

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO, TRATAMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MÉDICOS RESIDENTES

## PROGRAM FOR SUICIDAL PREVENTION, MENTAL DISORDER TREATMENT, AND MENTAL HEALTH DEVELOPMENT FOR RESIDENT DOCTORS

José Luis Jiménez-López<sup>1\*</sup>, Jesús Arenas Osuna<sup>2\*\*</sup>

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Recibido: 19 de enero de 2016–Aceptado: 21 de junio de 2016

### Forma de citar este artículo en APA:

Jiménez-López, J. L. y Arenas Osuna, J. (enero-junio, 2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), pp. 227-241. DOI: <http://dx.doi.org/10.21501/22161201.1819>

## Resumen

La elevada demanda asistencial aunada a la carga académica de los cursos de especialización en medicina afecta la salud mental de los médicos residentes, produciendo manifestaciones que van desde el simple malestar emocional hasta el desarrollo de trastornos afectivos en personas predispuestas. El suicidio de médicos ha generado programas para su atención en algunos países. Presentamos la primera clínica de salud mental para médicos residentes de un hospital de alta especialidad en México, centrada en la prevención del suicidio y depresión, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental. A diferencia de los reportes de baja tasa de respuesta en otros países, se ha conseguido una participación mayor a 95%, se proporciona tratamiento oportuno y seguimiento a los residentes identificados con trastorno mental, y no han presentado suicidios consumados. Suponemos que la utilización de diferentes estrategias (escrutinio, adaptación de modelos de prevención del suicidio como entrenamiento por pares y entrenamiento *gatekeeper*, sesiones informativas de desestigmatización y promoción de la salud mental, intervenciones dirigidas

<sup>1\*</sup> Médico cirujano. Psiquiatra. Jefe de Departamento Clínico, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social. La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a José Luis Jiménez López, Seris y Zaachila S/N Col. La Raza, Del. Azcapotzalco, México, D. F., C. P. 02990. Correo electrónico: [jjimenezpsi@hotmail.com](mailto:jjimenezpsi@hotmail.com) ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-9653-6541>

<sup>2\*\*</sup> Médico cirujano. Magíster en Administración de instituciones de salud. Jefe de la División de Educación en Salud, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social. Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: [jesus.arenas@imss.gob.mx](mailto:jesus.arenas@imss.gob.mx) ORCID iD:

a individuos y grupos con conflictos) ha sido de utilidad contra las barreras que impiden que los médicos identifiquen los signos de alarma de riesgo de suicidio, busquen ayuda por la presencia de trastorno mental y procuren mejorar su salud mental.

### **Palabras clave:**

programa de salud mental; prevención del suicidio; promoción de la salud mental; médicos residentes.

### **Abstract**

High demand of care and the academic burden of courses of specialization in medicine affect the mental health of medical residents with events ranging from simple emotional discomfort to development of affective disorders in susceptible individuals. The suicide of physicians has produced programs for their attention in some countries. We present the first mental health clinic for residents of a high specialty hospital in Mexico, focused on the prevention of suicide and depression, treatment of mental disorders and mental health promotion. Unlike the reports of other countries, we get participation of more than 95%, we provide appropriate treatment and follow-up to residents with mental disorder, and there has not been a consummate suicide. We assume that the use of different strategies (scrutiny, adapting models of prevention of suicide as a peer and gatekeeper training, informative sessions of mental health promotion and stigma, interventions targeted at individuals and groups with conflicts) has been useful against barriers that do not allow doctors to identify the risk of suicide warning signs, seek help for mental disorder, and seek to improve their mental health.

### **Keywords:**

Mental Health Program; Suicide Prevention, Mental Health Promotion; Medical Residents.

## INTRODUCCIÓN

El malestar emocional relacionado con el trabajo de los médicos se ha estudiado desde hace 50 años. En médicos residentes (médicos en adiestramiento para convertirse en especialistas) las investigaciones en este campo son más recientes. Los términos utilizados son variados: estrés, *burnout*, desgaste profesional, depresión, ansiedad, agotamiento psíquico e insatisfacción (Betancourt Sánchez, Rodríguez Islas, Vallecillo Escobar y Sánchez Rico, 2008; Pérez Cruz, 2006; Prieto Miranda, Rodríguez Gallardo, Jiménez Bernardino y Guerrero Quintero, 2013; Sepúlveda Vildósola, Flores Pulido, López Fuentes y López Aguilar, 2006). A pesar de la abundante información sobre el malestar emocional en médicos, poco se ha hecho para atender el problema. El suicidio en residentes ha producido mayor interés y generado programas para su atención. En la Universidad de California de los Estados Unidos de Norte América se creó el programa *The Healer Education Assessment and Referral (HEAR)*, después del suicidio de un médico en 2009. Según Moutier et al. (2012), puede ser el primer programa de prevención del suicidio mediante la desestigmatización y aceptación de la depresión en estudiantes, residentes y profesores médicos de una universidad.

