista Fuente.* Año 3 No. 8. 2011. 28-33.

49. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. *Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico.* *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53(1): 20-8.

50. Montiel-Jarquína AJ, Torres-Castillo MA, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez O, et. al. *Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica.* *Educ Med.* 2015; 16(2):116-125.

51. Casas D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. *Resident physicians in Mexico: tradition or humiliation.* *Medwave* 2013;13(7).

52. Montiel-Jarquína AJ, Torres-Castillo MA, Herrera-Velasco MG, Ahumada-Sánchez O, et. al. *Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica.* *Educ Med.* 2015; 16(2):116-125.

53. Torre-Muñoz V, Farias-Cortés J.D, Reyes-Vallejo LA, Guillen-Díaz-Barriga C. *Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19.* *Rev.Mex. Urol.* 2020;80(3):pp 1-9.

54. Villa-Guillén M, Garduño-Espinosa J, Herrera-Segura MG, Moreno-Espinoza S, et. al. *Restructuring of a pediatric hospital in the face of the COVID-19 pandemic.* *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2021 Feb; 78( 1 ): 3 -9.

55. Torre-Muñoz V, Farias-Cortés J.D, Reyes-Vallejo LA, Guillen-Díaz-Barriga C. *Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19.* *Rev.Mex. Urol.* 2020;80(3):pp 1-9.

56. Casas D, Rodríguez A, Casas I, Galeana C. *Resident physicians in Mexico: tradition or humiliation.* *Medwave* 2013;13(7).

57. <https://bi.cibersam.es/>. *Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental.*

58. <https://bi.cibersam.es/>. *Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental.*

59. Manso-Pinto, Juan F. (2006). Estructura factorial del maslach burnout inventory - version human services survey - en Chile. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(1), 111-114
60. Domínguez-Espinosa A, Salas-Menotti I, Contreras-Bravo C. Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2011;43(1):125-137.
61. Martínez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. *Salud Mental*, vol. 27, núm. 6. 2004, 17-27.
62. Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):716-23.
63. Sierra JC, Delgado-Domínguez C, Carretero-Dios H. Influencia de la calidad de sueño sobre variables psicopatológicas: un análisis comparativo entre trabajadores sometidos a turnos y trabajadores con horario normal. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2009. 41(1), 121-130.
64. Alva-Díaz C, et al. Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Rev Colomb Psiquiat*. 2019.
65. Ford-Winkel A, Nguyen AT, Morgan H, Valantsevich D, Woodland M. Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency Training. *Journal of Surgical Education*. 2017. 74 (3), 378-383.
66. Aguilar-López M, Roveló-Bustillo M, Padgett D, Reyes-Ticas A. Evaluación de salud mental en los médicos residentes de los post-gradados de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el año 2000. 2001. *Rev Med Post UNAH*. 6 (1). 1-9.
67. INCyTU. *Salud Mental en Mexico. Nota INCyTU. Numero 007 (2018) 1-5.*
68. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(1): 20-8.
69. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*. Año 3 No. 8. 2011. 28-33.

70. INCyTU. *Salud Mental en Mexico. Nota INCyTU. Numero 007 (2018) 1-5.*
71. Aguirre-Hernández R, López-Flores JF, Flores-Flores RC. *Prevalencia de la ansiedad y depresión de medicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente. Año 3 No. 8. 2011. 28-33.*
72. Fallah G, Moudi S, Hamidia A, Bijani A. *Stimulant use in medical students and residents requires more careful attention. Caspian J Intern Med 2018; 9(1): 87-91.*
73. Valverde-Bolívar FJ, Pérez-Milena A; Moreno-Corredor A. *Consumo de drogas entre los Especialistas Internos Residentes de Jaén (España) y su relación con el consejo clínico. ADICCIONES. 2013. 25 (3); 243-252*
74. Martinez-Lanz P, Medina-Mora ME, Rivera E. *Consumo de alcohol y drogas en personal de salud: algunos factores relacionados. Salud Mental, vol. 27, núm. 6. 2004, 17-27.*
75. Gayou-Esteva U, Ribeiro-Toral R. *Eating disorders identification of risk cases among students from Querétaro. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 5 (2014) 115-123.*
76. Chang W, Nie M, Kang Y, He L, et. al. *Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, China: a cross-sectional study. Nutr Hosp. 2015;31(4):1771-1777*
77. Ford-Winkel A, Nguyen AT, Morgan H, Valantsevich D, Woodland M. *Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency Training. Journal of Surgical Education. 2017. 74 (3), 378-383.*
78. Torre-Muñoz V, Farias-Cortés J.D, Reyes-Vallejo LA, Guillen-Díaz-Barriga C. *Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. Rev.Mex. Urol. 2020;80(3):pp 1-9.*
79. Saldaña IO, Lopez Ozuna VM. *Prevalencia de depresión en médicos residentes. Evid Med Invest Salud. 2014; 7 (4): 170-178.*

