

Estrategias de salud mental sobre autocuidado y afrontamiento en médicos residentes

Mental health strategies for self-care and coping in medical residents

Ulises Paolo Villalpando-Sosa^{1a}, Gustavo Joaquín Cruz-Ruelas^{2b}, Gloria Patricia Sosa-Bustamante^{3c}, Alma Patricia González^{3d}, Alejandro Moctezuma-Paz^{4e}, Arturo Maximiliano Reyes-Sosa^{1f}, Paulina Patricia Reyes-Sosa^{1g}, Carlos Paque-Bautista^{3h}

Resumen

Introducción: los trastornos de salud mental en médicos residentes son un problema creciente, por lo que se requiere de sensibilización, prevención y tratamiento.

Objetivo: analizar el efecto en el conocimiento adquirido por médicos residentes mediante herramientas de salud mental sobre estrategias de autocuidado y afrontamiento.

Material y métodos: estudio cuasiexperimental, en médicos residentes de Ginecología y Obstetricia. Se aplicó el Cuestionario de conocimientos sobre estrategias de autocuidado, afrontamiento, prevención del suicidio y consumo de alcohol y el cuestionario de *Alcohol Use Disorders Test* (AUDIT). Se aplicaron las *Herramientas del Programa Mundial para Superar las Brechas de Salud Mental (mhGAP) para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno* en 6 sesiones, así como una evaluación pre- y post-intervención y la encuesta de percepción.

Resultados: participaron 30 residentes, 90% mujeres. En la evaluación post-intervención incrementó el puntaje general del Cuestionario de conocimientos: 84.61 (69.23-92.3) frente a 92.3 (82.68-94.22), ($p = 0.002$), sobre todo en las dimensiones de *técnicas de relajación y competencias para la vida, estilo de vida y autocuidado*, pero no en *prevención de consumo de alcohol*.

Conclusiones: este estudio mostró un efecto benéfico en la adquisición y mantenimiento de conocimientos de las estrategias de autocuidado y afrontamiento en los médicos residentes con herramientas sobre salud mental.

Abstract

Background: Mental health disorders in medical residents are a growing issue, requiring awareness, prevention, and treatment.

Objective: To analyze the effect of mental health tools on medical residents' knowledge of self-care and coping strategies.

Material and methods: A quasi-experimental study was conducted among Obstetrics and Gynecology residents. Questionnaires on Knowledge of self-care and coping strategies, suicide prevention, alcohol use, and the Alcohol Use Disorders Test (AUDIT) were administered. The *Field Test Version: mhGAP Community Toolkit: Mental Health Gap Action Programme* was administered in 6 sessions, and a pre- and post-intervention assessment and a perception survey were also performed.

Results: 30 residents, 90% women, were included. In the post-intervention evaluation, the overall score on the Knowledge questionnaire increased: 84.61 (69.23-92.3) vs. 92.3 (82.68-94.22) ($p = 0.002$), mostly in the areas of *relaxation techniques and life skills, lifestyle, and self-care*, but not in *alcohol prevention*.

Conclusions: This study showed a beneficial effect on the acquisition and maintenance of knowledge on self-care and coping strategies among medical residents using mental health tools.

¹Universidad de Guanajuato, Campus León, División de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina y Nutrición. León, Guanajuato, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Servicio de Psiquiatría. León, Guanajuato, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional del Bajío, Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Dirección de Educación e Investigación en Salud. León, Guanajuato, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Coordinación de Investigación en Salud, División de Investigación Clínica. Ciudad de México, México

ORCID: 0009-0008-2154-4943^a, 0009-0000-4841-856X^b, 0000-0002-8460-4965^c, 0000-0002-3401-7519^d, 0000-0003-4015-8040^e, 0000-0002-1233-4580^f, 0009-0005-7347-5837^g, 0000-0002-2658-0491^h

Palabras clave

Autocuidado
Estrategias de Afrontamiento
Técnicas de Relajación
Salud Mental
Educación Médica

Keywords

Self-Care
Coping Skills
Relaxation Techniques
Mental Health
Medical Education

Fecha de recibido: 04/08/2025

Fecha de aceptado: 06/10/2025

Comunicación con:

Carlos Paque Bautista

✉ carlospaquer@imss.gob.mx

☎ 477 717 4800, extensión 31804

Cómo citar este artículo: Villalpando-Sosa UP, Cruz-Ruelas GJ, Sosa-Bustamante GP, et al. Estrategias de salud mental sobre autocuidado y afrontamiento en médicos residentes. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2026;64(1):e6783. doi: 10.5281/zenodo.17477675

Introducción

La salud mental es fundamental para el bienestar general de una persona e involucra sentimientos, pensamientos y comportamiento. Además, incluye mantener relaciones enriquecedoras, la capacidad de afrontar el estrés y contribuir a la comunidad.¹

La residencia médica es una etapa formativa crucial para adquirir conocimientos en la práctica y alcanzar competencias como médico especialista. Tiene una duración entre 3 y 4 años dependiendo de la especialidad, y de 2 a 4 años adicionales para la subespecialización. Los residentes trabajan jornadas extensas durante la semana, las cuales incluyen las prácticas clínicas complementarias, coloquialmente denominadas guardias.²

