

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA COMO HERRAMIENTA PARA  
IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD  
MENTAL DURANTE LA RESIDENCIA MÉDICA**

Por

**DRA. MARCELA AGUILERA BARRAGÁN**

**Como requisito parcial para obtener el Grado de  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

**Febrero 2021**

**“EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA COMO HERRAMIENTA PARA  
IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD  
MENTAL DURANTE LA RESIDENCIA MÉDICA”**

**Aprobación de la tesis:**



---

**Dr. Carlos Augusto López Acevo  
Director de la tesis**



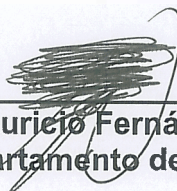
---

**Dr. Alfredo Bernardo Cuellar Barboza  
Coordinador de Enseñanza**



---

**Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe  
Coordinador de Investigación**



---

**Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano  
Jefe Departamento de Psiquiatría**



---

**Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez  
Subdirector de Estudios de Posgrado**

## DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Dedicado a mi familia, que a través de la distancia me han apoyado en todo momento para realizar mis sueños y metas profesionales y personales.

Un especial agradecimiento al Dr. Carlos Augusto López Acevo, quien ha sido guía fundamental y trascendental en el desarrollo del presente trabajo; así mismo le agradezco en gran medida el haberme acompañado en proyectos anteriores sin desistir en la misión pese a las dificultades sorteadas y me permitió continuar desarrollando el presente estudio.

Así mismo, quiero hacer mención por su gran colaboración al equipo de trabajo conformado por el Dr. Gilberto Salas Teniente, la MPSS Leslie Michelle Ruiz Cázares y MIP Robert Retzinger Arriaga, quienes fungieron un papel elemental en el desarrollo del presente estudio.

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
1. RESUMEN .....	12
2. INTRODUCCIÓN .....	15
3. METODOLOGÍA / MATERIAL Y MÉTODOS .....	19
3.1 Hipótesis.....	20
3.2 Hipótesis Nula .....	20
3.3 Objetivo.....	20
3.4 Características y selección de muestra .....	21
3.4.1 Criterios de inclusión.....	21
3.4.2 Criterios de exclusión .....	21
3.4.3 Criterios de eliminación .....	21
3.4.4 Consideraciones éticas.....	21
3.5 Instrumentos.....	22
3.5.1 El Cuestionario sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).....	22
3.5.2 El Inventario de Depresión de Beck (BDI) .....	22
3.5.3 El Inventario de Burnout de Maslach (MBI).....	23
3.5.4 El Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota-2 Forma Reestructurada (MMPI -2RF):.....	24
3.5.5 Cuestionario de Screening McLean (MSI-BPD) .....	27
3.6 Método de análisis de datos .....	28
4. RESULTADOS .....	29
4.0.1 Características de la muestra .....	29
4.1 RESULTADOS DE CADA ESCALA:.....	32
4.1.1 MMPI-2RF .....	32
4.1.2 Inventario de Depresión de Beck .....	38

4.1.3	Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).....	40
4.1.4	Screening de McLean T0 (aplicado previo al inicio de especialidad) .....	42
4.1.5	Inventario de Burnout de Maslach T1 (aplicado al primer año de especialidad) .....	42
4.2	ASOCIACIONES ENTRE ESCALAS EN BASE A MMPI .....	43
4.3	ASOCIACIONES ENTRE ESCALAS EN BASE A GÉNERO .....	46
5.	CONCLUSIONES .....	47
5.1	Observaciones.....	50
5.2	Limitaciones .....	50
6.	REFERENCIAS.....	51
7.	ANEXOS .....	55
• 7.1	Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7).....	55
• 7.2	El Inventario de Depresión de Beck (BDI) .....	56
• 7.3	El Inventario de Burnout de Maslach (MBI).....	59
• 7.4	Cuestionario de Screening McLean (MSI-BDP).....	61
8.	Resumen Autobiográfico.....	62

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
Tabla 1. CR1 - quejas somáticas/vagas de la salud física .....	44
Tabla 2. CR8 - percepciones y pensamientos raros .....	44
Tabla 3. ISU – Ideación suicida o deseos de muerte, intentos suicidas recientes .....	44
Tabla 4. DSM – desconfianza de sí mismo, sentimientos de inutilidad.....	45
Tabla 5. TIM – timidez, tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros .....	45
Tabla 6. DISC-r – Impulsividad revisada, conducta poco controlada .....	45
Tabla 7. Género.....	46

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	Página
Gráfico 1a y 1 b: Prevalencia de tipo de especialidad. ....	31
Gráfico 2. Prevalencia del género según el tipo de especialidad.....	31
Gráfico 3. Prevalencia de resultados positivos en subescalas de MMPI-2-RF.....	38
Gráfico 4. Prevalencia de resultado positivo en Inventario de Depresión de Beck .....	40
Gráfico 5. Prevalencia de resultados positivos en escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada. ....	42
Gráfico 6. Prevalencia de resultados positivos en Screening de McLean T0 y Escala de Burnout de Maslach en T1. ....	43

## NOMENCLATURA

ABS	Abuso de sustancias – mal uso actual o en el pasado de alcohol y drogas
AC/PE	Alteraciones de la conducta/ problemas externalizados, asociados con problemas de conducta donde hay un pobre control de impulsos
AE/PI	Alteración emocional/ problemas internalizados asociados con el estado de ánimo y afectos
AG	Agresión – conducta violenta y agresión física
AGGR-r	Agresividad – revisada, agresión instrumental, dirigida a un objetivo
ANS	Ansiedad – ansiedad persistente, temores, pesadillas frecuentes
AP	Alteración del pensamiento – problemas asociados con trastornos del pensamiento
BDI	Inventario de Depresión de Beck
CR1	Quejas somáticas- quejas vagas acerca de la salud física
CR2	Disminución de emociones positivas: ausencia de respuestas emocionales positivas
CR3	Cinismo – creencias no autorreferenciales que expresan desconfianza y una opinión negativa generalizada de otros
CR4	Conducta antisocial – rompimiento de reglas y conducta irresponsable
CR6	Ideas de persecución – creencias autorreferenciales de que otros representan una amenaza
CR7	Emociones negativas disfuncionales- ansiedad desadaptativa, enojo e irritabilidad



CR8	Experiencias aberrantes – percepciones y pensamientos raros
CR9	Activación hipomaniaca – sobreactivación, agresión, impulsividad y pensamientos de grandeza
CRd	Desmoralización – sentimientos de infelicidad e insatisfacción general
DES	Desapego – aversión a la gente y a estar con ellos
DISC-r	Impulsividad – revisada, conducta poco controlada
DSM	Desconfianza de sí mismo – pérdida de confianza, sentimientos de inutilidad
ESO	Evitación social – evitar o no disfrutar de eventos sociales
EUF	Euforia – periodos de gran energía y actividad
F-r	Respuestas infrecuentes en la población general
Fs	Respuestas infrecuentes somáticas – quejas somáticas infrecuentes en la población médica-pacientes
FVS-r	Validez del síntoma – queja somática y cognitiva asociada con altos niveles de sobre reporte
GAD-7	Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada
IEL	Intereses estéticos – literarios – literatura, música, teatro
IFM	Intereses físico-mecánicos-desarmar y construir cosas, deportes, actividades al aire libre.
Im/D	Impotencia/desesperanza – creencias de que sus metas no serán alcanzadas o que no pueden solucionar sus problemas
INE	Ineficacia – creencia de que se es ineficiente e indeciso
INTR-r	Introversión/disminución de emociones positivas-revisada, retraimiento social, desapego y anhedonia.
INVAR-r	Inconsistencia de las respuestas variables – responder al azar
INVER-r	Inconsistencia de las respuestas “verdadero”- responder de forma fija

ISU	Ideación suicida/deseos de muerte – reportes directos de ideación suicida e intentos de suicidio recientes
K-r	Validez de adaptación – declaración de una buena adaptación psicológica asociada con niveles altos de subreporte
LCM	Limitaciones conductuales por miedos – miedos que inhiben de forma significativa las actividades normales
L-r	Virtudes poco comunes – pretensión de atributos o actividades morales poco comunes
MAL	Malestar – sensación generalizada de debilidad y salud física mala
MBI	Inventario de Burnout de Maslach
MEM	Miedos específicos múltiples – mido a la sangre, al fuego, truenos, etc.
MMPI-2-RF	Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota versión 2
MSI-BPD	Cuestionario de Screening McLean
NEGE-r	Neuroticismo/emocionalidad negativa revisada, ansiedad, inseguridad, preocupación y temores
P/E	Preocupación/estrés – preocupación por desilusiones, dificultad para manejar la presión del tiempo
PCIJ	Problemas de conducta infanto-juveniles – dificultades en la escuela, casa y robos
PFA	Problemas familiares – relaciones familiares conflictivas
PIP	Pasividad interpersonal – ser poco asertivo y sumiso
PSY-5	Escalas de Psicopatología de la Personalidad
PSYC-r	Psicoticismo – revisada, pérdida de contacto con la realidad
QCO	Quejas cognitivas – problemas de memoria, problemas de concentración.
QDC	Quejas de dolor de cabeza – dolor de cabeza y cuello

QGI	Quejas gastrointestinales – náuseas, dolor de estómago frecuente, mal apetito
QNEU	Quejas neurológicas – mareos, debilidad, parálisis, pérdida del equilibrio, etc.
SI	Escala de síntomas inconsistentes
T0	Tiempo 0, al inicio de estudio
T1	Tiempo 1, transcurrido 1 año del inicio de estudio
TEN	Tendencia al enojo – se enoja con facilidad, impaciencia con los otros
TIM	Timidez – tímido, con tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros

## 1. RESUMEN

La depresión, burnout y ansiedad son patologías de muy alta prevalencia durante la residencia, en el cual se ha visto como la residencia es un factor de riesgo para el desarrollo de diversas patologías psiquiátricas.

Estas patologías se han asociado a un peor desempeño laboral durante la residencia y desafortunadamente muchos de estos residentes no son diagnosticados a tiempo, por lo cual es importante establecer estrategias que puedan detectar estas enfermedades a tiempo para su manejo y tratamiento.

Este es un estudio longitudinal que evalúa perfiles de la personalidad y su asociación con depresión, ansiedad y burnout en médicos residentes. Múltiples estudios han identificado diversos factores de riesgo y factores protectores para el desarrollo de estas patologías, parte de estos estudios han observado que el historial previo de depresión, neuroticismo, estado de salud física deficiente se han asociado a mayores niveles de depresión.

Por otro lado, se ha observado en algunos estudios que el mayor aumento de los puntajes de depresión y burnout con respecto a los valores basales, se da durante los primeros 6 meses de la residencia médica. Por lo tanto, se analizaron los perfiles de personalidad y su asociación a depresión, ansiedad y Burnout en residentes y con esto poder prevenir dichas patologías en los residentes.

Se obtuvo una muestra de 499 aspirantes a residencia médica, sin consentimiento informado debido a que se considera el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI 2-RF) parte de su evaluación inicial para la aplicación a la residencia médica. Previo al inicio de la residencia médica los residentes respondieron el MMPI 2-RF, Inventario de Beck, Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada y Cuestionario de screening de McLean; posterior a ello, al finalizar el primer año de residencia, se aplicaron nuevamente Inventario de Depresión de Beck, Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada y se agregará Inventario de Burnout de Maslach. Se observó la

asociación entre perfiles de la personalidad y el desarrollo de depresión, ansiedad y burnout en residentes, además de correlacionar variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, entre otras.

Se seleccionó el inventario MMPI 2 RF debido a ser una de las pruebas psicométricas con un alto estándar de validez y confiabilidad para determinar perfiles de la personalidad, empleando la última versión desarrollada del mismo. Así mismo, el Cuestionario de screening McLean, enfocado en Trastorno Límite de Personalidad

Además, se utilizó el inventario de Depresión de Beck, Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD7) y el inventario de Burnout de Maslach, las cuales son escalas ampliamente usadas en la práctica clínica y que permiten determinar la severidad de los síntomas de las diferentes patologías.