## XV. CONSIDERACIONES ÉTICAS

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

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

En el presente estudio, todos los sujetos participantes tuvieron conocimiento de lo que implicaría el proyecto y de sus posibles resultados, por lo que tuvieron la opción de decidir o incluso retirarse de la investigación una vez iniciada:

- Estarán informados de los objetivos y naturaleza del estudio.
- Se les invitará a participar antes de iniciar en la investigación y a ser contactados durante ésta en caso de ser necesario.
- Su participación podrá ser en una o todas las fases del estudio.
- Tendrán la libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, sin tener que dar una explicación del motivo.

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

Beneficios directos:

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

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

En la presente investigación será obligatorio:

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

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

Para la presente investigación se establece que:

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

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

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

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

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

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

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

## XVI. ANEXOS

### 1. Consentimiento Informado

### 2. Cuestionario de factores sociodemográficos y de estilos de vida

1. **Sexo:**
2. **Fecha de nacimiento:**
3. **Lugar de origen:**
4. **¿Con quién vives?**
  - a) Vivo solo
  - b) Con roomies
  - c) Con mi pareja
  - d) Con mi familia
5. **Tus ingresos económicos para cubrir necesidades básicas son:**
  - a) Más que suficientes
  - b) Suficientes
  - c) Insuficientes
6. **Relación de pareja:**
  - a) Soltero
  - b) Tengo pareja
  - c) Vivo con mi pareja
  - d) Casado
7. **¿Experimentas o has experimentado violencia de pareja? (cualquier ataque intencional de distintos tipos, como: sexual, físico, verbal, económico o psicológico, de un miembro de la pareja contra el otro en una relación con el objetivo de controlar, dominar a la persona o sentirse superior en la pareja).**
  - a) Si, actualmente
  - b) Previamente
  - c) Ni actual ni previamente
8. **¿Cuántas horas a la semana le dedicas a algún pasatiempo? (entretenimiento o juego que se practica, juega e implementa con el objetivo de pasar el rato, relajarse y divertirse, sin relación con el estudio o quehacer médico).**
  - a) Menos de una hora a la semana
  - b) Al menos una hora a la semana.
9. **¿Haces ejercicio?**
  - a) Actualmente realizo ejercicio al menos una vez a la semana
  - b) Actualmente no realizo ejercicio, no lo realizaba anteriormente
  - c) Actualmente no realizo ejercicio, lo realizaba anteriormente.
10. **Número de horas de sueño diario promedio:**
11. **Tomando en cuenta los últimos tres meses: ¿Cuántos tiempos de comida haces en el día?**
12. **¿Cómo calificarías la calidad de tu alimentación? (la alimentación debería de ser completa, variada, balanceada, suficiente, adecuada e higiénica)**
  - a) Buena
  - b) Regular
  - c) Mala
13. **¿Experimentas o has experimentado violencia familiar? (Acto de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, económica, psicoemocional o sexualmente a cualquier integrante de la familia,**

**dentro o fuera del domicilio familiar, por quien tenga o haya tenido algún parentesco y que tenga por efecto causar un daño).**

- a) Si, actualmente
- b) Previamente
- c) Ni actual ni previamente

**14. ¿Algún familiar de cualquier grado tiene o ha tenido un problema de salud mental? (depresión trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, autismo, discapacidad intelectual, trastorno por déficit de atención, esquizofrenia, trastornos por uso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria).**

- a) Si
- b) No

**15. ¿Cómo eran en promedio tus calificaciones en primaria, secundaria, preparatoria y universidad?**

- a) 90-100
- b) 80-90
- c) 70-80
- d) Menos de 70

**16. ¿Alguna vez has recibido acoso por parte de tus compañeros? (Comportamiento violento e intimidatorio continuo e intencional que se ejerce de manera verbal, física o psicológica entre niños y adolescentes durante la etapa escolar).**

- a) Si
- b) No

**17. ¿Alguna vez has recibido tratamiento psiquiátrico?**

- a) Actualmente estoy en tratamiento
- b) Alguna vez, pero actualmente no
- c) Nunca he recibido tratamiento psiquiátrico