Los trastornos de salud mental en médicos residentes son un problema creciente, influenciado por el estigma, un entorno laboral difícil y las exigencias académicas. El estrés es habitual en la formación médica de posgrado, especialmente en las especialidades quirúrgicas.³

La prevalencia del síndrome de *burnout* (SB) aumenta gradualmente a medida que los médicos avanzan en su formación y se reporta de alto grado hasta en 8.7% de forma general. Esto está relacionado directamente con la fatiga acumulada y las comparaciones entre compañeros.^{4,5} El SB depende en gran medida de la personalidad, ya que esta influye en la percepción y el manejo del estrés, lo que puede incrementar la probabilidad de desarrollar trastornos de salud mental.³ Se han identificado factores de riesgo para SB, como el estrés y las horas de jornada laboral a la semana, así como cursar la residencia de la especialidad de Gineco-obstetricia los residentes de Obstetricia/Ginecología.⁶

Los principales trastornos del estado de ánimo en médicos residentes mexicanos reportados según el sexo en mujeres y hombres, respectivamente, son ansiedad 62.6% y 35.6%, depresión 31.3% y 7.1%, SB 28.2% y 21.4% y estrés 28.1% y 7.1%.⁷ Se ha reportado que alrededor del 11% tienen consumo de riesgo de alcohol y el 15% presentan pensamientos de muerte o suicidio.⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó el *Programa mundial para superar las brechas de salud mental (mhGAP)*¹ cuyo propósito es que las personas reciban servicios de salud mental de alta calidad basados en la evidencia, y que se promuevan los derechos humanos, la dignidad y la equidad. La importancia de este programa se basa en la sensibilización, la prevención y el tratamiento de los trastornos de salud mental y el autocuidado en personal sanitario.⁹

Si bien se han realizado esfuerzos para mejorar la salud

mental en los residentes, aún existen dificultades para que accedan a servicios de atención fuera del ámbito hospitalario en el que se desenvuelven. Ofrecer herramientas accesibles, confidenciales y eficaces en el autocuidado puede eliminar barreras logísticas y fomentar una cultura institucional que valide el autocuidado como parte esencial del ejercicio profesional, por lo que el objetivo del presente estudio fue analizar en médicos residentes el efecto en el conocimiento sobre estrategias de autocuidado y afrontamiento adquirido mediante las *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno*.

Material y métodos

Estudio cuasiexperimental realizado en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Gineco Pediatría No. 48 del Centro Médico Nacional del Bajío, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ubicada en la ciudad de León, Guanajuato, México.

Se llevó a cabo la intervención y se analizó el efecto sobre el conocimiento y la percepción en los médicos residentes de las *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno* de la OMS. Se incluyeron médicos residentes, de sexo femenino y masculino, de cualquier edad, que se encontraban cursando el segundo año de la especialidad médica en Ginecología y Obstetricia. Se excluyeron aquellos que se encontraban en rotación de campo, o con incapacidad prolongada o rotación externa durante la realización del estudio. Finalmente, se eliminó a los médicos que no cumplieron con la asistencia en el total de las sesiones o a aquellos que tuvieron datos o cuestionarios incompletos.

Se realizó un cuestionario previo a la intervención para determinar el nivel de conocimiento que los médicos residentes tenían sobre estrategias de autocuidado, afrontamiento, prevención del suicidio y del consumo de alcohol. Esta evaluación se llevó a cabo utilizando un cuestionario unificado y validado por un grupo de 5 expertos en educación, psiquiatría e investigación clínica. En reuniones con los expertos, se evaluó el instrumento inicial y la intervención educativa. Se validó el contenido del instrumento con la finalidad de darle mayor solidez y congruencia. Después de su aprobación, se realizó una prueba piloto en 10 miembros del personal de salud en formación para comprobar que los sujetos de estudio entendieran claramente cada uno de los conceptos descritos en los ítems. Una vez realizado este proceso, se realizaron ajustes con los que se redujo el contenido del instrumento. Se consideró pertinente retirar de la evaluación en el conocimiento pre- y post-intervención los ítems 14 *Uso de alguna técnica de relajación ante situaciones de malestar emocional en los últimos 6 meses* y 15 *¿Ha participado en*

alguna actividad social que no involucre consumo de alcohol en los últimos 6 meses?, para ser evaluados independientemente. Para la estimación de confiabilidad y validez del instrumento se utilizó el coeficiente de validez de Kuder-Richardson (KR-20), con valor deseable de 0.805.

El cuestionario autoadministrado con una duración de 15 minutos constó de 15 preguntas de opción múltiple. Las preguntas evaluaron la información de los temas clave abordados en las 6 sesiones enfocadas en las *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno* brindado por la OMS.¹ Se evaluaron 4 dimensiones dentro del cuestionario, las cuales se dividieron de acuerdo con los ítems en *Dimensión 1: Técnicas de relajación y competencias para la vida* (ítems 1,7,14), *Dimensión 2: Autocuidado* (ítems 2,3,4,5,6), *Dimensión 3: Prevención del suicidio* (ítems 8,9,10,11,12) y *Dimensión 4: Consumo de alcohol* (ítems 13,15). Cada pregunta tenía el valor de 1 punto por respuesta correcta. El puntaje final se determinó en una escala de 0 a 100 puntos, con base en el promedio de preguntas resueltas correctamente sobre el total de preguntas evaluadas, y fueron excluidos del puntaje total los ítems 14 y 15.