Es importante señalar que a nuestro conocimiento no se ha visto un estudio que haya utilizado el inventario de MMPI 2 RF para evaluar residentes médicos, no obstante, diversos estudios han observado la asociación entre ciertos rasgos de la personalidad y el desarrollo de ansiedad, depresión y burnout en residentes.

En cuanto a los resultados, se encontraron prevalencias similares a las descritas en la literatura respecto a depresión, ansiedad y burnout en muestras similares. La subescala de MMPI-2-RF que mayor asociación tuvo con depresión y ansiedad fue CR1 (quejas somáticas/vagas de la salud física) e ISU (ideación suicida o deseos de muerte, intentos suicidas recientes); y con la presencia de ansiedad asoció así mismo DISC-r (Impulsividad-revisada/ conducta poco controlada), DSM (desconfianza de sí mismo/sentimientos de inutilidad) y CR8 (percepciones y pensamientos raros). Ninguna subescala de MMPI-2-RF se asoció con la presencia de Burnout al primer año de especialidad, pero sí con resultado positivo en las subescalas de Despersonalización y Agotamiento Emocional por separado; siendo DISC-r Impulsividad-revisada/conducta poco controlada para Agotamiento Emocional y DSM-desconfianza de sí mismo/sentimientos de inutilidad para Despersonalización.

Las subescalas que se asociaron a tener Trastorno Límite de Personalidad (McLean positivo) fueron tener desconfianza de sí mismo y sentimientos de inutilidad (DSM en MMPI-2-RF), así como la timidez y la tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros (TIM en MMPI-2-RF).

Será necesario ampliar ampliar la presente investigación en un futuro para examinar los cambios en presentación de depresión, ansiedad y burnout conforme los residentes avanzan en la especialidad, así como los posibles efectos de esto en el desempeño laboral y la calidad de atención ofrecida.

## 2. INTRODUCCIÓN

El burnout, depresión y ansiedad son problemas muy prevalentes en la población general. Es conocido que las características de la personalidad y la predisposición a trastornos mentales son factores relevantes en el desarrollo de trastornos mentales.

El ejercer una profesión médica suele atraer individuos psicológicamente vulnerables (Vaillant, GE, Sobowale, NC y McArthur, 1972); así mismo se ha demostrado que la psicometría es útil para predecir algunos aspectos de rendimiento en medicina y que médicos con altos niveles de autocrítica pueden estar en mayor riesgo emocional (Cording & Ginsburg, 2003).

El periodo de especialidad médica es conocido de ser una causa potencial de burnout, debido a que los residentes son jóvenes, tienen poca experiencia profesional y mantienen largas jornadas enfocadas en cuidado de pacientes con condiciones serias y con altos niveles de responsabilidad (Esquivel et al., 2009). En la población de residentes se observa una mayor incidencia de burnout que fluctúa desde 27% - 75% dependiendo de la especialidad con una media del 50% (IsHak et al., 2009a).

Se ha observado que los puntajes de la escala de Maslach tanto en agotamiento emocional, despersonalización y realización personal aumentan significativamente durante los primeros 6 meses de la residencia y se ha observado una estabilización de los puntajes posterior a este momento de la residencia. En otra cohorte de residentes se ha observado un mayor aumento de la escala de Maslach en agotamiento emocional en el primer año de residencia, que posteriormente decrece en el tercer año del entrenamiento. (Campbell et al., 2010)

Diferencias en cuanto a género han sido contrastantes mientras algunos estudios determinan que las mujeres puntúan mucho menor en la escala de Maslach, otros estudios determinan lo contrario. (IsHak et al., 2009a).

El estilo de vida desorganizado, menor presencia de feedback por mes y la soledad se ha vinculado con mayor incidencia de burnout (Ripp et al., 2011; Shapiro et al., 2015) por otro lado la paternidad, pasar tiempo con pareja, tener un padre médico, el ejercicio físico, meditación son factores protectores para el burnout y además se ha visto que residentes formados fuera de EUA, que realizan su entrenamiento en EUA tienen menor incidencia de burnout. (IsHak et al., 2009a)(Esquivel et al., 2009; IsHak et al., 2009b). Se ha encontrado, sin embargo, información controversial en que se asocia el tener una relación de pareja y género masculino con mayor prevalencia de Burnout (Takayesu et al., 2014).

La propia percepción de un error médico se ha asociado con incremento de 4.58 puntos en el agotamiento emocional de la escala de Maslach y con un aumento de momios de 3.29 para resultado positivo en el cribaje de depresión. Disminución de empatía y un aumento en los niveles de burnout en todos los dominios se ha asociado también a un aumento de la percepción de errores propios en los siguientes 3 meses. Asimismo, incremento en la satisfacción personal, emotividad empática y empatía cognitiva se ha asociado a una disminución de la percepción de errores propios en los 3 meses siguientes. (West et al., 2006)

En un estudio realizado a residentes en Medicina de Urgencias realizado en el 2014 en EUA, no se encontró asociación entre niveles elevados de burnout y nivel de entrenamiento, factores demográficos, relaciones laborales, sensación de bienestar y retos laborales; sin embargo, sí se asoció el burnout a menor calificación de satisfacción laboral en autonomía administrativa, autonomía clínica y satisfacción laboral global. (Takayesu et al., 2014)

La prevalencia de la depresión en residentes es de 28.8% (Mata et al., 2015) y otros estudios oscilando de 1% -56% (Joules et al., 2014). Se ha observado que la mayor prevalencia de depresión se presenta en el primer año de internado con 28%, disminuyendo esta prevalencia al 21% en el segundo año y en el tercer año al 10% (Joules et al., 2014). Comparando con estudiantes de medicina que se ha observado una prevalencia de 27.2% por lo cual se observa que la prevalencia de depresión es un problema que atañe a la formación médica (Rotenstein et al., 2016). En otro estudio se ha observado que los valores de la escala PHQ9 previo al internado aumentan de 2.4 a 6.4.



En una cohorte de residentes de medicina interna que se utilizaba la escala de POMS (profile mood state) e IRI (interpersonal reactivity index), se observó que las subescalas de depresión-desaliento, ira-hostilidad, vigor-actividad y fatiga inercia eran estadísticamente significativas. En las cuales se observaba una mayor diferencia en los puntajes en los primeros 6 meses. La subescala de depresión-desaliento mejoraba en el segundo y tercer año hasta el punto de no haber diferencia en relación a los valores basales. Empero la escala de ira-hostilidad y fatiga-inercia a pesar de mejorar en los últimos dos años de la residencia se mantenían por encima sus valores respecto a los valores basales. El fenómeno inverso se veía en la escala de vigor-actividad en la cual los valores basales disminuían en los primeros 6 meses y comenzaba a aumentar al final de año con una diferencia mínima al finalizar los dos años. (L.M. et al., 2005).

Se han correlacionado diferentes variables con la presencia de síntomas depresivos entre las cuales destacan: mayor neuroticismo, historia previa de depresión, menores valores basales de síntomas depresivos, un difícil entorno familiar temprano y educación médica en estados unidos, una infancia infeliz y estado de salud físico. Además, se ha visto que la genética también juega un rol importante, en el cual entre europeos-americanos que poseen un alelo menor funcionantes 5 HTTPLRS reportaban mayores incrementos que los sujetos con dos alelos altamente funcionantes (Joules et al., 2014; Sen et al., 2010). El incremento de la media absoluta en los síntomas depresivos con el inicio de la residencia es de 15.8% con un riesgo relativo de 4.5 (Mata et al., 2015). Por otro lado, estos mismos síntomas depresivos han llevado a ideación suicida en algunos pacientes. Se estima que factores protectores de ideación suicida en residentes es la presencia de hijos, además de liderazgo se ha visto que es un factor entre residentes, por otro lado, el desinterés en el trabajo se ha visto relacionado con ideación suicida tanto en residentes como en médicos graduados, así como haber sido acosado en el trabajo se ha relacionado con un aumento de la ideación suicida. (Eneroth et al., 2014).

Además, la ansiedad es otra patología que afecta a los residentes durante la especialidad, en el cual se ha reportado que 41.31% de residentes presentan indicadores de ansiedad. Asimismo, la ansiedad, se ha visto asociada con mayor incidencia de depresión y burnout en residentes. (Pereira-Lima & Loureiro, 2015).

El MMPI es uno de los instrumentos psicométricos más utilizados, actualizados y validados para la evaluación de personalidad y psicopatología (Camara et al., 2000; Odland et al., 2011; Sellbom, 2019). Sin embargo, no existen cohortes que investiguen su utilidad para identificar residentes en riesgo de desarrollar patología mental.

En la literatura revisada no se encontraron estudios que usaran dicha escala en población de residentes, no obstante, se ha utilizado esa misma escala en población de enfermería. En dicho estudio de prevalencia las patologías más comunes encontradas fueron somatización e histeria. Por lo cual es un área de oportunidad el poder aplicar la escala de MMPI en población de residentes. (Kashani et al., 2017).

Se ha observado que durante la especialidad médica existe una mayor incidencia trastornos mentales y se ha visto la residencia como un factor de riesgo para el desarrollo de dichas patologías psiquiátricas.

Es por ello, la importancia de poder detectar tempranamente estos casos y poder establecer estrategias para su tratamiento aunado a que dichas patologías se asocian a un peor desempeño laboral.

En el presente estudio se buscó evaluar la asociación de perfiles de personalidad, estado de ánimo en residentes, burnout y su desarrollo a lo largo de la residencia, enfocándonos en el primer año de la misma. Se empleó la versión más reciente del MMPI, siendo MMPI-2-RF.

Dado que el presente estudio se enfocó en los puntajes obtenidos previo al inicio de especialidad y aquellos obtenidos al término del primer año de residencia, el seguimiento de estos casos se considerará para investigaciones futuras.

### 3. METODOLOGÍA / MATERIAL Y MÉTODOS

Este es un estudio descriptivo de cohorte retrospectivo y prospectivo en el cual se evalúa a los candidatos a residencia que aplicaron a cualquier especialidad médica del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en el 2017 y que fueron seleccionados para iniciar dicho entrenamiento.

Para medidas basales se tomaron en cuenta en esta evaluación inicial el Inventario de Depresión de Beck y Cuestionario sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada. Dicha evaluación psicométrica se aplicó a través de una computadora previa al inicio de la residencia médica, obteniendo así los valores basales de sintomatología depresiva, ansiosa, y perfiles de personalidad. Además, se recaudó información de variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil y especialidad médica.

Posteriormente, los residentes se evaluaron con escalas de medición de: ansiedad, depresión y burnout que se aplicarán al término del primer, segundo, tercero y cuarto año de la residencia médica como parte de la evaluación para acceder a la promoción de año. Para fines del presente estudio únicamente nos enfocamos en los resultados obtenidos previo al inicio de especialidad y los obtenidos al término del primer año de especialidad.

Se evaluó de manera estadística las diferencias entre los perfiles de personalidad, escala de contenidos, escala de validez, escalas clínicas del MMPI-2-RF, McLean y su relación con la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa y burnout, así como su severidad. Se realizó la correlación de las variables clínicas con los datos sociodemográficos.

Durante el estudio, se refiere como T0 (tiempo cero) a lo evaluado antes del inicio de especialidad, y T1 (tiempo uno) a lo correspondiente al término del primer año de residencia.

### 3.1 Hipótesis

El MMPI-2-RF evalúa factores psicométricos que se asocian a desarrollo de patología psiquiátrica durante la residencia médica.

### 3.2 Hipótesis Nula

Los factores psicométricos evaluados por el MMPI-2-RF no se asocian al desarrollo de patología psiquiátrica durante la residencia médica

### 3.3 Objetivo

Utilizar una cohorte retrospectiva y prospectiva de evaluaciones psicométricas de candidatos a residencia y residentes del hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" para evaluar la asociación de perfiles de personalidad del MMPI y estado de ánimo con el desarrollo de psicopatología durante la residencia.