En México, la sintomatología mayormente estudiada en médicos residentes de unidades de alta especialidad es la relacionada con el estrés, *burnout*, ansiedad y depresión (Dávila Valero, Alfaro Mejía y Padilla Ochoa, 2006; Sepúlveda Vildósola, Romero Guerra y Jaramillo Villanueva, 2012; Vázquez Zamora, 1998) y, recientemente, la ideación y riesgo suicida, con prevalencias para esta última de 4% (Jiménez-López, Arenas-Osuna y Angeles-Garay, 2015) a 10% (Hernández Montellano, Dosta Herrera y Jiménez-López, 2011).

El suicidio en médicos mexicanos ha sido poco estudiado a pesar de que es la complicación más grave de los trastornos mentales. En un artículo publicado en BBC Mundo (Nájar, 2010), Martha Ontiveros, entonces subdirectora del Instituto Nacional de Psiquiatría, reconoció que en México no había estadísticas sobre el número de médicos que se quitan la vida.

Los datos internos del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, Centro Médico Nacional La Raza (HECMR) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), registran 10 suicidios consumados en médicos residentes entre los años 2000 y 2009. Estas cifras, aunadas a los reportes de malestar emocional durante la residencia, motivaron la creación de la *Clínica de Salud Mental para Médicos Residentes (CSM-MR)* que a continuación presentamos.

## ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El HECMR se inauguró hace 35 años para brindar servicios de alta especialidad a los derechohabientes del IMSS. Está conformado por 35 departamentos médicos de especialidad y proporciona cobertura a la población derechohabiente de la zona norte de la capital de la República Mexicana; hospitaliza alrededor de 17 mil pacientes, realiza 6600 procedimientos de alta complejidad y otorga más de 150 mil consultas cada año. Es sede de: 22 especialidades médicas, licenciatura en enfermería, 7 adiestramientos de alta especialidad, 2 cursos posttécnicos y 1 técnico. La División de Educación en Salud es la encargada de coordinar los cursos de especialización y actualización de las diferentes disciplinas. Por su calidad de unidad médica de alta especialidad (UMAE), los residentes ingresan a partir del segundo año de adiestramiento y no cuenta con médicos internos de pregrado ni estudiantes de medicina.

El departamento de psiquiatría y psicología se creó junto con el HECMR y tiene como característica distintiva ser un servicio exclusivamente interconsultante. Su objetivo es atender la comorbilidad psiquiátrica de pacientes internados y ambulatorios. Atiende, además, patología psiquiátrica primaria que se manifiesta clínicamente como somatizaciones; y condiciones propias de una unidad médica de alta especialidad como depresión resistente a tratamiento, anorexia nerviosa, bulimia, disforia de género, y candidatos a trasplante de órganos y a cirugía bariátrica. Las actividades relevantes en otras áreas incluyen la docencia (para residentes de psiquiatría, medicina interna, neurología y geriatría); la investigación (con publicaciones dirigidas, principalmente, a Latinoamérica); participación en los comités de bioética hospitalaria, trasplante de órganos y de investigación en salud; y colaboración con grupos psicoeducativos de otras especialidades médicas del hospital. Recientemente se amplió el área de influencia a los médicos especialistas en formación con la CSM-MR.

La primera evidencia de preocupación de los residentes por su propia salud mental en el HECMR data de 1995, con una tesis que evaluó la ansiedad y depresión en residentes de anestesiología (Sánchez Esquivel, 1995), desde entonces se han elaborado, de manera regular, tesis con el mismo objetivo (Alvarado Romero, 2001; Dávila Valero et al., 2006; Tavira Castelán, 1998; Vázquez Zamora, 1998), reportando prevalencias para depresión de 35% a 70% y para ansiedad de 12% a 80%; el riesgo de suicidio no fue motivo de tesis hasta 2011 cuando Hernández Montellano et al. (2011) reportaron 10% de riesgo en anesestesiólogos. En 2009, los jefes del departamento de psiquiatría y psicología y de la división de educación en salud decidieron crear un programa orientado a la atención de la salud mental de los médicos residentes. Para tal efecto, se evaluaron los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en los residentes que llegaban al hospital para continuar su residencia. Los resultados de interés para la elaboración de los objetivos de la clínica fueron los siguientes: (a) se presentaron diferencias en las mediciones iniciales y a la mi-