Igualmente, se aplicó el cuestionario *Alcohol Use Disorders Test* (AUDIT), el cual es una herramienta autoinformada, utilizada para detectar y valorar el trastorno de consumo de alcohol en la población general, que se encuentra comprendido en las dimensiones de la intervención, y es considerado uno de los trastornos por consumo más importantes en la etapa de las residencias médicas. El AUDIT tuvo un alfa de Cronbach de 0.804¹⁰ y constó de 10 preguntas que se puntuaron de 0 a 4, lo que permitió una suma máxima de 40. Si un participante obtuvo puntuación de 0 en la primera pregunta e intencionalmente dejó otras preguntas sin respuesta en las que indicaba que no consumía alcohol, se le dio puntuación sumatoria de cero. El consumo de riesgo tuvo un puntaje ≥ 8 puntos y el consumo problema o dependencia un puntaje ≥ 16 .

Asimismo, se recabaron datos sociodemográficos, como identificación del participante, edad, sexo y estado civil. Posteriormente, se llevaron a cabo las sesiones programadas, donde uno de los investigadores, especialista en Psiquiatría, cumplió la función de guía y expuso el contenido de las sesiones. Se consideró la opinión sobre el tema que se iba a tratar de cada participante y en sesión plenaria se obtuvieron conclusiones de la información obtenida. Se otorgaron sesiones semanales de 30 minutos de duración, con un tema diferente a revisar por sesión, basado en el documento *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno*: a) Primera sesión, reducción del estrés y técnicas de relajación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva e imaginación

guiada (*mindfulness*). b) Segunda sesión, competencias para la vida como ejercicios de reestructuración cognitiva y aceptación. c) Tercera sesión, estrategias de autocuidado como higiene del sueño y estilo de vida saludable. d) Cuarta sesión, prevención del suicidio. e) Quinta sesión, prevención de consumo de alcohol. f) Sexta sesión, fortalecimiento de conexiones sociales con el empleo de un club de lectura.

Una vez llevadas a cabo todas las sesiones, se aplicaron 2 cuestionarios; la versión post-intervención del cuestionario de conocimientos, que correspondió al mismo cuestionario que fue aplicado inicialmente, previo al inicio de las sesiones; además, se hizo una encuesta para medir la percepción de los médicos sobre la estrategia aplicada con respuestas en escala tipo Likert de 5 puntos, donde Totalmente en desacuerdo tuvo 1 punto y Totalmente de acuerdo 5 puntos. A mayor puntaje, mejor percepción.

Muestreo y tamaño de muestra

En relación con el muestreo fue no probabilístico, de casos consecutivos y en cuanto al tamaño de muestra esta se calculó por poblaciones finitas con un nivel de confianza de 95% y margen de error de 5, y se consideró que la especialidad de Ginecología y Obstetricia cuenta con 50 médicos residentes de segundo grado. Se obtuvo como tamaño mínimo de muestra, 30 médicos residentes.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se reportaron con frecuencias y porcentajes y se establecieron diferencias entre ellas con la prueba de chi cuadrada o prueba exacta de Fisher, de acuerdo con la frecuencia de las variables. La distribución de normalidad fue determinada con la prueba de Shapiro-Wilk; los datos mostraron distribución libre y se reportaron con mediana y rangos intercuartílicos. Para comparar 2 grupos de variables numéricas se utilizó la prueba *U* de Mann-Whitney, así como la prueba de rangos de Wilcoxon. Se utilizaron los paquetes estadísticos NCSS 2024® y Epidat 3.1. Se consideró significancia estadística con una $p < 0.05$.

Aspectos éticos

Se trató de un estudio con riesgo mínimo de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, artículo 17; se otorgó y firmó el consentimiento informado por los participantes. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética para la Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud, con número de registro R-2024-1002-047.

Resultados

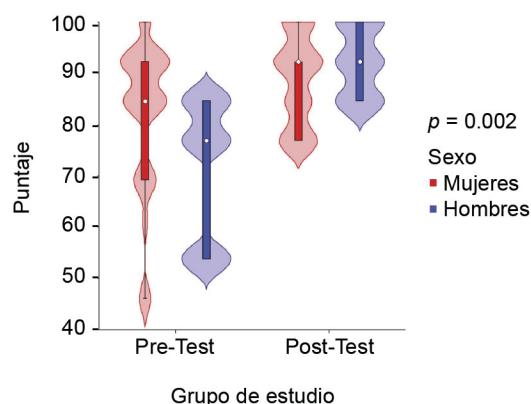
Se incluyeron 48 residentes en el estudio, de los cuales se eliminaron 18 por no cumplir con la asistencia total a las sesiones. Se analizaron 30 médicos residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, de los cuales 10% ($n = 3$) fueron hombres y 90% ($n = 27$) mujeres. La edad fue de 27 (RIC 27-28) años, sin diferencia en la edad entre hombres y mujeres ($p = 0.36$). En el [cuadro I](#) se muestran las características generales de los médicos residentes.