#### Objetivos Especificos

- Evaluar los perfiles de personalidad a través del inventario MMPI-2-RF en los residentes y candidatos a residentes del hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
- Evaluar los perfiles de personalidad de los residentes y su asociación con síntomas de burnout
- Evaluar los perfiles de personalidad de los residentes y su asociación con trastorno de ansiedad generalizada y la severidad de los síntomas
- Evaluar los perfiles de personalidad de los residentes y su asociación con depresión mayor y la severidad de los síntomas
- Describir las características clínicas y sociodemográficas de los residentes del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"
- Evaluar las escalas clínicas y de contenido del MMPI-2-RF y su asociación con depresión mayor en residentes
- Evaluar las escalas clínicas y de contenido del MMPI-2-RF y su asociación con trastorno de ansiedad generalizada en residentes

- Evaluar las escalas clínicas y de contenido del MMPI-2-RF y su asociación con Burnout en residentes

### 3.4 Características y selección de muestra

N: 499 Aspirantes a residencia médica

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de todos los candidatos a residentes de todas las especialidades del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

#### 3.4.1 Criterios de inclusión

- Candidatos a residentes que aplicaron a cualquier especialidad médica en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en el 2017 y hayan sido seleccionados para iniciar la especialidad en el año 2018.

#### 3.4.2 Criterios de exclusión

- Incapacidad para hablar español.
- Incapacidad para comprender o falta de deseo de contestar las diferentes escalas.
- Aspirantes que no hayan sido seleccionados para iniciar especialidad médica
- Aspirantes hayan sido seleccionados para iniciar la especialidad médica, pero que no hayan respondido correctamente las escalas, hayan dejado respuestas en blanco o cuyas respuestas en las escalas MMPI-2-RF no cumplan los criterios de validez.

#### 3.4.3 Criterios de eliminación

- Residentes que no terminen la residencia médica (Aunque la información recolectada y analizada sí podrá ser utilizada en el estudio).

#### 3.4.4 Consideraciones éticas

El consentimiento informado no se requirió debido a que la evaluación psicométrica, test de McLean y el MMPI-2-RF son parte de la evaluación inicial de todo candidato a

residente del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”; así mismo, las evaluaciones de depresión, ansiedad y burnout son parte del examen para promoción de año.

En los casos de que en alguna de las pruebas se mostraron datos importantes que pusieran en riesgo la integridad del sujeto de estudio (ideación suicida activa y/o sintomatología clínica severa de la enfermedad) que requiriese un manejo en forma urgente, la Subdirección de Posgrado se encargó de contactar a la brevedad a un médico y se informó al individuo en cuestión de esta situación con quien se definió el manejo.

### 3.5 Instrumentos

#### **3.5.1 El Cuestionario sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)**

- Es una escala unidimensional autoadministrable diseñada para evaluar la presencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada, como es descrito en el DSM-V.
- El resultado del GAD-7 se calcula sumando las respuestas de cada ítem. Los puntajes de todos los ítems van del 0 (nunca) al 3 (casi todos los días). Por ende, el resultado total tiene un rango del 0 al 21 y puede ser categorizado a cuatro grupos de severidad: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y severo (14-20).
- Esta escala se encuentra en la sección de Anexos al final de este documento
- Para fines del presente estudio, se consideró ansiedad presente a partir del puntaje total correspondiente a un episodio leve

#### **2.5.2 El Inventario de Depresión de Beck (BDI)**

- Escala auto aplicable, que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple con 4 reactivos (0-3). Este método se utiliza para evaluar la presencia y

severidad de síntomas depresivos presentados por la persona a partir de 2 semanas antes a la fecha.

- Mientras más puntaje obtenga la persona, mayor severidad de síntomas depresivos tiene. Se suma el puntaje de los reactivos, en un rango del 0 al 63, resultando una interpretación que va de: depresión mínima 0-13 puntos, depresión leve de 14 a 19 puntos, depresión moderada de 20 a 28 puntos y depresión grave con >29 puntos.
- Esta escala se encuentra en la sección de Anexos al final de este documento
- Para fines del presente estudio, se consideró depresión presente a partir del puntaje total correspondiente a un episodio leve

### **3.5.3 El Inventario de Burnout de Maslach (MBI)**

- Contiene 22 preguntas que miden el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
- Se pondera en una escala Likert de 7 puntos para describir la frecuencia de experiencias emocionales relacionadas con el trabajo. Se suma el puntaje de los reactivos de las diferentes subescalas:
  - Subescala de Agotamiento Emocional: consta de 9 preguntas en un rango 0- 54 puntos. Se considera en promedio 19-26 puntos y un puntaje alto se considera  $\geq 27$  puntos.
  - Subescala de Despersonalización: está formada por 5 reactivos en un rango de 0-30 puntos. El promedio es de 6-9 puntos y un puntaje alto se considera  $\geq 10$  puntos.
  - Subescala de Realización Personal: se compone de 8 reactivos en un rango de 0-48puntos.. Se considera promedio 39-34 puntos y un puntaje bajo se considera  $\leq 33$  puntos.
- Puntuaciones altas en las dos primeras subescalas (Agotamiento Emocional y Despersonalización) y baja en la tercera (Realización Personal) definen el síndrome de Burnout.
- Esta escala se encuentra en la sección de Anexos al final de este documento

### 3.5.4 El Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota-2

#### Forma Reestructurada (MMPI -2RF):

- Es una versión revisada de 338 reactivos de los 567 que conforman al MMPI-2 (Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2), que fue diseñado para proporcionar una evaluación exhaustiva y eficiente de las variables clínicas relevantes.
- Se divide en diversas escalas como escalas de validez y clínicas, siendo 51 escalas en total.
- Esta versión reestructurada del MMPI incluye 8 escalas de validez y 28 escalas sustantivas adicionales (3 Escalas de Orden Superior, 23 de Problemas Específicos y 2 de Intereses). Así mismo incluye las escalas del modelo PSY-5 desarrollado por Harkness y Mc Nulty para representar la mayoría de las dimensiones de personalidad patológica.
- Las escalas de validez se subdividen en:
  - INVAR-r: Inconsistencia de las respuestas variables – responder al azar
  - INVER-r: Inconsistencia de las respuestas “verdadero”- responder de forma fija
  - F-r: Respuestas infrecuentes en la población general
  - Fs: Respuestas infrecuentes somáticas – quejas somáticas infrecuentes en la población médica-pacientes
  - FVS-r: Validez del síntoma – queja somática y cognitiva asociada con altos niveles de sobre reporte
  - SI: Escala de síntomas inconsistentes
  - L-r: Virtudes poco comunes – pretensión de atributos o actividades morales poco comunes
  - K-r: Validez de adaptación – declaración de una buena adaptación psicológica asociada con niveles altos de subreporte
- Las escalas de Orden Superior se subdividen en:
  - AE/PI: Alteración emocional/ problemas internalizados asociados con el estado de ánimo y afectos
  - AP: Alteración del pensamiento – problemas asociados con trastornos del pensamiento



- AC/PE: Alteraciones de la conducta/ problemas externalizados, asociados con problemas de conducta donde hay un pobre control de impulsos
- Las escalas Clínicas Reestructuradas se subdividen en:
  - CRd: Desmoralización – sentimientos de infelicidad e insatisfacción general
  - CR1: Quejas somáticas- quejas vagas acerca de la salud física
  - CR2: Disminución de emociones positivas: ausencia de respuestas emocionales positivas
  - CR3: Cinismo – creencias no autorreferenciales que expresan desconfianza y una opinión negativa generalizada de otros
  - CR4: Conducta antisocial – rompimiento de reglas y conducta irresponsable
  - CR6: Ideas de persecución – creencias autorreferenciales de que otros representan una amenaza
  - CR7: Emociones negativas disfuncionales- ansiedad desadaptativa, enojo e irritabilidad
  - CR8: Experiencias aberrantes – percepciones y pensamientos raros
  - CR9: Activación hipomaniaca – sobreactivación, agresión, impulsividad y pensamientos de grandeza
- Las escalas de Problemas Específicos se subdividen en:
  - Escalas de Problemas Somáticos/Cognitivos
    - MAL: Malestar – sensación generalizada de debilidad y salud física mala
    - QGI: Quejas gastrointestinales – náuseas, dolor de estómago frecuente, mal apetito
    - QDC: Quejas de dolor de cabeza – dolor de cabeza y cuello
    - QNEU: Quejas neurológicas – mareos, debilidad, parálisis, pérdida del equilibrio, etc.
    - QCO: Quejas cognitivas – problemas de memoria, problemas de concentración.
  - Escalas de Problemas Internalizados

- ISU: Ideación suicida/deseos de muerte – reportes directos de ideación suicida e intentos de suicidio recientes
- Im/D: Impotencia/desesperanza – creencias de que sus metas no serán alcanzadas o que no pueden solucionar sus problemas
- DSM: Desconfianza de sí mismo – pérdida de confianza, sentimientos de inutilidad
- INE: Ineficacia – creencia de que se es ineficiente e indeciso
- P/E: Preocupación/estrés – preocupación por desilusiones, dificultad para manejar la presión del tiempo
- ANS: Ansiedad – ansiedad persistente, temores, pesadillas frecuentes
- TEN: Tendencia al enojo – se enoja con facilidad, impaciencia con los otros
- LCM: Limitaciones conductuales por miedos – miedos que inhiben de forma significativa las actividades normales
- MEM: Miedos específicos múltiples – miedo a la sangre, al fuego, truenos, etc.
- Escalas de Problemas Externalizados
  - PCIJ: Problemas de conducta infanto-juveniles – dificultades en la escuela, casa y robos
  - ABS: Abuso de sustancias – mal uso actual o en el pasado de alcohol y drogas
  - AG: Agresión – conducta violenta y agresión física
  - EUF: Euforia – periodos de gran energía y actividad
- Escalas de Problemas Interpersonales
  - PFA: Problemas familiares – relaciones familiares conflictivas
  - PIP: Pasividad interpersonal – ser poco asertivo y sumiso
  - ESO: Evitación social – evitar o no disfrutar de eventos sociales

- TIM: Timidez – tímido, con tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros
- DES: Desapego – aversión a la gente y a estar con ellos
- Escalas de Intereses Específicos
  - IEL: Intereses estéticos – literarios – literatura, música, teatro
  - IFM: Intereses físico-mecánicos-desarmar y construir cosas, deportes, actividades al aire libre.
- Las Cinco Escalas de Psicopatología de la Personalidad (PSY-5) son:
  - AGGR-r: Agresividad – revisada, agresión instrumental, dirigida a un objetivo
  - PSYC-r: Psicoticismo – revisada, pérdida de contacto con la realidad
  - DISC-r: Impulsividad – revisada, conducta poco controlada
  - NEGE-r: Neuroticismo/emocionalidad negativa revisada, ansiedad, inseguridad, preocupación y temores
  - INTR-r: Introversión/disminución de emociones positivas-revisada, retraimiento social, desapego y anhedonia.
- Las puntuaciones en esta escala son medidas en base a lo sugerido en el manual de interpretación de la prueba (Ben-Porath Yossef S., 2015). Para fines del presente estudio, se considera positivo a partir del mínimo puntaje T requerido en cada subescala.
- Se omite la presentación de esta escala en el presente documento debido a la extensión de la misma.

### 3.5.5 Cuestionario de Screening McLean (MSI-BPD)

- MSI-BPD por sus siglas en inglés; The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (Zanarini et al., 2003), en su versión validada para población hispanoparlantes (Soler et al., 2016)
- Es un cuestionario autoinformado de 10 ítems que permite detectar la presencia de trastorno límite de la personalidad de forma fiable y rápida

- Las respuestas son dicotómicas (verdadero-falso) aplicables al último año
- Incluye un ítem por cada uno de los 8 primeros criterios del DSM-IV y DSM-V para el trastorno límite de personalidad y 2 ítems para el noveno criterio de paranoia/disociación
- La puntuación corte óptima se considera 7; para fines del presente estudio se considera resultado “positivo” en aquellos que puntúen 7 o más.
- Esta escala se encuentra en la sección de Anexos al final de este documento

### 3.6 Método de análisis de datos

Se recolectaron los datos en bruto de los instrumentos aplicados en ambos tiempos del estudio y posteriormente fueron enviados a una ubicación central donde fueron codificados y convertidos a una hoja de Excel. Se dicotomizaron las respuestas en las distintas escalas como si/no y se asignó puntuación acorde con lo respectivo en cada escala.