tad del ciclo académico (depresión: 3.7% vs 22.2%; ansiedad: 38% vs 56.5%; y riesgo de suicidio: 1.9% vs 7.4%); (b) la prevalencia de trastorno depresivo no fue superior a la reportada en la población general (4.6%); (c) el riesgo de suicidio estuvo presente en quienes tenían antecedente de trastorno depresivo; y (d) los factores psicosociales personales (conflictos de pareja, suspensión del tratamiento) se asociaron a los trastornos mentales, más que al ambiente laboral o académico (Jiménez-López et al., 2015). Con estos datos, y el antecedente de un suicidio consumado por año entre el periodo 2000 y 2009, se implementó un programa formal de prevención de suicidio, tratamiento de la depresión y otros trastornos mentales y promoción de la salud mental de médicos residentes del hospital.

Otro tema de preocupación en el desempeño de los residentes es el de los errores médicos. Según Wu (1999), la epidemiología sobre este asunto no es concluyente por motivos inherentes al error (tendencia natural a su ocultamiento, temor a las sanciones, dificultad para aceptarlo, entre otros). Sin embargo, se reporta que al menos la mitad de los errores médicos son prevenibles (Hayward, 2001). Los factores de mayor riesgo son, entre otros: relaciones interpersonales deficientes, impericia y presiones psicológicas de los médicos.

En el HECMR se tiene registro de 40 eventos por errores médicos durante 2014, en los que han estado involucrados médicos residentes. Estos eventos justificaron un nuevo objetivo de la CSM-MR: la implementación de estrategias con impacto en los factores de riesgo para errores médicos y que favorezcan la cultura del reporte.

En 2015 se agregó el servicio *Junta médica para evaluación de conductas médicas disruptivas*, como consecuencia de los comentarios internos sobre eventuales relaciones interpersonales conflictivas de los médicos residentes.

## ORGANIZACIÓN

LA CSM-MR se encuentra insertada en el hospital de especialidades en un espacio virtual, es decir que, al no poseer una infraestructura propia, utiliza los recursos de los departamentos involucrados. La conforma un equipo de profesionales de la salud que ofrece un servicio centrado en la promoción de la salud mental de los médicos residentes con sede en la misma unidad. La figura 1 muestra el organigrama.

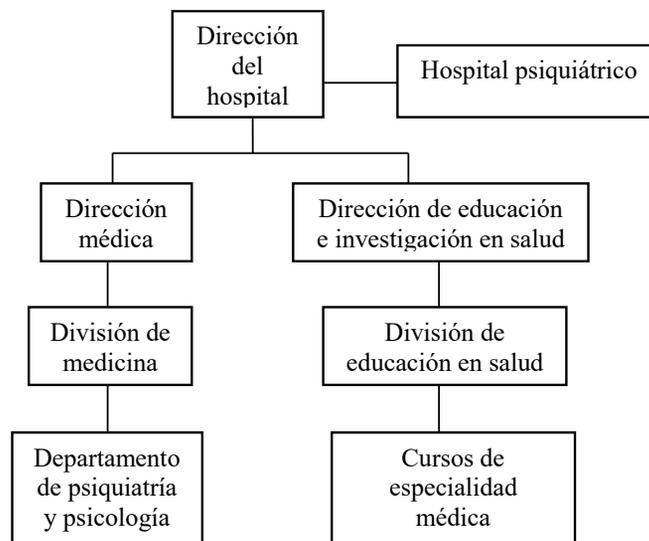


Figura 1. Organigrama de la Clínica virtual de salud mental para médicos residentes insertada en el Hospital de Especialidades del Centro médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sus actividades se fundamentan en las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (2001); la tabla 1 describe la conceptualización básica. Los servicios que proporciona se orientan a la prevención de depresión y suicidio, tratamiento oportuno de enfermedades mentales, disminución de la propensión a errores médicos y promoción de la salud mental (figura 2).

Tabla 1

Conceptualización básica de la Clínica de salud mental para médicos residentes del Hospital de Especialidades del Centro médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social

Promoción de la salud	Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001).
Salud mental	Estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2001).
Misión	Promover la salud mental de los médicos residentes mediante estrategias directas (detección, evaluación, diagnóstico y manejo de manifestaciones de malestar emocional y/o psicopatología) e indirectas (sesiones informativas y de manejo de problemas específicos), que les permitan un adecuado funcionamiento como médicos en adiestramiento.
Visión	Ser una clínica con presencia activa y permanente en la promoción de la salud mental y en la evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades mentales de médicos residentes, que permita generar (y publicar) conocimiento sobre su estado emocional durante la residencia.
Población diana	Participantes en los cursos de especialización médica con sede en el Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico La Raza.
Población meta	Médicos residentes que inician su adiestramiento en el Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del Centro Médico La Raza.
Objetivo general	Mejorar la salud mental de médicos residentes en periodo de adiestramiento.
Objetivos específicos	Identificar al 90% de residentes con vulnerabilidad para depresión y suicidio, al inicio de su adiestramiento en el hospital. Disminuir la muerte de residentes por suicidios prevenibles. Proporcionar tratamiento oportuno a 95% de residentes que desarrollen trastorno mental. Disminuir el número anual de residentes involucrados en errores médicos. Aumentar el número anual de reportes de eventos centinela. Publicar resultados de investigaciones realizadas en la CSM-MR.