En la [figura 1](#), los hallazgos por sexo muestran que existe diferencia en las puntuaciones pre- y postintervención entre hombres y mujeres. El puntaje general pre-intervención 84.61 (69.23-92.3) y el puntaje post-intervención 92.3 (82.68-94.22), $p = 0.002$. El puntaje pre-intervención en hombres fue de 71.79 ± 16.01 y el puntaje post-intervención de 92.3 ± 7.69 , $p = 0.05$. El puntaje pre-intervención en mujeres fue de 84.61 (69.23-92.3) y el puntaje post-intervención de 92.3 (76.92-92.3), $p = 0.01$ ([figura 1](#)).

Se analizaron las respuestas a los ítems de cada una de las cuatro dimensiones y se comparó el incremento en la proporción de respuestas correctas pre- y post-intervención ([cuadro II](#)).

En cuanto al ítem 14 del instrumento: *¿Ha utilizado alguna técnica de relajación ante situaciones de malestar emocional en las últimas 6 semanas a 6 meses?*, se observó un incremento de 53.33% ($n = 16$) a 86.67% ($n = 26$) de residentes que, respectivamente, habían utilizado alguna técnica de relajación antes y después de la intervención. De estos, 30% ($n = 9$) refirieron haber utilizado técnicas de relajación ante situaciones de estrés o ansiedad, así como 23.33% ($n = 7$) de ellos para inducir el sueño, 20% ($n = 6$) en el hospital, 13.33% ($n = 4$) en la casa y 13.33% ($n = 4$) no refirieron haber utilizado alguna técnica. En cuanto al ítem

Figura 1 Análisis de los puntajes pre- y post-intervención del mh-GAP



15 *¿Ha participado en alguna actividad social que no involucre consumo de alcohol en los últimos 6 meses?*, 86.67% ($n = 26$) de los residentes refirieron que la intervención les ayudó a tener experiencias placenteras o de socialización que no involucraron el consumo de alcohol.

En los puntajes obtenidos en la variable de percepción predominó la respuesta 5 (totalmente de acuerdo) en 76.67% de las respuestas de la estrategia en la escala tipo Likert (en la que 5 fue el valor óptimo o deseado). Las preguntas y los resultados de la variable de percepción se muestran en el [cuadro III](#). Las puntuaciones máximas obtenidas fueron para las preguntas relacionadas con la estrategia de aprendizaje utilizada.

Discusión

La intervención utilizada en el presente estudio, basada en el mhGAP, tiene efecto sobre el conocimiento de las

Cuadro I Características generales de los médicos residentes

Variables	Todos ($n = 30$)	Hombres ($n = 3$)	Mujeres ($n = 27$)	p
	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	Mediana (RIC)	
Edad	27 (27-28)	28 (27-30)	27 (27-28)	0.36
	n (%)	n (%)	n (%)	
Estado civil				
Soltero	28 (93.33)	3 (100)	25 (92.60)	0.88
Casado	1 (3.33)	0 (0)	1 (3.70)	
En unión libre	1 (3.33)	0 (0)	1 (3.70)	
AUDIT				
Consumo de bajo riesgo	25 (83.33)	2 (66.67)	23 (85.19)	0.54
Consumo de riesgo	4 (13.33)	1 (33.33)	3 (11.11)	
Dependencia	1 (3.33)	0 (0)	1 (3.70)	

RIC: rango intercuartílico; AUDIT: *Alcohol Use Disorders Test*

Cuadro II Comparación de las respuestas correctas pre- y post-intervención del mhGAP

Dimensión	Tema del ítem	Examen Pre n (%)	Examen Post n (%)	Delta (%)	p*
1. Técnicas de relajación y competencias para la vida	1. Elementos de un estilo de vida saludable	24 (80)	28 (93.33)	13.33	0.12
	7. Conocimiento del SB en personal médico	30 (100)	30 (100)	0	-
	14. Uso de alguna técnica de relajación ante situaciones de malestar emocional en los últimos 6 meses	16 (53.33)	26 (86.67)	33.34	0.005
2. Autocuidado	2. Conocimiento de medidas de higiene del sueño	17 (56.67)	26 (86.67)	30	0.01
	3. Control de estímulos en higiene del sueño	29 (96.67)	30 (100)	3.33	0.5
	4. Medidas higiénico-dietéticas de higiene del sueño	28 (93.33)	30 (100)	6.67	0.24
	5. Características de la siesta en higiene del sueño en médicos residentes	27 (90)	30 (100)	10	0.11
	6. Factores que predisponen el insomnio	27 (90)	30 (100)	10	0.11
3. Prevención del suicidio	8. Conocimiento respecto a suicidio	22 (73.33)	25 (83.33)	10	0.26
	9. Pasos de seguridad ante una persona que expresa pensamientos o planes de suicidio	19 (63.33)	21 (70)	6.67	0.39
	10. Factores protectores de la conducta suicida	26 (86.67)	28 (93.33)	6.66	0.33
	11. Mitos sobre el suicidio	12 (40)	14 (46.67)	6.67	0.39
	12. Personas que corren un mayor riesgo de intentar el suicidio	28 (93.33)	30 (100)	6.67	0.24
4. Consumo del alcohol	13. Conocimiento respecto al consumo de alcohol	27 (90)	25 (83.33)	-6.67	0.35
	15. Participación en alguna actividad social que no involucre consumo de alcohol en los últimos 6 meses	27 (90)	26 (86.67)	-3.33	0.5