Las variables a estudiar fueron los componentes de MMPI-2-RF, las subescalas del MSI-BPD y resultado total del mismo en T1, BDI T0 y T1, gravedad BDI T0 y T1, GAD-7 T0 y T1, gravedad GAD-7 T0 y T1, McLean T0, persistencia de depresión, empeoramiento de depresión, persistencia de ansiedad, empeoramiento de ansiedad, ausencia de depresión, ausencia de ansiedad, remisión de depresión, y remisión de ansiedad. Los datos demográficos a estudiar fueron género, edad, estado civil y tipo de especialidad.

Se realizaron correlaciones entre los datos demográficos y las variables obtenidas en cada escala utilizando prueba de chi-cuadrada de Pearson, con corrección de continuidad y razón de verosimilitud; aplicando prueba exacta de Fisher en aquellos casos que se requirió mayor precisión porque el número de eventos esperado por nivel fue pequeño. Se definió significancia estadística con  $p < 0.05$ . Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico R versión 3.6.3

## 4. RESULTADOS

### 4.0.1 Características de la muestra

La N inicial fue de 499 aspirantes a residencia médica que aplicaron en el 2017 al Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". De éstos, se eliminaron 405 que no fueron aceptados para iniciar la residencia; por lo que la N se redujo a 94 sujetos elegibles. Posteriormente, se excluyeron 32 participantes por no haber completado las escalas de medición requeridas en el presente estudio, o porque sus respuestas no cumplieron con los criterios de validez necesaria. Finalmente, la población a estudiar fue de 62 aspirantes a residencia médica.

La edad media fue de 26.53 (Desviación 1.183); siendo la máxima de 30 años y mínima de 25 años. Un 61.3% son de género masculino (N=38), mientras que 38.7% son de género femenino (N=24). La edad media del género masculino fue de 26.45 (mínima 25, máxima 29; Desviación 1.155). La edad media del género femenino fue de 26.67 (mínima 25, máxima 30; Desviación 1.239). Del total, un 96.8% (N=60) es soltero y el 3.2% restante (N=2) es casado. De los hombres, un 94.7% (N=36) es soltero y un 5.3% (N=2) es casado. El 100% de las mujeres son solteras. Véanse estos datos en la Tabla 1.

Género	Prevalencia	Edad media	Estado civil
Masculino	61.3% (N=38)	26.45 (mínima 25, máxima 29; Desviación 1.155)	Soltero 94.7% (N=36)
			Casado 5.3% (N=2)
Femenino	38.7% (N=24)	26.67 (mínima 25, máxima 30; Desviación 1.239)	Soltero 100% (N=24)
			Casado 0%

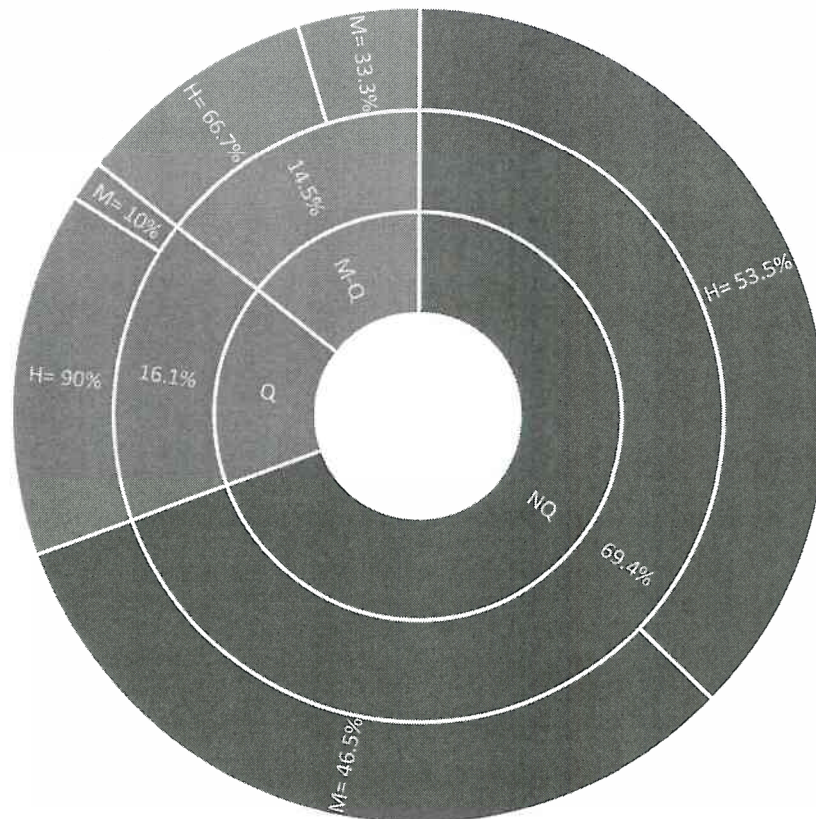
Tabla 1: Datos sociodemográficos

Referente a la distribución de especialidades, se decidió dividir las entre No Quirúrgicas (Psiquiatría, Pediatría, Radio-oncología, Dermatología, Geriatría, Medicina del deporte,

Genética, Medicina Familiar, Medicina Interna, Neumología y Anestesiología), Quirúrgicas (Traumatología, Neurocirugía, Cirugía General) y Médico-Quirúrgicas (Urología, Ginecología, Otorrinolaringología); siendo un 69.4% (N=43), 16.1% (N=10) y 14.5% (N=9) respectivamente.

En las especialidades No quirúrgicas (N=43), 53.5% equivale a hombres (N=23) y 46.5% (N=20) a mujeres. En las especialidades Quirúrgicas (N=10), 90% (N=9) equivale a hombres y 10% (N=1) a mujeres. En las especialidades Médico-Quirúrgicas (N=9), 66.7% (N=6) equivale a hombres y 33.3% (N=3) a mujeres. Esto se ilustra en los siguientes gráficos.

Prevalencia de tipo de especialidad y distribución de género  
Gráfico 1 a



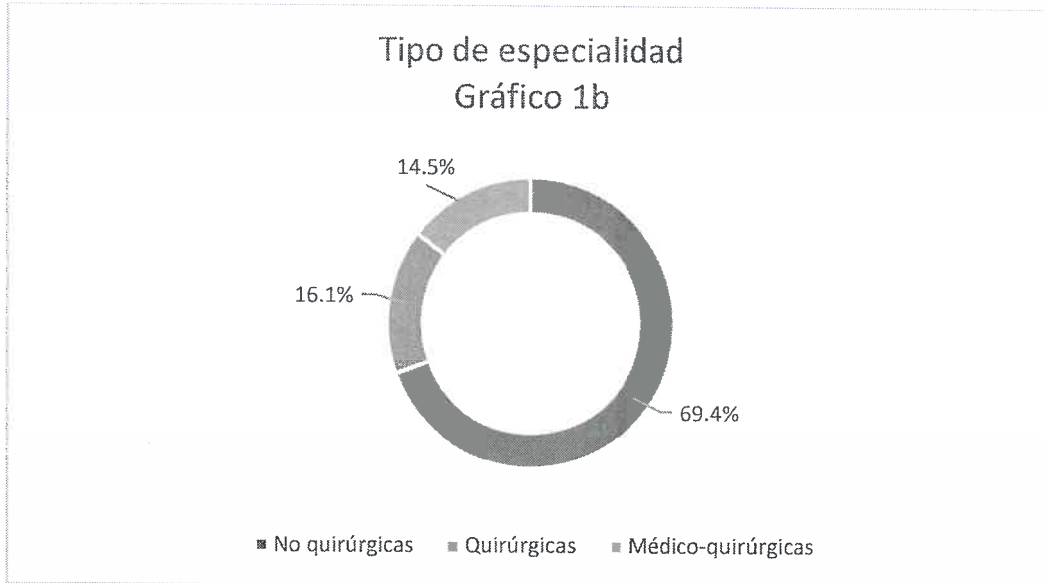


Gráfico 1a y 1 b: Prevalencia de tipo de especialidad.

Abreviaturas: NQ= No quirúrgicas; Q= Quirúrgicas; M-Q= Médico-Quirúrgicas; H= Hombres; M= Mujeres.

Del género masculino (N=38), un 60.5% (N=23) se encuentra en especialidades No quirúrgicas; un 23.7% (N=9) en Quirúrgicas, y un 15.8% (N=6) en médico-quirúrgicas. Del género femenino (N=24), un 83.3% (N=20) se encuentra en especialidades No quirúrgicas; un 4.2% (N=1) en Quirúrgicas, y un 12.5% (N=3) en Médico-Quirúrgicas. Se ilustra en el siguiente gráfico lo previamente descrito:

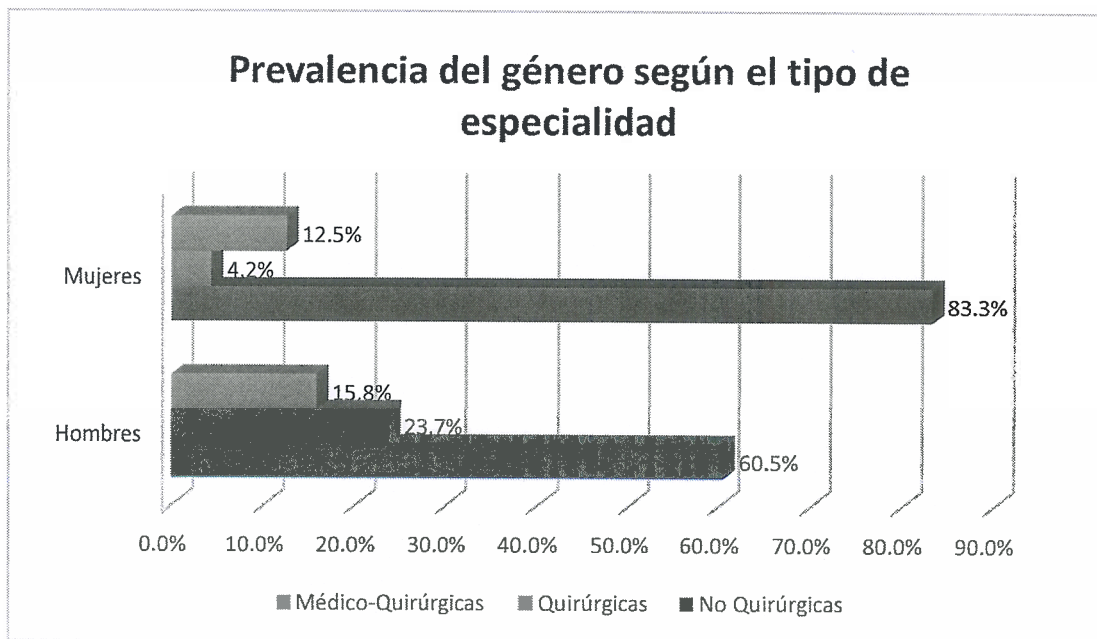


Gráfico 2. Prevalencia del género según el tipo de especialidad

## 4.1 RESULTADOS DE CADA ESCALA:

### 4.1.1 MMPI-2RF

Se encontraron resultados positivos relevantes en las siguientes subescalas, descartándose el resto de subescalas por no tener significancia estadística. Se anexa gráfico 3 con los correspondientes resultados.