### 3. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Escala MINI)

#### MINI

##### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0  
DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan  
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert  
Instituto IAP - Madrid - España

M. Soto, O. Soto  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Módulos	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recidivante	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recidivante	F33.x
EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo:			
	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE ANGUSTIA	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>		
	De por vida	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
F AGORAFOBIA	Actual	<input type="checkbox"/>		
G FOBIA SOCIAL ( <i>Trastorno de ansiedad social</i> )	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
ABUSO DE SUSTANCIAS (no alcohol)	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.1-F19.1
L TRASTORNOS PSICÓTICOS	De por vida	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1	F20.xx-F29
	Actual	<input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82	
			293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

#### 4. Escala de Auto-reporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el Adulto de la Organización Mundial de la Salud.

Conteste las siguientes preguntas, midiéndose a sí mismo en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra del lado derecho de la página. Para contestar cada pregunta, marque con una X en el cuadro que mejor describa cómo se ha sentido y comportado en los pasados seis meses. Por favor, entregue la lista completa a su doctor para discutirla en la sesión de hoy.

	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Con frecuencia</i>	<i>Muy frecuentemente</i>
1. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acabar con los detalles finales de un proyecto después de haber hecho las partes difíciles?	<input type="checkbox"/>				
2. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para ordenar las cosas cuando está realizando una tarea que requiere organización?	<input type="checkbox"/>				
3. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para recordar sus citas u obligaciones?	<input type="checkbox"/>				
4. Cuando tiene una actividad que requiere que usted piense mucho, ¿con qué frecuencia la evita o la deja para después?	<input type="checkbox"/>				
5. ¿Con qué frecuencia mueve o agita sus manos o sus pies cuando tiene que permanecer sentado(a) por mucho tiempo?	<input type="checkbox"/>				
6. ¿Con qué frecuencia se siente usted demasiado activo(a) y como que tiene que hacer cosas, como si tuviera un motor?	<input type="checkbox"/>				
<b>SECCIÓN A</b>					
7. ¿Con qué frecuencia comete errores por falta de cuidado cuando está trabajando en un proyecto aburrido o difícil?	<input type="checkbox"/>				
8. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para mantener la atención cuando está haciendo trabajos aburridos o repetitivos?	<input type="checkbox"/>				
9. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para concentrarse en lo que la gente le dice, aún cuando estén hablando con usted directamente?	<input type="checkbox"/>				
10. ¿Con qué frecuencia pierde o tiene dificultad para encontrar cosas en la casa o en el trabajo?	<input type="checkbox"/>				
11. ¿Con qué frecuencia se distrae por ruidos o actividades a su alrededor?	<input type="checkbox"/>				
12. ¿Con qué frecuencia se levanta de su asiento en reuniones o en otras situaciones en las que se supone debe permanecer sentado?	<input type="checkbox"/>				
13. ¿Con qué frecuencia se siente inquieto o nervioso?	<input type="checkbox"/>				
14. ¿Con qué frecuencia tiene dificultades para relajarse cuando tiene tiempo para usted mismo?	<input type="checkbox"/>				
15. ¿Con qué frecuencia siente que habla demasiado cuando está en reuniones sociales?	<input type="checkbox"/>				
16. Cuando estás en una conversación, ¿con qué frecuencia se descubre a sí mismo terminando las frases de la gente que está hablando, antes de que ellos terminen?	<input type="checkbox"/>				
17. ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para esperar su turno en situaciones en que debe hacerlo?	<input type="checkbox"/>				
18. ¿Con qué frecuencia interrumpe a otros cuando están ocupados?	<input type="checkbox"/>				
<b>SECCIÓN B</b>					

## 5. Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS)

### INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una equis en la casilla correspondiente y número que considere más adecuada según la intensidad del sentimiento. La escala de valoraciones es la siguiente:

		Evaluaciones / preguntas	Nunca	Alguna vez al año o menos	Un vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Un vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

## 6. Cuestionario de Redes de Apoyo Versión Española 6-ítems (SSQ6)

Pregunta	Nada Satisfecho	Poco Satisfecho	Algo Satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
¿Qué tan satisfecho se siente? Contar con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiado					
Contar para ayudarlo a sentirse más relajado cuando está bajo tensión o presión					
Alguien que le acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades					
Contar con alguien para cuidarle, a pesar de todo lo que le está sucediendo					
Alguien que le ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimido					
Alguien que le consuele cuando está muy disgustado					
<b>PUNTUACION:</b>					