*Se empleó prueba de chi cuadrada. SB: síndrome de *burnout*

estrategias de autocuidado y afrontamiento en los médicos residentes. Esta herramienta didáctica se utiliza con el fin de brindar conocimientos, información, valores y actitudes desde un individuo hacia otro, estimula la actividad creadora y motiva el desarrollo de interés cognoscitivo, con el propósito de romper los esquemas escolásticos, rígidos y tradicionales.^{11,12} Como bien se puede observar por medio de los resultados reportados en esta investigación, hubo un incremento significativo al puntaje general en la evaluación del conocimiento en los médicos residentes, posterior a la intervención, $p = 0.002$. Esto confirma la utilidad y eficacia del mhGAP utilizado en la presente intervención en médicos residentes.

Se ha reportado que el desarrollo de signos y síntomas mentales en los residentes interfiere con su capacidad de

concentración, aprendizaje y en las habilidades clínicas, lo que conlleva un riesgo en la calidad de atención de los pacientes.¹³ Asimismo, se ha descrito que especialidades quirúrgicas reportan altos niveles de estrés percibido.¹⁴ La finalidad de la intervención empleada en la presente investigación fue promover la ampliación de los servicios de salud mental más allá del entorno de atención primaria de salud, al capacitar a los profesionales de la salud en formación para la adecuada identificación y aplicación de estrategias, con sus pacientes y principalmente con ellos mismos.

Es por esto que se demostró por medio de los ítems en formato de preguntas abiertas en la encuesta de percepción que los residentes muestran interés en conocer más temas sobre salud mental, como se identificó en la pregunta 6: *¿Qué cambiarías de la intervención mhGAP?*, donde la

Cuadro III Cuestionario de la variable de percepción

Dimensiones	Ítems en escala tipo Likert	Puntaje escala tipo Likert	Frecuencia de respuesta <i>n</i> (%)
Opinión relacionada con la comprensión	1. La actividad realizada en la intervención mhGAP me ayudó a entender la importancia de la salud mental en los médicos residentes	5	23 (76.67)
		4	2 (6.67)
		3	4 (13.33)
		1	1 (3.33)
Opinión relacionada con los conocimientos y conceptos	2. El tiempo designado para la actividad de la intervención mhGAP me pareció suficiente	5	16 (53.33)
		4	7 (23.33)
		3	6 (20.0)
		2	1 (3.33)
Opinión relacionada con la comprensión	3. Los temas presentados en la intervención mhGAP para médicos residentes fueron suficientes para comprender la importancia de la salud mental en médicos residentes	5	17 (56.67)
		4	7 (23.33)
		3	4 (1.33)
		2	2 (6.67)
	Ítems en formato preguntas abiertas		Frecuencia de respuesta (%)
Opinión relacionada con la estrategia de aprendizaje	¿Qué fue lo que más te gustó de la intervención? "Técnicas de relajación"		40.74
	¿Qué fue lo que no te gustó de la intervención mhGAP? "El horario"		40.74
	¿Qué cambiarías de la intervención mhGAP? "Más actividades y temas"		18.52

Puntaje en escala tipo Likert de 5 puntos, totalmente en desacuerdo (con valor de 1 punto), en desacuerdo (con valor de 2 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (con valor de 3 puntos), de acuerdo (con valor de 4 puntos) y totalmente de acuerdo (con valor de 5 puntos)

respuesta más prevalente en un 18.52% fue "Más actividades y temas". Esto se puede interpretar como un efecto positivo, pues al brindar eficientemente las herramientas y estrategias a los residentes, volviéndolas más atractivas y de mayor interés, se facilita su comprensión, interpretación, aplicación y replicación para su autocuidado y para el beneficio de sus pacientes. Esto representa un área de oportunidad en el impulso de programas para capacitación de los médicos en formación en temas de salud mental o la mejora de los ya existentes a nivel institucional, como lo propuesto por Braquehais *et al.*, quienes reportaron que los médicos residentes parecen sentirse cada vez más seguros a la hora de buscar ayuda cuando padecen trastornos mentales al acudir a programas gratuitos, de fácil acceso y altamente confidenciales, lo que puede ayudar a superar la reticencia de los médicos a solicitar un tratamiento especializado cuando sea necesario.¹⁵

No obstante, uno de los principales y más frecuentes trastornos presentes en los trabajadores de la salud es el SB el cual fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberg, quien notó en los médicos que en un lapso de 2 a 3 años comenzaron a mostrar actitudes como agotamiento por el trabajo, pérdida de interés y desmotivación, junto con otros síntomas como ansiedad y depresión.¹⁶ Este agotamiento vuelve a las personas más propensas a hacer evaluaciones cognitivas negativas al utilizar meca-