- Escalas clínicas reestructuradas:
  - CR1 Quejas somáticas- quejas vagas acerca de la salud física
    - Prevalencia 1.6% (N=1), correspondiente al 4.2% (N=1) del género femenino
    - Según la puntuación en esta escala, a mayor puntuación se puede reflejar incremento de problemas de salud real, sin embargo, también mayor probabilidad de que los factores psicológicos desempeñen al menos algún papel en los síntomas somáticos reportados. Se correlaciona empíricamente con: tendencia a preocuparse por la salud física, propensión a desarrollar síntomas físicos en respuesta al estrés; existencia de un componente psicológico en sus quejas; quejas de fatiga; autodescripción de múltiples quejas somáticas. Sin embargo, es probable que rechace las interpretaciones psicológicas a sus quejas somáticas.
  - CR7 Emociones negativas disfuncionales - ansiedad desadaptativa, enojo e irritabilidad
    - Prevalencia 11.3% (N=7); correspondientes al 10.5% (N=4) del género masculino y 12.5% (N=3) del género femenino
    - Las puntuaciones elevadas en esta escala se han relacionado con un incremento en el riesgo de ansiedad relacionada con psicopatología. Se correlaciona empíricamente con: ser inhibido conductualmente debido a las emociones negativas, experimentar ideación intrusiva, tendencia a la ira, reaccionar al estrés de forma marcada, presentar problemas de sueño incluyendo pesadillas, preocupación en exceso, rumiación



obsesiva, percibir a los otros como demasiado críticos, ser autocrítico y propenso a culparse.

- CR8 Experiencias aberrantes - percepciones y pensamientos raros
  - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondientes al 2.6% (N=1) del género masculino
  - Las puntuaciones elevadas en esta escala están asociadas de manera empírica con síntomas de trastornos psicóticos; mientras que puntuaciones altamente elevadas indican la posibilidad de un pensamiento considerablemente desorganizado. Se correlaciona empíricamente con experimentar desorganización de pensamiento, emplear un pensamiento no realista, creencia de tener habilidades perceptuales-sensoriales poco comunes. Las experiencias aberrantes pueden incluir ilusiones somáticas, ser inducidas por sustancias, incluir alucinaciones auditivas y/o visuales, así como ideas delirantes de persecución como la telepatía y la lectura de mente. La prueba de realidad puede estar significativamente dañada y experimentar un deterioro significativo en su funcionamiento ocupacional e interpersonal en caso de las puntuaciones más elevadas.
- Escalas de Problemas Específicos
  - Escalas de Problemas Somáticos/Cognitivos
    - QDC Quejas de dolor de cabeza, dolor de cabeza y cuello
      - Prevalencia 4.8% (N=3); correspondiente al 12.5% (N=3) del género femenino
      - Puntuaciones elevadas en esta escala se asocian con la preocupación sobre problemas relacionados con el dolor, y con características de un trastorno somatoforme. Se correlaciona empíricamente con: presentar múltiples quejas somáticas, tendencia a desarrollar síntomas físicos como respuesta al estrés, preocuparse por problemas físicos de salud, quejarse de dolores de cabeza/dolor crónico/dificultad para concentrarse.
    - QNEU Quejas neurológicas, – mareos, debilidad, parálisis, pérdida del equilibrio, etc.

- Prevalencia 3.2% (N=2); correspondientes al 2.6% (N=1) del género masculino y 4.2% (N=1) del género femenino
  - Se correlaciona empíricamente con: presentar múltiples quejas somáticas, preocupaciones por la salud física, propensión a desarrollar síntomas físicos en respuesta al estrés, siendo probable que presente: mareos/dificultades en la coordinación/problemas sensoriales.
- Escalas de Problemas Internalizados
- ISU Ideación suicida / Deseos de muerte, – reportes directos de ideación suicida e intentos de suicidio recientes
    - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondientes al 4.2% (N=1) del género femenino
    - Se correlaciona empíricamente con: preocupación por el suicidio y la muerte, correr el riesgo de intento de suicidio, intentos de suicidio recientes, impotencia y desesperación.
  - DSM Desconfianza de sí mismo, – pérdida de confianza, sentimientos de inutilidad
    - Prevalencia 4.8% (N=3); correspondientes al 5.3% (N=2) del género masculino y 4.2% (N=1) del género femenino
    - Las puntuaciones elevadas en esta escala se asocian con sentimientos de inferioridad, inseguridad y menosprecio. Se correlaciona empíricamente con tendencia a presentar ideas obsesivas, autocastigo.
  - INE Ineficacia – creencia de que se es ineficiente e indeciso
    - Prevalencia 6.5% (N=4), correspondientes al 5.3% (N=2) del género masculino y 8.3% (N=2) del género femenino
    - En esta escala se describen creencias relacionadas con la incapacidad para tomar decisiones y manejar de manera adecuada las pequeñas y grandes crisis. Las puntuaciones elevadas indican que, ante las dificultades, el sujeto se muestra pasivo y carece de autoconfianza. Se correlaciona empíricamente con ser pasivo y poca probabilidad de ser autosuficiente.



- Puntuaciones elevadas se asocian con introversión social e inhibición, así como con dificultades para establecer relaciones cercanas. Se correlaciona positivamente con ser introvertido, tener dificultades para establecer relaciones cercanas y ser emocionalmente inhibido.
  - TIM Timidez– tímido, con tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros
    - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondientes al 2.6% (N=1) del género masculino
    - Una puntuación elevada se asocia con introversión social e inhibición, sentimientos de ansiedad en situaciones sociales y con la posibilidad de que el sujeto cubra los criterios diagnósticos de fobia social. Se correlaciona empíricamente con ser ansioso en general.
  - DES Desapego– aversión a la gente y a estar con ellos
    - Prevalencia 8.1% (N=5); correspondientes al 10.5% (N=4) del género masculino y 4.2% (N=1) del género femenino
    - Puntajes elevados se asocian con características asociales. En puntuaciones altamente elevadas se tiene que evaluar la presencia de trastorno de personalidad esquizoide.
- Escalas de Intereses Específicos
  - IEL Intereses estéticos literarios– literatura, música, teatro
    - Prevalencia 9.7% (N=6); correspondientes al 5.3% (N=2) del género masculino y 16.7% (N=4) del género femenino
    - Puntuaciones elevadas están asociadas con empatía y sensibilidad.
  - IFM Intereses físico-matemáticos-desarmar y construir cosas, deportes, actividades al aire libre.
    - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondientes al 2.6% (N=1) del género masculino
    - Puntuaciones elevadas indican que el evaluado disfruta de la aventura y de la sensación de búsqueda
- Escalas de Psicopatología de la Personalidad (PSY-5)

- AGGR-r Agresividad-revisada, agresión instrumental, dirigida a un objetivo
  - Prevalencia 4.8% (N=3); correspondientes al 2.6% (N=1) del género masculino y 8.3% (N=2) del género femenino
  - Se correlaciona de manera negativa con la dimensión de Amabilidad en el modelo de los 5 factores de personalidad. Puntuaciones elevadas se asocian con características de trastornos del grupo B del DSM-V. Se correlaciona empíricamente con: ser asertivo y socialmente dominante, involucrarse en conductas agresivas instrumentales, creer que se tienen las capacidades de líder, ser visto por otros como dominante.
- DISC-r Impulsividad-revisada, conducta poco controlada
  - Prevalencia 3.2% (N=2); correspondientes al 5.3% (N=2) del género masculino
  - Puntuaciones elevadas se relacionan con un pobre control de impulsos, conductas de acting out y con la búsqueda de experiencias excitantes. Se correlaciona de manera negativa con la dimensión de Responsabilidad del modelo de los 5 factores de la personalidad, pero con fuerte enfoque en el comportamiento disfuncional. Puntuaciones elevadas se asocian principalmente con características de trastornos del grupo B del DSM-V. Se correlaciona empíricamente con ser conductualmente desinhibido, involucrarse en conductas de acting out, actuar de manera impulsiva y buscar experiencias nuevas y excitantes.
- INTR-r Introversión / Disminución de emociones positivas-revisada, retraimiento social, desapego y anhedonia
  - Prevalencia 11.3% (N=7); correspondientes al 13.2% (N=5) del género masculino y 8.3% (N=2) del género femenino
  - Se presenta con pérdida de experiencias emocionales positivas y la evitación de situaciones e interacciones sociales. Puntuaciones elevadas están asociadas con introversión social, anhedonia, intereses restringidos y una perspectiva pesimista. Se relaciona de manera negativa con la dimensión de Extraversión del modelo de los 5 factores de la personalidad. Los puntajes elevados están

asociados con características del trastorno del grupo C del DSM-V. Se correlaciona empíricamente con carecer de experiencias emocionales positivas, experimentar problemas significativos de anhedonia, quejarse de depresión, falta de intereses, ser pesimista, ser socialmente introvertido.

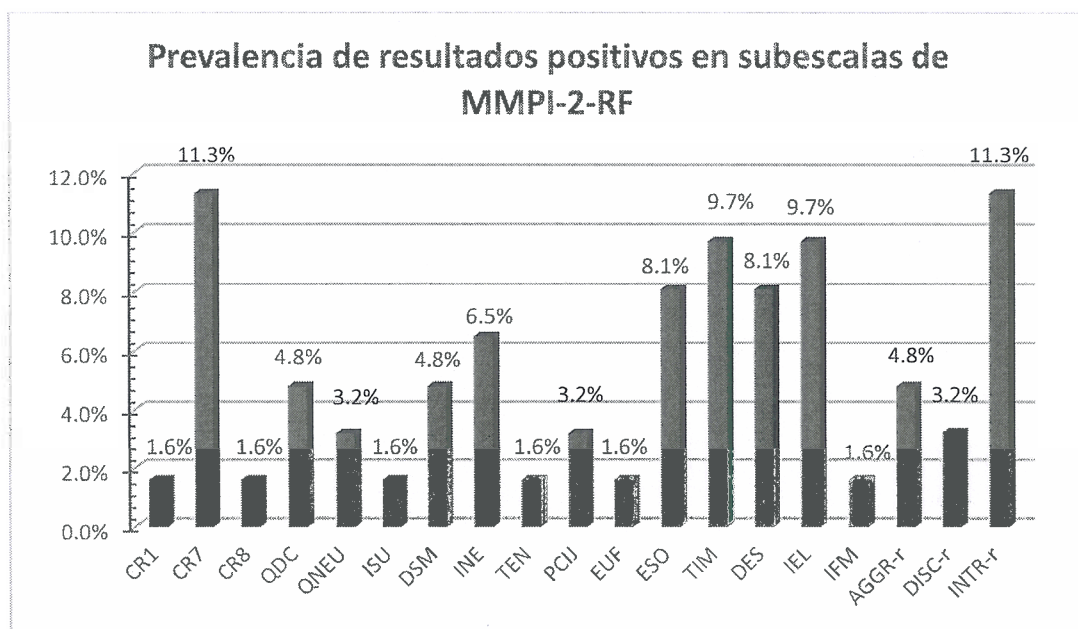


Gráfico 3. Prevalencia de resultados positivos en subescalas de MMPI-2-RF

#### 4.1.2 Inventario de Depresión de Beck

- Depresión previa al inicio de la especialidad (Tiempo 0, "T0")
  - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondiente al 4.2% (N=1) del género femenino
- Gravedad moderada de depresión previo al inicio de la especialidad (Tiempo 0, "T0")
  - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondiente al 4.2% (N=1) del género femenino
- Depresión al primer año de especialidad (Tiempo 1, "T1")

- Prevalencia 9.7% (N=6); correspondiente a 7.9% (N=3) del género masculino y 12.5% (N=3) del género femenino
- Gravedad moderada de depresión al primer año de especialidad (Tiempo 1, "T1")
  - Prevalencia 4.8% (N=3); correspondiente al 2.6% (N=1) del género masculino y 8.3% (N=2) del género femenino
- Persistencia de depresión
  - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondiente al 4.2% (N=1) del género femenino
- Empeoramiento de depresión
  - Prevalencia 0% (N=0)
- Remisión de depresión
  - Prevalencia 0% (N=0)
- Ausencia de depresión
  - Prevalencia 64.5% (N=40); correspondiente al 68.4% (N=26) del género masculino y 58.3% (N=14) del género femenino
- Aparición de depresión
  - Prevalencia 8.1% (N=5); correspondiente al 7.9% (N=3) del género masculino y 8.3% (N=2) del género femenino

