

Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública en México

Psychological Wellbeing in Resident Physicians the First to Fourth Year of a University in Mexico

Recepción: 26 Agosto 2019 | Aceptación: 26 Noviembre 2019

CAROLINA DELGADO DOMÍNGUEZ^a

Doctorante del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, México

ADRIANA RODRÍGUEZ BARRAZA

Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, México

ROBERTO LAGUNES CÓRDOBA

Investigador del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana, México

FRANCISCO DOMINGO VÁZQUEZ

MARTÍNEZ

Investigador del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, México

RESUMEN

Introducción: En México se carece de conocimiento sobre la importancia y la promoción del bienestar psicológico en la educación médica. La mayoría de las investigaciones centran su atención en las patologías desarrolladas durante el trayecto como estudiante en relación con los ambientes adversos a los que se enfrentan. **Objetivo:** Identificar el grado del bienestar psicológico en médicos residentes de primero a cuarto año en una universidad pública en México y la necesidad de su inclusión dentro del currículo formal en la educación médica. **Método:** Estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (SPWB), que previamente se validó en la población de estudio. Participaron 157 residentes de primero a cuarto año de las diferentes especialidades. **Resultados:** La escala quedó conformada por cuatro factores. Se encontró que el 35,1 % presentaba niveles bajos, y el 33,7 %, niveles medios de bienestar psicológico. **Conclusiones:** La mayor parte de los residentes mostraron niveles entre medio y bajo de bienestar psicológico, lo que hace alusión a la toma de decisiones pertinentes por parte de las autoridades correspondientes en las que se incluya la promoción del bienestar psicológico dentro del currículo formal en la educación médica.

Palabras clave

bienestar psicológico; médicos residentes; especialidad médica; educación médica.

ABSTRACT

Introduction: In Mexico there is a lack of knowledge about the importance of promotion of psychological wellbeing in Medical Education. Most of the research focuses on the pathologies developed during his journey as a student in relation to the adverse environments

^a Autora de correspondencia: cdeldomz@hotmail.com

Cómo citar: Delgado Domínguez C, Rodríguez Barraza A, Lagunes Córdoba R, Vázquez Martínez FD. Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública en México. Univ. Med. 2020;61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.bpsi>

they face. **Objective:** To identify the level of psychological wellbeing in resident physicians from first to fourth year of a public university in Mexico and the need for its inclusion in the formal curriculum in Medical Education.

Method: Descriptive and cross sectional study. The Ryff Psychological Wellbeing Scale (SPWS) was used which was previously validated in the study population. 157 first to fourth year residents of the different specialties participated. **Results:** The scale was made up of four factors. It was found that 35.1% had low levels and 33.7% average levels of psychological wellbeing. **Conclusions:** Most of the residents showed levels of medium and low psychological wellbeing, which make reference to the relevant decision made by the corresponding authorities that include the promotions of psychological wellbeing within the formal curriculum of Medical Education.

Keywords

psychological wellbeing; resident physicians; medical specialty; medical education.

Introducción

En México, poco se ha estudiado el bienestar psicológico (BP) durante la formación médica, ya que la mayoría de las investigaciones suelen centrarse en patologías como depresión, ansiedad, estrés, desgaste profesional (*burnout*) e ideación suicida (1-3) lo que deja un vacío de conocimiento de la importancia del cuidado del BP del médico (4).

Durante su formación, los médicos se exponen a largas jornadas laborales, ambientes altamente competitivos, además de enfrentarse a situaciones de maltrato o acoso (5,6). Esta situación se traduce en el deterioro de su BP, lo que facilita el desarrollo de patologías que afectan su salud física (7) y psicológica (8-10), aparte de que se debilita su capacidad para empatizar con las personas (11,12).

Cada vez, es más relevante el estudio sobre el BP. Partiendo desde la psicología humanista, este articula los conceptos de las teorías del ciclo vital de Erikson (de 1959), el funcionamiento pleno de Roger (de 1961) y la autorrealización de Maslo (de 1968), principalmente (13), hasta lo que hoy se conoce como *psicología positiva*, nombrada así por Seligman, a finales de los años noventa (14). Para su estudio se han propuesto dos vertientes: la hedónica y la eudaimonia. La primera está relacionada principalmente con la felicidad, la satisfacción con la vida y la afectividad positiva

o negativa (bienestar subjetivo) y la segunda está ligada al desarrollo del potencial humano (bienestar psicológico) (13).

El BP incluye tanto elementos valorativos como reacciones y estados emocionales experimentados a lo largo de la vida (7). Y para el presente estudio el BP se entiende según el modelo multidimensional, propuesto por Ryff, en 1989, que se compone de seis dimensiones: 1) autoaceptación, que se refiere al grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma, siendo consciente de sus fortalezas y limitaciones; 2) autonomía, que indica la capacidad para mantener la individualidad e independencia en la toma de decisiones; 3) relaciones positivas, que aluden a la medida en que se dispone de redes sociales estables y socialmente significativas con otras personas; 4) dominio del entorno, que se refiere a la percepción del control e influencia de un individuo sobre su ambiente; 5) propósito en la vida, que se relaciona con las metas que el individuo se plantea en la vida y que permiten dotarla de significado, y 6) crecimiento personal, que considera el empeño por continuar desarrollando todas las potencialidades y capacidades personales (15). Dicho modelo ha sido el más utilizado, ya que se han encontrado adecuados indicadores de confiabilidad y validez (13).