nismos de afrontamiento poco efectivos como el abuso de sustancias, pensamientos de rumiación, aislamiento social, y pensamientos autolesivos. La función cognitiva que más frecuentemente se ve afectada en situaciones de estrés es la memoria.¹⁷ Con respecto al conocimiento del SB en personal médico, no se observaron diferencias, lo cual se evaluó en el presente estudio en el ítem 7. Esto posiblemente se deba a que los residentes ya contaban con el conocimiento suficiente acerca de los elementos que caracterizan al SB en personal médico y lograron identificarlo en ellos mismos, pero no contaban con el conocimiento de las estrategias conductuales y cognitivas específicas para evitarlo o aliviarlo. De ahí la importancia de comprender el impacto de los comportamientos individuales de los médicos en formación dentro y fuera del hospital, en el contexto del SB y otros trastornos de salud mental, pues varios estudios sugieren la implementación de estrategias de afrontamiento para apoyar el bienestar individual, las cuales son esenciales para poder crear una cultura que apoya este aspecto en los médicos,^{18,19} al conocer y aplicar los factores que ayudan a prevenir el agotamiento como, por ejemplo, pasar tiempo fuera del trabajo, dormir lo suficiente, hacer ejercicio, tener pasatiempos, mantener una vida fuera del trabajo y controlar el estrés, todos estos abordados en el presente estudio.^{20,21} Ejemplo de esto es lo observado en el notorio incremento del 13.33% posterior a la intervención en el ítem 1, acerca del conocimiento sobre elementos de un estilo de

vida saludable, lo cual se puede interpretar como satisfactorio, pues representa una mejora en la identificación de estrategias personales de autocuidado.

Sin embargo, la investigación sobre intervenciones y estrategias para prevenir o reducir el agotamiento de los residentes es escasa. En una revisión se indicó que los enfoques cognitivos, conductuales y basados en la atención plena (*mindfulness*) pueden contribuir a reducir los niveles de agotamiento, depresión, el riesgo de suicidio y otras condiciones mentales entre los médicos en formación.²² De hecho, se ha informado que el *mindfulness* es útil no solo para reducir el agotamiento, sino también para promover el bienestar, el autocuidado, la conciencia y la calidad de la atención al paciente entre los profesionales de la salud.^{23,24} De igual manera, la literatura existente demuestra la efectividad de las técnicas de relajación, como la respiración profunda, la imaginación guiada, la meditación, la relajación muscular progresiva y muchos otros métodos.^{25,26} En la presente investigación, se les brindó a los médicos residentes por medio de las sesiones programadas, las estrategias para realizar de manera adecuada las técnicas de relajación basadas en la meditación guiada como *mindfulness* y la relajación muscular progresiva. Se observó que el 40.74% de los participantes resaltó “las técnicas de relajación brindadas” como el elemento que más les gustó de la intervención. Asimismo, se demostró un incremento significativo del 33.34% en el ítem 14, acerca de la utilización de técnicas de relajación ante situaciones de malestar emocional de las últimas 6 semanas a 6 meses, $p = 0.005$. Cabe mencionar que el 30% de los residentes refirió que aplicaba las técnicas de relajación después de la intervención ante situaciones personales de estrés o ansiedad y 20% de ellos lo utilizó en el hospital, lo cual es consistente con el objetivo de las herramientas brindadas al mostrar resultados satisfactorios de conocimiento en el autocuidado posterior a la intervención y mejorar así su aplicación en situaciones estresantes de la vida.

Adicionalmente, las extensas jornadas laborales producen privación del sueño que deteriora el rendimiento laboral y aumenta la probabilidad de errores médicos.⁴ De ahí que surgió la necesidad en la presente investigación de analizar el conocimiento sobre las medidas de higiene del sueño y estilo de vida saludable en los médicos residentes. El 20% de los residentes participantes refirieron que esta intervención les ayudó a mejorar su higiene del sueño al aplicar las técnicas de relajación brindadas durante las sesiones para inducirlo, lo cual es consistente con lo reportado por Simon *et al.*, quienes mencionan que la privación del sueño tiene serias repercusiones en el estado de salud, las cuales son atenuadas por la aplicación de la técnica de relajación muscular progresiva antes de las siestas diurnas.²⁷ Además, en este estudio se valoró, por medio de la dimensión

estilo de vida e higiene del sueño, el conocimiento de los médicos residentes acerca de estos temas y se observó un incremento significativo del 30% en el ítem 2 con respecto a las correctas medidas de higiene del sueño aplicables a su campo, $p = 0.01$. De igual manera, se observó un incremento en los ítems 3, 4, 5 y 6 acerca de las características de un sueño de buena calidad, actividades para mejorar la higiene del sueño y los factores que predisponen el insomnio, aunque no hubo diferencia significativa, pues los residentes habían obtenido puntajes previos a la intervención $\geq 90\%$. Si bien esto puede indicar que ya contaban con el conocimiento previo suficiente, el incremento en este certiora la adecuada retención de información para la posterior aplicabilidad de las estrategias en su día a día.

Con respecto a la prevalencia del riesgo suicida, se ha demostrado que es más alta en los médicos residentes que en la población general. Esto puede encontrarse relacionado con síntomas de depresión y ansiedad que se ven facilitados por el agotamiento, la privación del sueño, el acoso laboral y el abuso de alcohol y sustancias.²⁸ Se ha demostrado en un estudio en población mexicana que la guía OMS-mhGAP puede aumentar la preparación para identificar y tratar la depresión y la conducta suicida, y, a pesar de sus limitaciones, sienta las bases para demostrar la utilidad de la formación breve basada en la guía mhGAP.²⁹ Esto concuerda con la presente intervención basada en el mhGAP, donde se observó un evidente incremento en cada uno de los ítems de la dimensión de prevención del suicidio, aunque no se obtuvieron diferencias significativas, lo que permite inferir que los residentes ya contaban con el conocimiento previo del tema y la intervención se pudo tomar como un reforzador para facilitar la identificación de la conducta suicida y su correcta prevención.