Nota: elaboración propia.

1. Detección oportuna de residentes con riesgo para depresión, suicidio y abuso de sustancias mediante escalas de tamizaje a su ingreso a la unidad sede.
2. Evaluación de residentes con sospecha de trastorno mental.
3. Tratamiento psiquiátrico a residentes con diagnóstico de trastorno mental.
4. Psicoterapia a residentes que lo requieran.
5. Envío al hospital psiquiátrico cuando se indique internamiento o valoración por la Clínica de Adicciones.
6. Seguimiento de residentes con diagnóstico de trastorno mental y tratamiento iniciado en otra unidad médica.
7. Promoción de la salud mental mediante sesiones programadas (resiliencia, manejo de conflictos, control del estrés, afrontamiento de situaciones difíciles).
8. Intervención grupal a residentes en situación de crisis.
9. Evaluación en Junta Médica de residentes propensos al conflicto o involucrados en errores médicos.

Figura 2. Servicios que ofrece la Clínica de salud mental para médicos residentes del Hospital de Especialidades del Centro médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El proceso de prevención y tratamiento oportuno de trastornos mentales inicia cuando el médico residente responde los instrumentos de medición de depresión, riesgo de suicidio y datos sociodemográficos que se incluyen en los trámites administrativos necesarios para ingresar al HECMR y que se llevan a cabo en la división de educación en salud. La hoja frontal del paquete de instrumentos especifica que los resultados son confidenciales y se archivan en la CSM-MR. Los motivos de valoración por el departamento de psiquiatría y psicología son tres: (a) por puntajes sospechosos de depresión y/o riesgo de suicidio en las escalas de medición; (b) por solicitud del jefe de la división de educación en salud y/o el titular del curso de alguna especialidad al identificar a un residente con probable trastorno; y (c) solicitud espontánea del residente. El camino a seguir dependerá del resultado de la valoración (Figura 3).

Cuando un residente es identificado por conductas disruptivas que involucran a pacientes y/o compañeros de trabajo, se convoca la Junta Médica. En esta reunión se analiza el conflicto que motivó la reunión, con el objeto de identificar factores causales y proporcionar soluciones y estrategias preventivas; sus funciones no son de carácter jurídico ni disciplinario.

Antes de iniciar el ciclo académico se programan sesiones de promoción de la salud mental dirigidas a residentes, con énfasis en su impacto en el desempeño laboral y académico (resiliencia, control del estrés y manejo de conflictos). En la primera sesión del año, se proporciona información sobre el suicidio y se corrigen conceptos equivocados; se resaltan los factores de riesgo para depresión y la vulnerabilidad para errores médicos; y se reconoce la importancia de la detección y ayuda oportuna ante la sospecha de depresión y/o riesgo de suicidio en sus compañeros, insistiendo en la necesidad de crear una cultura del autocuidado.

Eventualmente se realizan sesiones grupales con residentes de una especialidad en particular por conflictos intragrupo.