Estudios alrededor del mundo han encontrado que el BP se relaciona con bajo desgaste laboral (16), además de ser considerado un importante predictor de las relaciones interpersonales y de un funcionamiento psicológico óptimo (17). En general, se ha demostrado que las personas que poseen niveles altos de BP afrontan mejor las demandas y los desafíos del ambiente (18), son más productivas y valoradas en el trabajo, soportan mejor el dolor, cuidan más de su salud, muestran un pensamiento más flexible y aceptan las diferentes opiniones (14); inclusive, hay investigaciones que mencionan que el BP tiene un rol tanto de prevención como de recuperación de enfermedades físicas (7). Otros estudios demostraron que una educación basada en el bienestar mejora el aprendizaje y la creatividad

en los estudiantes (19), aparte de tener mayor motivación y rendimiento académico (20,21).

En el campo de la educación médica, se ha observado una correlación negativa entre el bienestar y la ansiedad (22). Además, se ha podido demostrar que es posible modificar el BP por medio de actividades intencionales. Un ejemplo de ello son varias investigaciones llevadas a cabo en diferentes partes del mundo en la última década, las cuales coinciden en que posterior a la aplicación de un programa basado en la atención reconcentrada (*mindfulness*) en población del área de la salud, se observó una mejoría tanto del BP como de actitudes asociadas con el cuidado centrado en el paciente, incluidas la empatía (23-25); al igual que una reducción del *burnout*, de la ansiedad y otros problemas emocionales de los estudiantes (26,27). En tal sentido, otros estudios sugieren que a través de este tipo de intervenciones se podrían disminuir los errores médicos relacionados con la falta de conciencia del médico acerca de sus propios procesos cognitivos y afectivos (28). Todo esto nos indica que con adecuadas intervenciones dirigidas a los médicos residentes, es posible obtener mejoras en los niveles de BP y en sus consecuencias. En México no se encontró información al respecto en médicos residentes.

Con base en la evidencia disponible, se concluye que incorporar al currículo de los médicos residentes actividades dirigidas al cultivo de su BP, basadas en el fomento del pensamiento, emociones y conductas positivas y en el desarrollo de las fortalezas individuales, será de gran beneficio no solo en el plano personal, reflejado en una disminución de estrés, ansiedad y depresión, sino también en su aprovechamiento académico, desempeño profesional y empatía con los pacientes.

Objetivo del estudio

Identificar los niveles de BP en los residentes de primero a cuarto año, de una universidad pública en México.

Material y métodos

Estudio descriptivo de corte transversal, no experimental.

Participantes

Estudiantes de las diferentes especialidades médicas de primer a cuarto año de una universidad pública en México que cursaban el periodo académico 2017-2018 y que aceptaron participar de manera voluntaria y que firmaron el consentimiento informado.

Instrumentos

Debido a que las propiedades psicométricas de la escala varían de acuerdo con la muestra estudiada, atendiendo a diferencias en factores socioculturales (29), se adaptó y validó a la población de estudio por medio de la técnica de análisis factorial, y como resultado se eliminaron 9 ítems, y al final quedó compuesta por 30 reactivos.

Se utilizó la Escala de Bienestar Psicológico (SPWB), siglas de Scale of Psychological Well-being, elaborada por Ryff en 1989, en su adaptación española por Dierendonck, en el 2006.

La estructura factorial encontrada consta de cuatro subescalas: 1) autonomía y crecimiento personal ($\alpha = 0,915$), p. ej., “Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida”; 2) autoaceptación ($\alpha = 0,847$), p. ej., “cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas”; 3) relaciones positivas ($\alpha = 0,80$), p. ej., “me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo”, y 4) dominio del entorno ($\alpha = 0,65$), p. ej., “he sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto”. El α de Cronbach de la escala total fue de 0,915. Es autoadministrada, con un formato de respuesta con puntuaciones que oscilan entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), con un rango posible de entre 30 y

180. Se incluyó una ficha de recolección de datos sociodemográficos.

Procedimiento

Los datos se recolectaron durante noviembre del 2017. Se acudió a las unidades médicas receptoras de residentes (UMRR), y con el apoyo de las autoridades se invitó a todos los residentes a contestar el instrumento. Se les indicó que no era obligatorio responderlo, y quienes decidieron participar firmaron el consentimiento informado. No se tomaron en cuenta los estudiantes ausentes en la UMRR en el momento de la evaluación; se excluyeron los cuestionarios que no se respondieron completamente.