Se anexa gráfico con lo previamente descrito

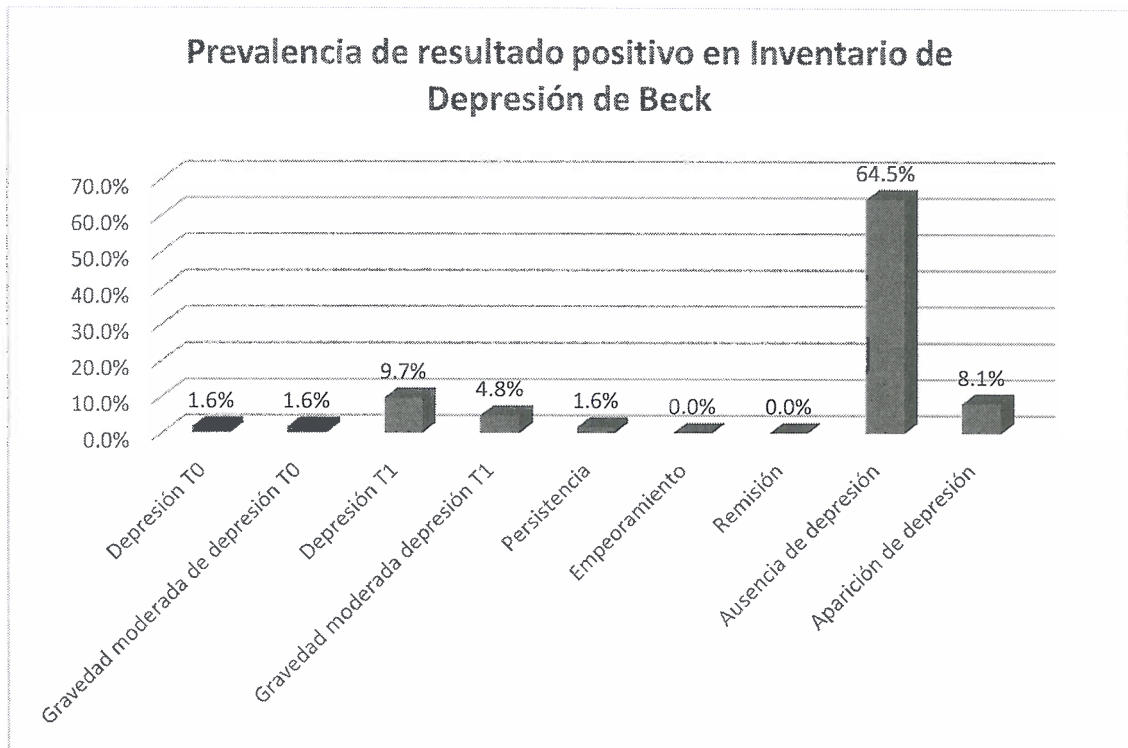


Gráfico 4. Prevalencia de resultado positivo en Inventario de Depresión de Beck.  
Abreviaturas: T0= Tiempo cero. T1= Tiempo 1

#### 4.1.3 Cuestionario de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

- Ansiedad previa al inicio de la especialidad (Tiempo 0, "T0")
  - Prevalencia 8.1% (N=5); correspondiente al 2.6% (N=1) del género masculino y 16.7% (N=4) del género femenino
- Gravedad moderada de ansiedad previo al inicio de la especialidad (Tiempo 0, "T0")
  - Prevalencia 6.5% (N=4); correspondiente al 2.6% (N=1) del género masculino y 16.7% (N=4) del género femenino
- Ansiedad al primer año de especialidad (Tiempo 1, "T1")
  - Prevalencia 32.3% (N=20); correspondiente al 31.6% (N=12) del género masculino y 33.3% (N=8) del género femenino
- Gravedad moderada de ansiedad al primer año de especialidad (Tiempo 1, "T1")



- Prevalencia 19.4% (N=12); correspondiente al 18.4% (N=7) del género masculino y 20.8% (N=5) del género femenino
- Persistencia de ansiedad
  - Prevalencia 3.2% (N=2); correspondiente al 2.6% (N=1) del género masculino y 4.2% (N=1) del género femenino
- Empeoramiento de ansiedad
  - Prevalencia 1.6% (N=1); correspondiente al 4.2% (N=1) del género femenino
- Remisión de ansiedad
  - Prevalencia 3.2% (N=2); correspondiente al 8.3% (N=2) del género femenino
- Ausencia de ansiedad
  - Prevalencia 64.5% (N=40); correspondiente al 68.4% (N=26) del género masculino y 58.3% (N=14) del género femenino
- Aparición de ansiedad
  - Prevalencia 27.4% (N=17); correspondiente al 28.9% (N=11) del género masculino y 25% (N=6) del género femenino

Se anexa gráfico con lo previamente descrito

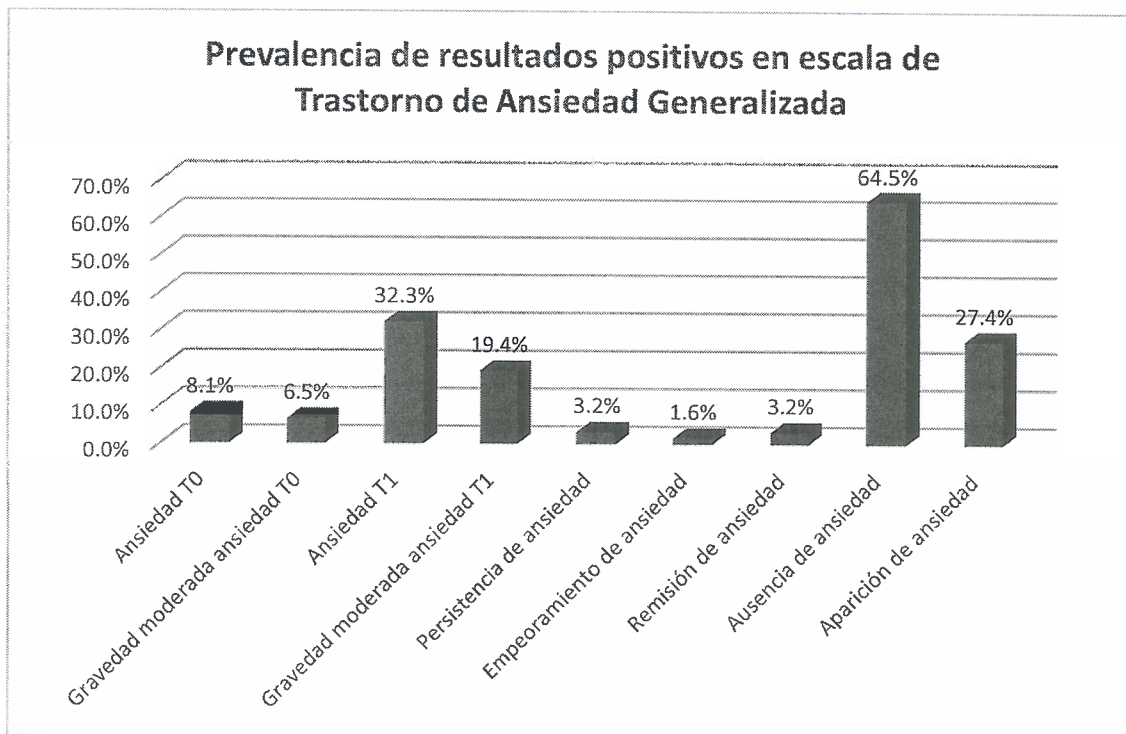


Gráfico 5. Prevalencia de resultados positivos en escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Abreviaturas: T0= Tiempo cero. T1= Tiempo 1

#### **4.1.4 Screening de McLean T0 (aplicado previo al inicio de especialidad)**

- Prevalencia 5.3% (N=2); correspondiente a 5.3% (N=2) del género masculino

#### **4.1.5 Inventario de Burnout de Maslach T1 (aplicado al primer año de especialidad)**

- Maslach positivo (Burnout)
  - Prevalencia 37.1% (N=23); correspondiente al 39.5% (N=15) del género masculino y 33.3% (N=8) del género femenino
- Subescala Agotamiento Emocional
  - Prevalencia 29.0% (N=18); correspondiente al 28.9% (N=11) del género masculino y 16.7% (N=4) del género femenino
- Subescala Despersonalización
  - Prevalencia 22.6% (N=14); correspondiente al 26.3% (N=10) del género masculino y 16.7% (N=4) del género femenino
- Subescala Realización Personal
  - Prevalencia 24.2% (N=15); correspondiente al 28.9% (n=11) del género masculino y 16.7% (N=4) del género femenino

Se anexa gráfico con lo previamente descrito en Screening de McLean e Inventario de Burnout de Maslach

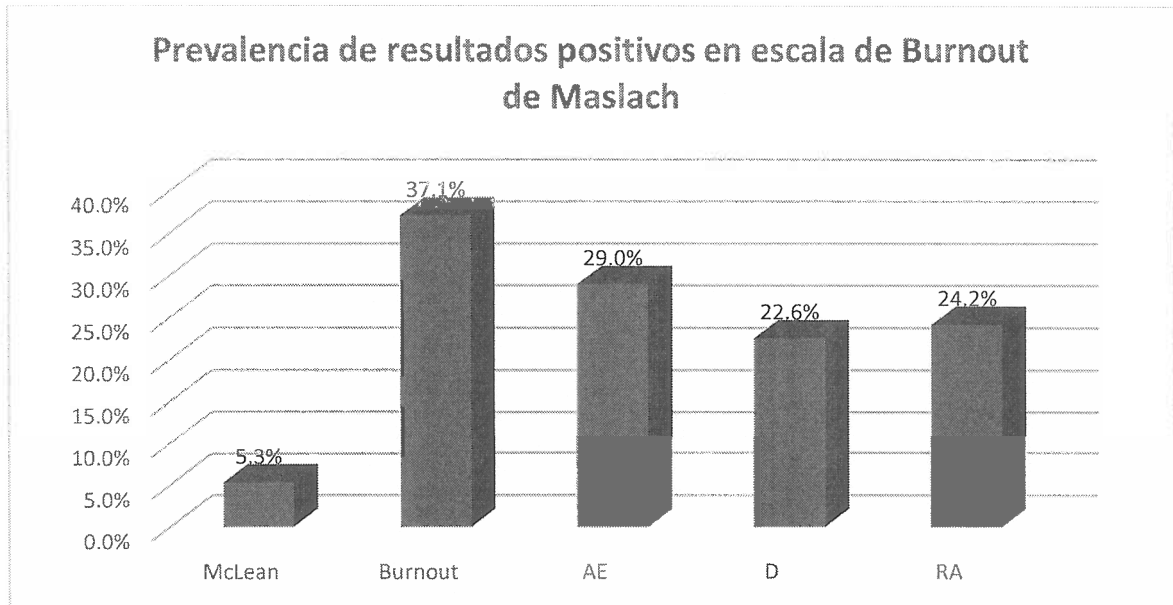


Gráfico 6. Prevalencia de resultados positivos en Screening de McLean T0 y Escala de Burnout de Maslach en T1.

Abreviaturas: AE= Subescala agotamiento emocional; D=Subescala despersonalización; RA=Subescala realización personal. T0= previo al inicio de especialidad. T1= al término de primer año de residencia.

#### 4.2 ASOCIACIONES ENTRE ESCALAS EN BASE A MMPI

Se encontró asociación de presencia de quejas somáticas/vagas de la salud física (CR1 de MMPI-2-RF) con la presencia de depresión al inicio de la especialidad (Fisher  $p=0.016$ ), mayor gravedad de depresión (Fisher  $p=0.016$ ) y ansiedad al inicio de la especialidad ( $\chi^2 p=0.001$ ); así como con depresión ( $\chi^2 p=0.002$ ) y gravedad de la misma (Fisher  $p=0.048$ ) al término de primer año de residencia. Las quejas somáticas/vagas se asociaron con persistencia de depresión (Fisher  $p=0.016$ ), y ansiedad (Fisher  $p=0.032$ ).

CR1 quejas somáticas/vagas de la salud física		
	Chi <sup>2</sup> de Pearson	Prueba exacta de Fisher
Depresión T0		$p= 0.016$
Gravedad de depresión T0		$p= 0.016$
Ansiedad T0	$p= 0.001$	

<b>Depresión T1</b>	p= 0.002	
<b>Gravedad de depresión T1</b>		p= 0.048
<b>Persistencia depresión</b>		p= 0.016
<b>Persistencia ansiedad</b>		p= 0.032

Tabla 1. CR1 - quejas somáticas/vagas de la salud física

Las experiencias aberrantes (percepciones y pensamientos raros; CR8 de MMPI-2-RF) se asociaron con mayor gravedad de Ansiedad al término de primer año de residencia ( $\chi^2$  p=0.040).