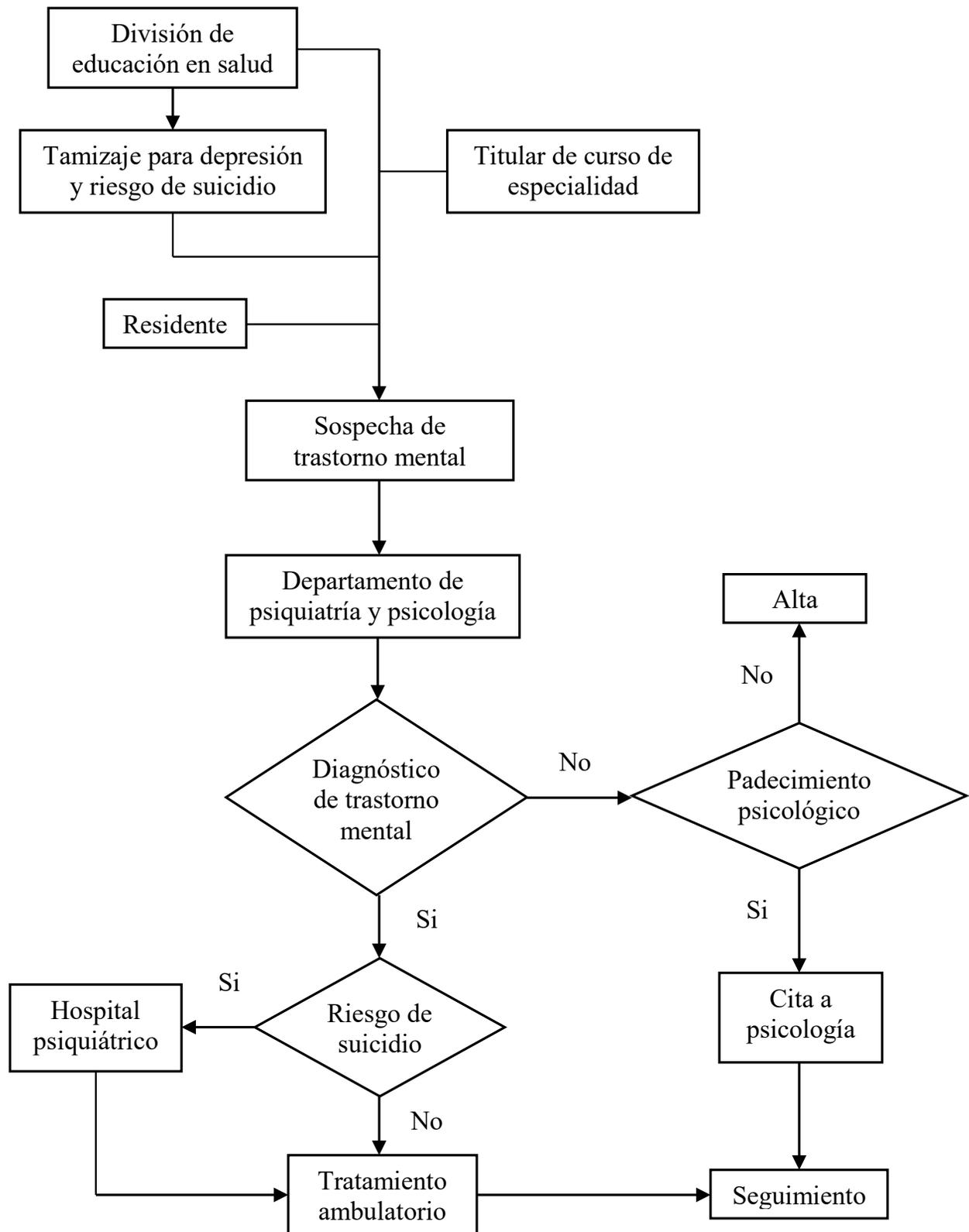


Figura 3. Diagrama de flujo de atención de médicos residentes con sospecha de trastorno mental.

## RESULTADOS

El primer año de escrutinio incluyó solo las especialidades de mayor demanda (medicina interna, cirugía general y anestesiología); luego se agregaron el resto de las especialidades y subespecialidades médicas. En la actualidad se tienen tamizados 594 residentes de un total de 602 (tabla 2).

**Tabla 2**

*Número de residentes encuestados por año y por especialidad*

Especialidad	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Medicina interna	30	39	26	31	35	161
Anestesiología	30	34	27	35	35	161
Cirugía general	40	29	15	26	35	145
Urología	4	0	8	0	6	18
Anatomía patológica	4	2	2	4	4	16
Medicina nuclear	0	3	5	2	4	14
Cirugía plástica y reconstructiva	0	2	4	0	7	13
Nefrología	0	1	4	0	4	9
Cardiología	0	0	2	2	3	7
Neurocirugía	0	2	2	0	2	6
Gastroenterología	0	1	1	1	3	6
Cirugía de colon y recto	0	0	2	1	2	5
Dermatología	0	0	1	1	3	5
Cirugía maxilo facial	0	0	4	0	0	4
Neurología	0	0	0	1	3	4
Hematología	0	0	1	0	3	4
Alergia	0	0	2	0	2	4
Terapia intensiva	0	0	1	1	2	4
Angiología	0	0	2	0	1	3
Endocrinología	0	0	0	1	2	3
Reumatología	0	0	0	0	2	2
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>113</b>	<b>109</b>	<b>106</b>	<b>158</b>	<b>594</b>

Nota: elaboración propia.

La prevalencia de trastorno mental por año varía entre 3.7% y 8.4%. Los trastornos diagnosticados, en orden de frecuencia, son: trastorno depresivo mayor, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, distimia, reacción adaptativa, trastorno bipolar, trastorno por déficit de atención del adulto, bulimia y narcolepsia; todos en tratamiento y seguimiento por el departamento de psiquiatría y psicología.