Por otra parte, el consumo frecuente de alcohol en profesionales de la salud representa un reto, puesto que es considerada una estrategia de afrontamiento negativa o peligrosa que es utilizada por muchos médicos en formación para relajarse. Una revisión reciente demuestra que casi una quinta parte de los profesionales de la salud beben hasta llegar a un nivel peligroso y participan en atracones frecuentes de alcohol. La prevalencia combinada del consumo peligroso de alcohol fue del 20%, con estimaciones agrupadas del 18% para el consumo frecuente de alcohol, 3% para el consumo nocivo de alcohol y 15% para el consumo dependiente de alcohol.³⁰ Esto no concuerda con lo reportado en el presente estudio, donde se observó una prevalencia de 83.33% para consumo de alcohol de bajo riesgo, 13.33% para consumo de riesgo y 3.33% para el consumo dependiente, aunque no se observó un incremento en la dimensión de “Prevención del consumo de alcohol”. En cuanto al ítem 15, acerca de haber participado en alguna actividad social que no involucrara el consumo de

alcohol en los últimos 6 meses, 86.67% de los residentes refirieron que la intervención les ayudó a mejorar o disminuir su consumo de alcohol a largo plazo, pues obtuvieron el conocimiento de las estrategias para socializar en escenarios más saludables sin el consumo de alcohol.

Una de las principales limitaciones del presente estudio fue que solo se aplicó a la especialidad de Ginecología y Obstetricia, por lo que sería recomendable extenderlo a otras especialidades tanto médicas como quirúrgicas para conocer el efecto en diferentes ámbitos de formación. De la misma manera, habría que homogenizar la proporción de población en cuanto a hombres y mujeres, ya que esta puede ser una variable que influya en los resultados.

La principal fortaleza fue que se demostró que la intervención basada en mhGAP en médicos residentes incrementó y mantuvo el conocimiento de las estrategias de autocuidado y afrontamiento, además de que la percepción de la intervención realizada fue expresada como muy satisfactoria en más de dos terceras partes. Los médicos residentes coincidieron en que esta intervención facilitó la comprensión de la importancia del conocimiento de las estrategias de autocuidado, afrontamiento, prevención del suicidio y consumo de alcohol y sustancias. Asimismo, los médicos residentes destacaron la importancia de que los trabajadores de la salud desarrollen una cultura hospitalaria en temas de salud mental. En futuras intervenciones, se recomienda implementar la capacitación de los docentes para que sean los encargados de transmitir conocimientos a las generaciones en formación, además de utilizar

reforzadores y establecer la formación continua y permanentemente. Se sugiere promover la intervención basada en el documento *Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno* en todas las unidades donde se lleva la capacitación del personal de salud, y hacer énfasis en los beneficios tanto para el personal como para los pacientes.

Conclusiones

El presente estudio mostró un efecto benéfico, ya que los médicos residentes adquirieron y mantuvieron conocimientos sobre las estrategias de autocuidado y afrontamiento mediante la intervención realizada. Es importante centrarse en el bienestar de los residentes en formación y proporcionarles las herramientas para mejorar su autocuidado y afrontamiento; esto debe ser una prioridad para los educadores médicos. Estas estrategias mostraron evidencia de su utilidad para evitar el SB, los trastornos del sueño, los trastornos del estado del ánimo y los trastornos por consumo de sustancias. De ahí que existe la necesidad de realizar investigaciones con intervenciones enfocadas en el aprendizaje en temas de salud mental y estrategias de autocuidado de los médicos en formación.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno. Washington, DC: OPS; 2021. doi: 10.37774/9789275324639.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. México: Diario Oficial de la Federación; 4 de enero de 2013. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013&print=true
3. Vargas-Terrez BE, Moheno-Klee V, Cortés-Sotres JF, et al. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación educ. médica*. 2015;4(16):229-35. doi: 10.1016/j.riem.2015.08.001
4. Vidal de la Fuente S, Real Ramírez J, Ruíz Rosas JA, et al. Evaluation of mental health and occupational stress in Mexican medical residents. *Salud Ment*. 2020;43(5):209-18. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252020000500209&lng=es
5. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, et al. Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemic: An up-date. *Med Clin (Barc)*. 2021;157(3):130-40. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.003
6. Nimer A, Naser S, Sultan N, et al. Burnout Syndrome during Residency Training in Jordan: Prevalence, Risk Factors, and Implications. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1557. doi: 10.3390/ijerph18041557
7. Urban RBR, Medina-Ayala RA, Barrios-Olán C. Ansiedad y depresión en un grupo de médicos residentes de la especialidad de medicina familiar de Sonora, México. *Arch Med Fam*. 2023;25(2):69-76. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf232d.pdf>
8. Nobleza D, Hagenbaugh J, Blue S, et al. Resident Mental Health Care: a Timely and Necessary Resource. *Acad Psychiatry*. 2021;45(3):366-70. doi: 10.1007/s40596-021-01422-1
9. Aldana López JA, Serrano Sánchez MDR, Páez Venegas N, et al. Impact of a social media-delivered distance learning program on mhGAP training among primary care providers in Jalisco, Mexico. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):965. doi: 10.1186/s12909-024-05950-w
10. Morales Quintero LA, Moral Jiménez MV, Rojas Solís JL, et al. Psychometric properties of the Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in adolescents and young adults from Southern Mexico. *Alcohol*. 2019;81:39-46. doi: 10.1016/j.alcohol.2019.05.002