<b>CR8 percepciones y pensamientos raros</b>	
	<b>Chi<sup>2</sup> de Pearson</b>
<b>Gravedad de ansiedad T1</b>	p= 0.040

Tabla 2. CR8 - percepciones y pensamientos raros

La ideación suicida o deseos de muerte e intentos suicidas recientes se asociaron con depresión (Fisher p=0.016), gravedad de depresión (Fisher p=0.016) y presencia de ansiedad previo al inicio de especialidad ( $\chi^2$  p=0.001); así como con depresión ( $\chi^2$  p=0.002) y gravedad de la misma al primer año de residencia (Fisher p=0.048). Este marcador tuvo asociación con persistencia de ansiedad (Fisher p=0.032) y depresión (Fisher p=0.016).

<b>ISU ideación suicida o deseos de muerte, intentos suicidas recientes</b>		
	<b>Chi<sup>2</sup> de Pearson</b>	<b>Prueba exacta de Fisher</b>
<b>Depresión T0</b>		p= 0.016
<b>Gravedad de depresión T0</b>		p= 0.016
<b>Ansiedad T0</b>	p= 0.001	
<b>Depresión T1</b>	p= 0.002	
<b>Gravedad de depresión T1</b>		p= 0.048
<b>Persistencia de depresión</b>		p= 0.016
<b>Persistencia de ansiedad</b>		p= 0.032

Tabla 3. ISU – Ideación suicida o deseos de muerte, intentos suicidas recientes

La desconfianza en sí mismo (sentimiento de inutilidad, DSM en MMPI-2-RF) se asoció con despersonalización-subescala de Burnout (grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento) ( $\chi^2$  p=0.001; Fisher p=0.010) al primer año de residencia. También se asoció con persistencia de ansiedad ( $\chi^2$  p=0.002). Así mismo,

la desconfianza de sí mismo se asoció con resultado positivo en la prueba de McLean previo al inicio de la especialidad ( $\chi^2$   $p=0.002$ )

<b>DSM desconfianza de sí mismo, sentimientos de inutilidad</b>		
	<b>Chi<sup>2</sup> de Pearson</b>	<b>Prueba exacta de Fisher</b>
<b>Burnout – Despersonalización T1</b>	p= 0.001	p=0.010
<b>Persistencia de ansiedad</b>	p= 0.002	
<b>McLean positivo T0</b>	p= 0.002	

Tabla 4. DSM – desconfianza de sí mismo, sentimientos de inutilidad

La timidez (tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros; TIM en MMPI-2-RF) tuvo asociación con resultado positivo en prueba de McLean previo al inicio de la especialidad ( $\chi^2$   $p=0$ ; Fisher  $p=0.032$ )

<b>TIM timidez, tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros</b>	
	<b>Prueba exacta de Fisher</b>
<b>McLean positivo T0</b>	p=0.032

Tabla 5. TIM – timidez, tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros

La Escala de Personalidad - Impulsividad (DISC-r en MMPI-2-RF) se asoció con presencia de ansiedad al término de primer año de especialidad ( $\chi^2$   $p=0.037$ ), con aparición de ansiedad ( $\chi^2$   $p=0.019$ ) así como con agotamiento emocional- subescala de Burnout al primer año de residencia ( $\chi^2$   $p=0.025$ ).

<b>DISC-r Impulsividad-revisada, conducta poco controlada</b>	
	<b>Chi<sup>2</sup> de Pearson</b>
<b>Ansiedad T1</b>	p= 0.037
<b>Aparición de ansiedad</b>	p=0.019
<b>Burnout- Agotamiento emocional T1</b>	p=0.025

Tabla 6. DISC-r – Impulsividad revisada, conducta poco controlada

### 4.3 ASOCIACIONES ENTRE ESCALAS EN BASE A GÉNERO

El género tuvo asociación estadísticamente significativa en el tipo de especialidad Quirúrgica, siendo un 23.7% para el género masculino y un 4.2% para el género femenino ( $p= 0.42$ )

Así mismo, el género tuvo asociación estadísticamente significativa con la presencia de ansiedad previo al inicio de la especialidad, siendo presente en un 16.7% del género femenino ( $p=0.048$ ) y ausente en un 97.4% del género masculino ( $p=0.048$ ).

Género				
		Masculino	Femenino	P
Especialidad Quirúrgica		23.7%	4.2%	$p=0.042$
Ansiedad T0	Presente	2.6%	16.7%	$p=0.048$
	Ausente	97.4%	83.3%	

Tabla 7. Género

No hubo asociación estadísticamente significativa entre el género y el resto de variables (Escala de MMPI, Depresión, Ansiedad, Burnout y subescalas de Maslach, McLean)

## 5. CONCLUSIONES

La mayor parte de hombres y mujeres se encuentra en especialidades No Quirúrgicas; siendo 2do lugar en mujeres las Médico-Quirúrgicas y tercer lugar las Quirúrgicas. Los hombres en segundo lugar se encuentran en Quirúrgicas y en tercer lugar en Médico-Quirúrgicas.

La prevalencia de depresión en residentes previo al inicio de la especialidad fue del 1.6%, siendo este caso de gravedad leve. Correspondiente con la literatura (Joules et al., 2014; Sen et al., 2010), se observó incremento en la prevalencia de casos al término del primer año, siendo 9.7%, de los cuales 4.8% fueron de gravedad moderada. La prevalencia de depresión fue en gran medida menor a la reportada por Sen y colaboradores en el 2010, quienes realizaron un estudio a una corte residentes de primer año de distintas especialidades y encontraron presencia de depresión al inicio de especialidad en 3.9% y posteriormente 26.6% al término de primer año de especialidad; así mismo la prevalencia de gravedad moderada de depresión por ellos fue mayor a la encontrada en nuestra población, siendo 0.7% al inicio de la especialidad y 7.6% al término del primer año (Sen et al., 2010).

El desarrollo de depresión mayor se ha asociado a tener mayor riesgo de episodios depresivos en el futuro y mayor riesgo de morbilidad a largo plazo, por lo tanto, se necesitará realizar más estudios en un futuro para examinar cómo cambia la razón de depresión conforme los residentes avanzan en la especialidad, así como los posibles efectos de esto en el desempeño laboral y la calidad de atención ofrecida.

La prevalencia de ansiedad previo al inicio de especialidad fue del 8.1%, de los cuales 6.5% fueron de gravedad moderada. La tasa de persistencia ansiedad entre el inicio de especialidad y primer año fue del 3.2%, empeoramiento de ansiedad 1.6%, remisión de ansiedad 3.2%. Al primer año de especialidad la prevalencia aumentó a 32.3%, de los cuales 19.4% fueron de gravedad moderada. Esto difiere mínimamente de los descrito por Pereira-

Lima y colaboradores en su estudio del 2015, donde encontraron prevalencia de ansiedad del 41.31% en residentes de distintos grados y especialidades. (Pereira-Lima & Loureiro, 2015). Hubo ausencia de ansiedad en 64.5% y aparición de ansiedad 27.4%.

La prevalencia de McLean positivo fue del 5.3%, correspondiente a hombres; esto difiere con lo expuesto por Zanarini y colaboradores en 2011, quienes describen ausencia de diferencia estadísticamente significativa en cuanto al género y el trastorno límite de personalidad en población general. (Zanarini et al., 2011)

Al primer año de especialidad, se encontró una prevalencia del 37.1% para Burnout, coincidente con lo descrito por IsHak y colaboradores, quienes describen una fluctuación desde 27% - 75% dependiendo de la especialidad con una media del 50% (IsHak et al., 2009a) . Se encontró en sus distintas subescalas una prevalencia del 29.0% para agotamiento emocional, 22.6% para despersonalización y 24.2% para realización personal.

Los resultados coinciden con los descrito por IsHak y colaboradores en el 2009 en que no hay asociación del género con la puntuación en escala Maslach y, por lo tanto, con la presencia de Burnout. (IsHak et al., 2009a)

Contrario a lo descrito en la literatura por Joules, Sen y colaboradores (Joules et al., 2014; Sen et al., 2010), en el presente estudio no se encontró prevalente el rasgo de personalidad "neuroticismo" (criterio NEGE-r de MMPI-2RF) y por lo tanto no se encontró asociación con la presencia o aparición de depresión. Tampoco se encontró asociación estadísticamente significativa entre el género femenino y la presencia de depresión.

Las subescala de CR1 (presentar quejas somáticas/ vagas de la salud física) y la subescala ISU de MMPI-2-RF (tener ideación suicida/ideas de muerte/intentos suicidas recientes) se asociaron a las siguientes variables: tener depresión previa al inicio de especialidad mayor gravedad de depresión previo al inicio de especialidad, ansiedad previa al inicio de especialidad, depresión al primer año de especialidad, mayor gravedad de depresión al primer año de especialidad y persistencia de depresión. La asociación de ISU con depresión sustenta lo reportado por Lee y colaboradores en su estudio del 2018, quienes aplicaron MMPI-2RF a población internada en psiquiatría con diagnóstico de depresión mayor; sin embargo ellos encontraron adicional asociación con AE/PI (alteración emocional/problemas internalizados asociados con el estado de ánimo



y afectos), CRd (desmoralización, infelicidad e insatisfacción general), CR2 (disminución de emociones positivas), INTR-r (Introversión/disminución de emociones positivas, retraimiento social, desapego y anhedonia), y DSM (desconfianza en sí mismo); estos hallazgos no coinciden con los encontrados en la presente investigación (Lee et al., 2018). El criterio CR1 asociado en con depresión fue consistente con lo reportado por Sellbom y colaboradores en el 2012, quienes adicionalmente encontraron CR2 (Disminución de emociones positivas), y MAL (Malestar – sensación generalizada de debilidad y salud física mala), junto con puntuaciones bajas en Activación hipomaníaca (CR9) como característica distintiva de la población con depresión mayor, (Sellbom et al., 2012)

En el caso de “persistencia de ansiedad” se asocian: CR1, ISU, y DSM (desconfianza de sí mismo y sentimientos de inutilidad). Ninguna subescala de MMPI-2-RF se asoció con la gravedad de ansiedad previa al inicio de la especialidad ni con la aparición de depresión al primer año de especialidad.

La subescala de MMPI-2-RF que se asoció a la aparición de ansiedad y a tener ansiedad al primer año de especialidad fue DISC-r (personalidad impulsiva). En cuanto a tener mayor gravedad de ansiedad al primer año, se asoció CR8 (tener experiencias aberrantes, pensamientos y percepciones raros)

Ninguna subescala de MMPI-2-RF se asoció con la presencia de Burnout al primer año de especialidad, pero sí con resultado positivo en las subescalas de Despersonalización y Agotamiento Emocional por separado; siendo DISC-r (Impulsividad-revisada/conducta poco controlada) para Agotamiento Emocional y DSM (desconfianza de sí mismo/sentimientos de inutilidad) para Despersonalización. Esto difiere con lo reportado en el 2012 por Burla, quien encontró asociación entre escalas de Hipocondriasis y Conflictos familiares de MMPI-2 con la presencia y riesgo de desarrollar Burnout en una población de trabajadores de la salud de una provincia italiana (Burla, 2012).

Las subescalas de MMPI-2-RF que se asociaron a tener Trastorno Límite de Personalidad (McLean positivo) fueron DSM (tener desconfianza de sí mismo y sentimientos de inutilidad) y TIM (timidez y la tendencia a sentirse inhibido y ansioso en torno a otros).

En base a lo previamente descrito, se confirma lo propuesto en la Hipótesis del estudio “El MMPI-2-RF evalúa factores psicométricos que se asocian a desarrollo de patología

psiquiátrica durante la residencia médica”. Este es el primer estudio que busca asociación de perfiles de personalidad en población de residentes médicos y el desarrollo de psicopatología ansiosa, depresiva y burnout.