De los residentes citados al departamento de psiquiatría por puntajes sospechosos de depresión (10% del total), en 4% a 5% se confirmó el diagnóstico de trastorno depresivo.

Las entrevistas a residentes que reciben tratamiento en el departamento de psiquiatría y psicología revelan tres circunstancias asociadas al desarrollo de trastorno depresivo: (a) antecedente personal de depresión; (b) suspensión del tratamiento iniciado antes de su ingreso al HECMR; y (c) conflictos conyugales o rupturas de pareja. La mayoría de los residentes que fueron enviados por algún jefe de departamento o que solicitaron espontáneamente atención aceptaron no haber respondido con honestidad las escalas durante su inscripción, por lo que resultaron sin riesgo de depresión y/o ansiedad. Otro hallazgo importante y propio de la residencia, en la mayoría de los evaluados, fue la falta de apoyo familiar por encontrarse lejos de su ciudad de origen.

En lo referente al suicidio, en 5 años dos residentes presentaron intento de suicidio que se atendió oportunamente en el HECMR; 6 residentes fueron enviados al hospital psiquiátrico por riesgo elevado de suicidio, con seguimiento posterior a su egreso; y no se han presentado suicidios consumados.

Se han realizado intervenciones grupales con residentes de dos especialidades, en una de ellas se consiguió que un residente conflictivo, cuya conducta repercutía en la calidad de la atención, fuera rescindido.

En el año 2015 se implementó la *Junta médica para evaluación de conductas médicas disruptivas* y las intervenciones para disminuir los errores médicos; aún no hay resultados disponibles.

---

## DISCUSIÓN

---

La atención de la salud mental de los médicos residentes ha sido tardía por diferentes motivos; Givens y Tjia (2002) identificaron en su estudio de 200 participantes las siguientes barreras para la búsqueda de atención en estudiantes que lo necesitaban: falta de tiempo, falta de confidencialidad, estigma, costo, temor a registros en su expediente académico y temor a una intervención no deseada. También se han identificado barreras en los docentes médicos: falta de reconocimiento de síntomas afectivos (Hochberg et al., 2013), idea de que para ser especialista los residentes deben pasar una serie de rituales punitivos y oscuros que demuestren ostensiblemente su capacidad para pertenecer a esa especialidad (Lee, 1994) y la tendencia natural a ocultar los suicidios en colegas (Myers, 2011). A pesar de los informes sobre los cambios emocionales que presentan los médicos durante su formación, las alertas sobre la necesidad de crear estrategias para su atención surgieron hasta que se reportó que el suicidio en médicos no era tan infrecuente como se pensaba.

La publicación de alarmantes estadísticas sobre suicidio en médicos (mayor que en la población general y más frecuente en mujeres que en hombres), hizo pensar que el malestar emocional por estresores propios de la residencia -como las largas jornadas laborales, las pocas horas de sueño y su repercusión en la calidad de vida- es factor causal de suicidio (Schernhammer, & Colditz, 2004), pero los estudios sobre esta asociación no han encontrado evidencia científica (Center et al., 2003). Los factores de riesgo reconocidos son trastorno depresivo y abuso o dependencia de sustancias psicoactivas; cuando existe comorbilidad de estos padecimientos, el riesgo para suicidio o intento de suicidio aumenta (Center et al., 2003; Gutiérrez García, Contreras y Orozco Rodríguez, 2006; Lecrubier, 2001). Se ha documentado que el malestar ocasionado por factores inherentes a la residencia en médicos mexicanos aumenta conforme avanza el ciclo académico (Jiménez-López et al., 2015; Martín del Campo Laurents, González Salas, Bustamante Rojano y García García, 2011) y puede repercutir en el desempeño y en la predisposición para cometer errores médicos (Fahrenkopf et al., 2008; Firth Cozens & Cording, 2004).

Ante estos datos, Levey (2001) y Myers (2011) propusieron recomendaciones para atender el problema, pero las barreras psicosociales han impedido la participación de los residentes en los programas creados para su atención.

La CSM-MR del HECMR es el primer programa formal en el IMSS (y probablemente en el sector salud en México), estructurado y sistematizado, de atención de la salud mental de médicos residentes. Se creó como consecuencia de suicidios consumados en residentes del hospital, de la misma manera que los programas recientemente creados en la Unión Americana (Haskins et al., 2015; Moutier et al., 2012). A diferencia de la baja participación reportada en esos programas (menor al 15%), el que aquí se describe consiguió una participación de 98.6%, en lo que al tamizaje se refiere, porque anexó las escalas de depresión, riesgo de suicidio e información de consumo de sustancias psicoactivas en los trámites requeridos para su ingreso al hospital. Sin embargo, aún existen residentes que evitan ser identificados por temor al estigma, como lo evidenciaron las entrevistas a portadores de trastorno mental que falsearon las respuestas a las escalas. Informarles que los resultados se archivan en la CSM-MR y no en su expediente académico disminuye el temor a la falta de confidencialidad.