11. Briones G, Benavides J. Estrategias neurodidácticas en el proceso de enseñanza-aprendizaje de educación básica. *ReHuSo*. 2021;6(1):56-64. doi: 10.5281/zenodo.5512773
12. Villamizar-Gómez L, Ibáñez Antequera C, Casanova Liberos R. Estrategias educativas y aprendizaje significativo en los cursos de investigación para médicos residentes: una mirada desde la literatura. *Revista Española de Educación Médica*. 2022; 3(3):4-19. doi: 10.6018/edumed.526931
13. Ramírez-Mendoza J, García-Galicia A, Aréchiga-Santamaría A, et al. Cognición en médicos residentes con y sin ansiedad en un hospital formador de especialistas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(2):147-54. Disponible en: https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/4696/4527
14. Guglielmetti LC, Gingert C, Holtz A, et al. Nationwide Study on Stress Perception Among Surgical Residents. *World J Surg*. 2022;46(7):1609-22. doi: 10.1007/s00268-022-06521-0
15. Braquehais MD, Vargas-Cáceres S, Nieva G, et al. Characteristics of resident physicians accessing a specialised mental health service: a retrospective study. *BMJ Open*. 2021;11(12):e055184. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055184
16. Freudenberger HJ. Staff Burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30:159-65. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
17. Manzoor S, Sajjad M, Anwar I, et al. Coping strategies adopted by medical residents in dealing with work-related stress: a mixed-methods study. *BMC Med Educ*. 2022;22(1):449. doi: 10.1186/s12909-022-03520-6
18. Doolittle BR. Association of Burnout with Emotional Coping Strategies, Friendship, and Institutional Support Among Internal Medicine Physicians. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021;28(2):361-7. doi: 10.1007/s10880-020-09724-6
19. Menaldi SL, Raharjanti NW, Wahid M, et al. Burnout and coping strategies among resident physicians at an Indonesian tertiary referral hospital during COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2023;18(1):e0280313. doi: 10.1371/journal.pone.0280313
20. Winkel AF, Woodland MB, Nguyen AT, et al. Associations Between Residents' Personal Behaviors and Wellness: A National Survey of Obstetrics and Gynecology Residents. *J Surg Educ*. 2020;77(1):40-4. doi: 10.1016/j.jsurg.2019.08.014
21. Kim DY, Hong SH, Jang SH, et al. Systematic Review for the Medical Applications of Meditation in Randomized Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(3):1244. doi: 10.3390/ijerph19031244
22. Guzmán-Díaz G, Guerrero Barrios S, Rodríguez-Alfaro SE, et al. Salud mental en posgrado médico: una urgencia en la sistematización de estrategias. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2024;62(5):e6048. doi: 10.5281/zenodo.12668169
23. Yogeswaran V, El Morr C. Effectiveness of online mindfulness interventions on medical students' mental health: a systematic review. *BMC Public Health*. 2021;21(1):2293. doi: 10.1186/s12889-021-12341-z
24. Fazio T, Bubbico F, Nova A, et al. Improving stress management, anxiety, and mental well-being in medical students through an online Mindfulness-Based Intervention: a randomized study. *Sci Rep*. 2023;13(1):8214. doi: 10.1038/s41598-023-35483-z
25. Toussaint L, Nguyen QA, Roettger C, et al. Effectiveness of Progressive Muscle Relaxation, Deep Breathing, and Guided Imagery in Promoting Psychological and Physiological States of Relaxation. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021; 2021:5924040. doi: 10.1155/2021/5924040
26. Talo B, Turan GB. Effects of progressive muscle relaxation exercises on patients with epilepsy on level of depression, quality of sleep, and quality of life: A randomized controlled trial. *Seizure*. 2023;105:29-36. doi: 10.1016/j.seizure.2023.01.002
27. Simon KC, McDevitt EA, Ragano R, et al. Progressive muscle relaxation increases slow-wave sleep during a daytime nap. *J Sleep Res*. 2022;31(5):e13574. doi: 10.1111/jsr.13574
28. Jordán-Alfonso A, Arrom-Suhurt C, Capurro M. H, et al. Riesgo suicida y depresión en Residentes de un Hospital Escuela. *Revista Científica Ciencias de la Salud*. 2022;4(2):74-82. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=749878847010>
29. Robles R, Lopez-Garcia P, Miret M, et al. WHO-mhGAP Training in Mexico: Increasing Knowledge and Readiness for the Identification and Management of Depression and Suicide Risk in Primary Care. *Arch Med Res*. 2019;50(8):558-66. doi: 10.1016/j.arcmed.2019.12.008
30. Halsall L, Irizar P, Burton S, et al. Hazardous, harmful, and dependent alcohol use in healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 2023; 11:1304468. doi: 10.3389/fpubh.2023.1304468