### 5.1 Observaciones

Se utilizan como términos indistintos “especialidad” y “residencia” a lo largo del texto.

### 5.2 Limitaciones

Como es el caso en todas las investigaciones basadas en escalas e inventarios de auto reporte, únicamente se cuenta con información reportada del participante. Las escalas permiten asegurar, en el mismo grado que la entrevista diagnóstica, que los resultados reflejan realmente el funcionamiento a lo largo de la vida sin contaminación del estado psicológico actual. Sin embargo, no disponemos de otra evidencia sobre la supuesta superioridad diagnóstica de la entrevista.

El presente estudio únicamente se enfoca en buscar asociación entre los resultados medidos a un tiempo cero (previo al inicio de especialidad) y tiempo uno (término de primer año de residencia), por lo que será tema de futuras investigaciones evaluar el resultado de las clinimetría que se realice en los subsecuentes años de especialidad para poder considerar el fenómeno en su totalidad.

Una de las debilidades del presente estudio fue el pequeño tamaño de la muestra por lo que fue necesario emplear chi cuadrada de Pearson. Únicamente un 65.9% de los individuos elegibles pudo ser seleccionado para participar en el estudio. Así mismo, al ser una muestra no probabilística realizada por conveniencia y considerar únicamente a los aceptados a residencia médica, no se considera la posible presencia de cuadros ansiosos o depresivos más severos que pudieran haber interferido con el desempeño académico del sustentante que no fue aprobado para iniciar la especialidad. Dicho lo anterior, los resultados deben ser extrapolados con cautela a la población que pueda estar representada por esta muestra, tal como lo sugiere Morales en su artículo del 2012 (Morales, 2012).

## 6. REFERENCIAS

1. Ben-Porath Yossef S., T. A. (2015). *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 Forma Reestructurada, Manual de aplicación, calificación e interpretación*. Manual Moderno.
2. Burla, P. (2012). Professional profiles in the healthcare field and factors associated with the development of burnout. *Prevention & Research*, 2, 106–121. <https://doi.org/10.11138/pr/2012.1.2.062>
3. Camara, W. J., Nathan, J. S., & Puente, A. E. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 141–154. <https://doi.org/10.1037//0735-7028.31.2.141>
4. Campbell, J., Prochazka, A. V, Yamashita, T., & Gopal, R. (2010). Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(10), 1630–1634. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f0c4e7>
5. Cording, H., & Ginsburg, R. (2003). *Can we select health professionals who provide safer care*. 12(Suppl 1), 16–20.
6. Esquivel, D. A., Nogueira-Martins, L. A., & Yazigi, L. (2009). Is medical internship emotionally deleterious? A study on burnout and personality characteristics of first-year orthopaedic interns. *Psico-USF*, 14(3), 261–274. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300003>
7. IsHak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. A. (2009a). Burnout During Residency Training: A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236–242. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>

8. IsHak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. A. (2009b). Burnout During Residency Training: A Literature Review. *Journal of Graduate Medical Education*, 1(2), 236–242. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-09-00054.1>
9. Joules, N., Williams, D. M., & Thompson, A. W. (2014). Depression in Resident Physicians: A Systematic Review. *Open Journal of Depression*, 03(03), 89–100. <https://doi.org/10.4236/ojd.2014.33013>
10. Kashani, P., Mirbaha, S., Forouzanfar, M. M., Meschi, F., & Baratloo, A. (2017). The Prevalence of Personality Disorders among Emergency Nurses Based on MMPI-2 Questionnaire; a Cross-sectional Study. *Emergency*, 5, e60.
11. L.M., B., J.A., S., Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2005). Mood Change and Empathy Decline Persist during Three Years of Internal Medicine Training. *Academic Medicine*, 80(2), 164–167. <https://doi.org/10.1097/00001888-200502000-00013>
12. Lee, T. T. C., Graham, J. R., & Arbisi, P. A. (2018). The Utility of MMPI-2–RF Scale Scores in the Differential Diagnosis of Schizophrenia and Major Depressive Disorder. *Journal of Personality Assessment*, 100(3), 305–312. <https://doi.org/10.1080/00223891.2017.1300906>
13. Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E., & Sen, S. (2015). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians. *JAMA*, 314(22), 2373–2383. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
14. Morales, P. V. (2012). Muestras probabilísticas o aleatorias. *Estadística Aplicada a Las Ciencias Sociales*, 2–3. [http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/TamaMuestra.pdf](http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%20Muestra.pdf)
15. Odland, A. P., Martin, P., Perle, J., Simco, E. R., & Mittenberg, W. (2011). Rates of apparently abnormal MMPI-2 profiles in the normal population. *Clinical Neuropsychologist*, 25(7), 1134–1144. <https://doi.org/10.1080/13854046.2011.594454>

16. Pereira-Lima, K., & Loureiro, S. R. (2015). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health & Medicine, 20*(3), 353–362. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.936889>
17. Ripp, J., Babyatsky, M., Fallar, R., Bazari, H., Bellini, L., Kapadia, C., Katz, J. T., Pecker, M., & Korenstein, D. (2011). The Incidence and Predictors of Job Burnout in First-Year Internal Medicine Residents: A Five-Institution Study. *Academic Medicine, 86*(10), 1304–1310. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822c1236>
18. Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. *Jama, 316*(21), 2214. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
19. Sellbom, M. (2019). The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): Assessment of Personality and Psychopathology in the Twenty-First Century. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*(1), 149–177. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095701>
20. Sellbom, M., Bagby, R. M., Kushner, S., Quilty, L. C., & Ayearst, L. E. (2012). Diagnostic Construct Validity of MMPI-2 Restructured Form (MMPI-2-RF) Scale Scores. *Assessment, 19*(2), 176–186. <https://doi.org/10.1177/10731911111428763>
21. Sen, S., Kranzler, H. R., Krystal, J. H., Speller, H., Chan, G., Gelernter, J., & Guille, C. (2010). A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Archives of General Psychiatry, 67*(6), 557–565. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.41>
22. Shapiro, J., Zhang, B., & Warm, E. J. (2015). Residency as a Social Network: Burnout, Loneliness, and Social Network Centrality. *Journal of Graduate Medical Education, 7*(4), 617–623. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00038.1>
23. Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Pascual, J. C. (2016).

- Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(4), 195–202. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.002>
24. Takayesu, J. K., Ramoska, E. A., Clark, T. R., Hansoti, B., Dougherty, J., Freeman, W., Weaver, K. R., Chang, Y., & Gross, E. (2014). Factors associated with burnout during emergency medicine residency. *Academic Emergency Medicine*, 21(9), 1031–1035. <https://doi.org/10.1111/acem.12464>
25. Vaillant, GE, Sobowale, NC y McArthur, C. (1972). Some psychologic vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*, 287(8), 372–375. <https://doi.org/10.1056/NEJM197208242870802>
26. West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama*, 296(9), 1071–1078. <https://doi.org/10.1001/jama.296.9.1071>
27. Zanarini, M. C., Horwood, J., Wolke, D., Waylen, A., Fitzmaurice, G., & Grant, B. F. (2011). Prevalence of DSM-IV borderline personality disorder in two community samples: 6,330 english 11-year-olds and 34,653 American adults. *Journal of Personality Disorders*, 25(5), 607–619. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.607>
28. Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The Mclean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>

## 7. ANEXOS

- 7.1 Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

## • 7.2 El Inventario de Depresión de Beck (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.  No me siento triste.
  - Me siento triste.
  - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
  - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
2.  No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
  - Me siento desanimado respecto al futuro.
  - Siento que no tengo que esperar nada.
  - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
  
3.  No me siento fracasado.
  - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
  - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
  - Me siento una persona totalmente fracasada.
  
4.  Las cosas me satisfacen tanto como antes.
  - No disfruto de las cosas tanto como antes.
  - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
  - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
5.  No me siento especialmente culpable.
  - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
  - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
  - Me siento culpable constantemente.
  
6.  No creo que esté siendo castigado.
  - Me siento como si fuese a ser castigado
  - Espero ser castigado.
  - Siento que estoy siendo castigado.
  
7.  No estoy decepcionado de mí mismo.
  - Estoy decepcionado de mí mismo.
  - Me da vergüenza de mí mismo.
  - Me detesto.
  
8.  No me considero peor que cualquier otro.
  - Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
  - Continuamente me culpo por mis faltas.
  - Me culpo por todo lo malo que sucede.



9. ◇ No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
◇ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.  
◇ Desearía suicidarme.  
◇ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. ◇ No lloro más de lo que solía.  
◇ Ahora lloro más que antes.  
◇ Lloro continuamente.  
◇ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. ◇ No estoy más irritado de lo normal en mí.  
◇ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
◇ Me siento irritado continuamente.  
◇ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. ◇ No he perdido el interés por los demás.  
◇ Estoy menos interesado en los demás que antes.  
◇ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
◇ He perdido todo el interés por los demás.
13. ◇ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
◇ Evito tomar decisiones más que antes.  
◇ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
◇ Ya me es imposible tomar decisiones.
14. ◇ No creo tener peor aspecto que antes.  
◇ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.  
◇ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo  
◇ Creo que tengo un aspecto horrible.
15. ◇ Trabajo igual que antes.  
◇ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
◇ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
◇ No puedo hacer nada en absoluto.
16. ◇ Duermo tan bien como siempre.  
◇ No duermo tan bien como antes.  
◇ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
◇ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. ◇ No me siento más cansado de lo normal.  
◇ Me canso más fácilmente que antes.  
◇ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
◇ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. ◇ Mi apetito no ha disminuido.  
◇ No tengo tan buen apetito como antes.

- ◇ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ◇ He perdido completamente el apetito.

19. ◇ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ◇ He perdido más de 2 kilos y medio.
  - ◇ He perdido más de 4 kilos.
  - ◇ He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI ◇ NO ◇

20. ◇ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ◇ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
  - ◇ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
  - ◇ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. ◇ No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- ◇ Estoy menos interesado por el sexo que antes
  - ◇ Estoy mucho menos interesado por el sexo
  - ◇ He perdido totalmente mi interés por el sexo

TOTAL:

- 7.3 El Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

A continuación, encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					
A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					

R. P.	12. Me siento muy energético en mi trabajo					
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					

A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL

D. DESPERSONALIZACIÓN

R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

- 7.4 Cuestionario de Screening McLean (MSI-BDP)

Responde 1 (SI) ó 2 (NO) a las siguientes preguntas  
Durante este último año:

ITEMS	1	2
1. ¿Alguna de tus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes?		
2. ¿Has tratado intencionalmente de hacerte daño físico (quemarte, cortarte, pegarte)? ¿Has realizado alguna tentativa de suicidio?		
3. ¿Has tenido al menos otros dos de los siguientes problemas de impulsividad; atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal?		
4. ¿Te has sentido extremadamente malhumorado?		
5. ¿Te has sentido o te sientes enfadado la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica?		
6. ¿A menudo has sentido desconfianza de la gente?		
7. ¿Te has sentido frecuentemente tú mismo como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales?		
8. ¿Te has sentido o te sientes vacío de forma crónica?		
9. ¿Te has sentido a menudo con la sensación de no saber quién eres o que no tienes identidad propia?		
10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado o ser abandonado, como, por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que te confirme que está preocupada por ti, suplicarle que no te deje, agarrarle físicamente?		

## 8. RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

La Dra. Marcela Aguilera Barragán nació en Sahuayo de Morelos, Michoacán y creció en Rioverde, San Luis Potosí. Sus estudios primarios y secundarios fueron en el Instituto de la Paz, y posteriormente acudió a la Preparatoria de Rioverde, A.C. para cursar el bachillerato. Presentó el examen de admisión para la Facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, y posteriormente cursó dicha carrera en el periodo comprendido entre 2008 y 2015, realizando su servicio social en el municipio de Cerritos, San Luis Potosí.

Se encuentra cursando la Especialidad en Psiquiatría en el Hospital Universitario José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la cual comprende el periodo de 2017-2021. Durante el 4to año de la residencia, rotó 1 mes y medio como parte de su formación académica, en la Clínica de Género y Sexualidad en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Actualmente es candidata al programa de Subespecialidad en Psiquiatría del Niño y el Adolescente en la UANL.