La información sobre prevención de trastornos mentales (principalmente factores de riesgo para depresión y suicidio) y sobre promoción de la salud mental, se inserta en el programa de sesiones académicas de residentes, a las que están obligados a asistir, lo que asegura que tal información llegue, cuando menos, al 50% de los residentes del hospital (las ausencias se deben a rotaciones en otras unidades o a periodos vacacionales).

La CSM-MR que presentamos ha vencido barreras psicosociales que impiden la participación de los residentes, pero continúa enfrentándose a dos que son de carácter universal: la estigmatización y la falta de reconocimiento (y en ocasiones negación) de sintomatología afectiva y de riesgo

de suicidio por parte de los docentes médicos, manifestada por minimización del malestar del residente y no autorización de permisos para acudir a la consulta psiquiátrica y/o psicológica; y una que está determinada por el ambiente de la residencia médica: la especialidad conceptualizada como una especie de cofradía. Se considera que con las sesiones informativas que se ajustaron al modelo *Gatekeeper* de prevención del suicidio (Isaac et al., 2009), se ha tenido algún impacto en la desestigmatización del trastorno mental porque algunos residentes han sido acompañados a valoración por sus compañeros. Sin embargo, en el caso de las adicciones ha sido nulo el impacto, porque en 100% de las escalas los residentes niegan abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas; resultados preliminares de una tesis de epidemiología que evalúa este aspecto en residentes de la UMAE del HECMR, presenta una prevalencia de consumo perjudicial de alcohol y dependencia a la nicotina mayor que en la población general, 12% vs 2.4% y 8.7% vs 1.8%, respectivamente (N. Tlecuitl, comunicación personal, noviembre, 2015).

La evaluación de la efectividad de las diferentes estrategias utilizadas en esta clínica es difícil de medir porque preferimos utilizar todas las disponibles (psicoeducación, adaptación del modelo de entrenamiento por pares y *gatekeeper*, escrutinio) para favorecer la búsqueda de atención, disminuir el estigma y evitar las muertes por suicidio. Creemos que el éxito, en lo que a la prevención del suicidio se refiere, se debe en parte a que este programa está dirigido a una población muy homogénea (residentes de una unidad médica).

---

## CONCLUSIONES

---

Este programa de atención de residentes está cumpliendo con el objetivo que le dio origen (disminución de muerte por suicidios prevenibles), ya que desde su creación no se han presentado suicidios consumados. También ha cumplido con objetivos secundarios al detectar residentes vulnerables y proporcionar tratamiento oportuno a aquellos con trastorno mental (la prevalencia no se ha modificado sustancialmente desde su creación). Finalmente, existe una publicación producto de investigación en la CSM-MR (Jiménez-López et al, 2015).

Los autores de este artículo nos unimos a las recomendaciones sobre la necesidad de crear programas de salud mental dirigidos a especialistas en formación, y a la importancia de publicar investigaciones realizadas en este campo.

## REFERENCIAS

- Alvarado Romero, S. (2001). *La ansiedad y depresión en los médicos*. (Tesis de especialidad en medicina interna). Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Recuperado de <http://tesis.unam.mx/F>
- Betancourt Sánchez, M. J., Rodríguez Islas, C. L., Vallecillo Escobar, I. y Sánchez Rico, L. E. (2008). Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatría Biológica*, 15(5), 147-152. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-sintomas-ansiedad-depresion-residentes-especializacion-13127476>
- Center, C., Davis, M., Detre, T., Ford, D. E., Hansbrough, W., Hending, H., Laszlo, J., ... & Silverman, M. M. (June, 2003). Confronting depression and suicide in physicians. *JAMA*, 18(23), 3161-3166.
- Dávila Valero, J. C., Alfaro Mejía, J. A. y Padilla Ochoa, J. (2006). Prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. *Medicina Interna de México*, 22, 73.
- Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... & Landrigan, Ch. P. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *British of Medical Journal*, 336(7642), 488-491. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- Firth Cozens, J., & Cording, H. (2004). What matters more in patient care? Giving doctors shorter hours of work or a good night's sleep? *Quality & Safety Health Care*, 13(3), 165-166.
- Givens, J. L., & Tjia, J. (September, 2002). Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine*, 77(9), 918-921.
- Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M. y Orozco Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5), 66-74.
- Haskins, J., Carson, J. G., Chang, C. H., Kirshnit, C., Link, D. P., Navarra, L., ... & Yellowlees, P. (2015). The suicide prevention, depression awareness, and clinical engagement program for faculty and residents at the University of California, Davis Health System. *Academic Psychiatry*, 11, 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s40596-015-0359-0>
- Hayward, R. A. (2001). Estimating hospital deaths due to errors. Preventability is in the eye of the reviewer. *Journal of the American Medical Association*, 286(4), 415-420.

- Hernández Montellano, P., Dosta Herrera, J. J. y Jiménez López, J. L. (2011). *Riesgo de suicidio en médicos residentes de anestesiología y médicos anesestesiólogos de base del hospital de especialidades, Centro Médico Nacional La Raza*. (Tesis de especialidad en anestesiología). Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Recuperado de <http://tesis.unam.mx/F>
- Hochberg, M. S., Berman, R. S., Kalet, A. L., Zabar, S. R., Gillespie, C., & Pachter, H. L. (February, 2013). The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. *The American Journal of Surgery*, 205(2), 141-146.
- Isaac, M., Elias, B., Katz, L. Y., Belik, S., Deane, F. P., Enns, M. W., & Sareen, J. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie*, 54(4), 260-268.
- Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J. y Angeles-Garay, U. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1), 20-28. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf>
- Lecrubier, Y. (2001). The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behavior. *European Psychiatry*, 16(7), 395-399. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493380100596X>
- Lee, F. S. (1994). Membership has its costs. *JAMA*, 271(13), 1048-1049.
- Levey, R. E. (February, 2001). Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine*, 76(2), 142-150.
- Martín del Campo Laurents, A. F., González Salas, I. C., Bustamante Rojano, J. J. y García García, J. A. (2011). Residentes de nuevo ingreso al Hospital General de México: Variables psicométricas después de seis meses. *Revista Médica del Hospital General de México*, 74(2), 68-74.
- Moutier, C., Norcross, W., Jong, P., Norman, M., Kirby, B., McGuire, T., & Zisook, S. (2012). The suicide prevention and depression awareness program at the University of California, San Diego School of Medicine. *Academic Medicine*, 87(3), 320-326. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824451ad>
- Myers, M. F. (2011). Physician Suicide and Resilience: Diagnostic, Therapeutic and Moral Imperatives. *World Medical Journal*, 57(3), 90-97. Retrieved from <http://www.wma.net/en/30publications/20journal/pdf/wmj33.pdf>

- Nájar, A. (19 de marzo de 2010). Preocupa a México suicidio en médicos. *BBC Mundo*. Recuperado de [http://www.bbc.com/mundo/cultura\\_sociedad/2010/03/100318\\_0325\\_suicidio\\_medicos\\_mexico\\_mz.shtml](http://www.bbc.com/mundo/cultura_sociedad/2010/03/100318_0325_suicidio_medicos_mexico_mz.shtml)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de [http://who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- Pérez Cruz, E. (2006). Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes. *Medicina Interna de México*, 22(4), 282-286.
- Prieto Miranda, S. E, Rodríguez Gallardo, G. B., Jiménez Bernardino, C. A., y Guerrero Quintero, L. G. (2013). Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 574-579.
- Sánchez Esquivel, L. A. (1995). *Hallazgos de ansiedad, depresión y disminución de destrezas en médicos residentes en anestesiología posterior a la práctica clínica complementaria*. (Tesis de especialidad en anestesiología). Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
- Schernhammer, E. S., & Colditz, G. A. (December, 2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295-2302.
- Sepúlveda Vildósola, A. C., Flores Pulido, A. A., López Fuentes, G. y López Aguilar, E. (2006). Insatisfacción durante la residencia de pediatría. Prevalencia y factores asociados. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(5), 423-432.
- Sepúlveda Vildósola, A. C., Romero Guerra, A. L. y Jaramillo Villanueva, L. (2012). Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 69(5), 347-354.
- Tavira Castelán, N. (1998). *Estrés en médicos residentes de posgrado del hospital de especialidades del Centro Médico La Raza*. (Tesis de maestría en modificación de conducta). Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Recuperado de <http://tesis.unam.mx/F>
- Vázquez Zamora, C. (1998). *Depresión y grados de la misma durante la residencia de acuerdo a especialidad y año en curso*. (Tesis de especialidad en medicina interna). Instituto Mexicano del Seguro Social, México. Recuperado de <http://tesis.unam.mx/F>
- Wu, A. W. (1999). Handling hospital errors. Is disclosure the best defense? *Annals of Internal Medicine*, 131, 970-972.