Análisis de datos

El análisis de datos se llevó a cabo a través del programa estadístico IBM™ SPSS™ 20. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de los datos de la muestra. Se calcularon terciles para establecer los puntos de corte y poder identificar el nivel de BP.

Consideraciones éticas

Se respetó la confidencialidad de los encuestados, y así se cumplió con la Declaración de Helsinki. No recibieron compensación alguna por la participación en este estudio. Se contó con la aprobación del Comité de Investigación de la UMRR.

Resultados

Características de la población

Participaron 157 residentes de un total de 238, pertenecientes a una zona, que cursaban diferentes especialidades. El 48,4 % eran mujeres y el 51,6 % eran hombres, con un rango de edad de entre 24 y 44 años (media = 29,05; DE = ±3,381). El 73,9 % estaba soltero; el 80,03

% mencionó ser independientes económicos; el 54,1 % dijo vivir solo; y el 71,3 % dijo no tener dependientes económicos; el 84,1 % proviene de diferentes estados de la República mexicana; el 38,2 % es de tercer año y el 26,6 % es de medicina familiar (tabla 1).

Tabla 1.

Características sociodemográficas de los médicos residentes

Características	n = 157	%
Sexo		
Femenino	76	48,4
Masculino	81	51,6
Estado civil		
Soltero	116	73,9
Casado	29	18,5
Unión libre	12	7,6
Año de residencia		
R1	78	49,7
R2	45	28,7
R3	30	19,1
R4	4	2,5
UMRR		
UMRR1	48	30,6
UMRR2	41	26,1
UMRR3	60	38,2
UMRR4	8	5,1
Lugar de procedencia		
Ciudad sede	25	15,9
Otros estados	132	84,1
Con quién vive		
Solos	85	54,1
Cónyuge	28	17,8
Compañeros	19	12,1
Padres	14	8,9
Otros familiares	11	7
Dependen económicamente		
No	126	80,03
Sí	31	19,97
Dependientes económicos		
No	112	71,3
Sí	45	28,7

UMRR: unidad médica receptora de residentes.

Análisis factorial

El análisis factorial de la escala de SPWB permitió determinar 4 factores que explicaron en conjunto el 44,59 % de la varianza. Fue necesario eliminar 9 reactivos que no satisfacían los criterios exigidos de carga factorial. Los factores quedaron constituidos de la siguiente manera: 1) autonomía y crecimiento personal (reactivos 4, 5, 8, 22, 25, 27, 29, 30, 33 y 36); 2) autoaceptación (reactivos 1, 3, 7, 17, 18, 19, 24, 28, 31, 32, 35, 37 y 38); 3) relaciones positivas (reactivos 2, 9, 20, y 26), y 4) dominio del entorno (reactivos 11, 12 y 21).

Niveles de bienestar psicológico

Respecto a la puntuación global que arroja la escala, el 37,06 % se encuentran en el nivel medio. En cuanto al análisis por dimensión: autonomía y crecimiento personal, el 36,9 % está en nivel bajo; en autoaceptación, el 36,9 % está en nivel medio; en relaciones positivas, el 36,9 % está en nivel bajo, y el 36,9 % está en nivel medio; en dominio del entorno, el 44,6 % se ubicó en niveles bajos (tabla 2).

Tabla 2.
Niveles de bienestar psicológico de los médicos residentes

Dimensión	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)
Puntuación global	29,9	37,06	29,9
Autonomía y crecimiento personal	36,9	31,2	31,8
Autoaceptación	36,3	36,9	26,8
Relaciones positivas	36,9	36,9	26,1
Dominio del entorno	44,6	31,2	24,2

En lo que se refiere al sexo, el 42 % de los hombres mostró niveles bajos en BP; mientras que de las mujeres, el 39,5 % se ubicó en el nivel medio. En lo que respecta al lugar de procedencia, el 42,4 % de los que vienen de fuera mostraron niveles bajos de BP; de los que viven en la ciudad sede, el 40 % se ubicó en los niveles medios. En cuanto al estado civil, el 39,7 % de los solteros estaba en niveles bajos de BP.

Tabla 3.
Niveles de bienestar psicológico por sexo, estado civil y lugar de procedencia

BP global	Sexo (%)		Estado civil (%)			Procedencia (%)	
	Mujer	Hombre	Casado	Soltero	Unión libre	Sede	Otros estados
Alto	25	34,6	34,5	31	8,3	40	28
Medio	39,5	23,4	34,5	29,3	41,7	40	29,5
Bajo	35,5	42	31	39,7	50	20	42,4
Autonomía y crecimiento personal							
Alto	34,2	30,9	44,8	30,2	25	44	30,3
Medio	34,2	28,4	24,1	34,5	16,7	32	31,1
Bajo	37,6	40,7	31	35,3	58,3	24	38,6
Autoaceptación							
Alto	28,9	27,2	34,5	27,6	16,7	40	25,8
Medio	40,8	37	24,1	41,4	50	40	38,6
Bajo	30,3	35,8	41,4	31	33,3	20	35,6
Relaciones positivas							
Alto	27,6	25,9	41,4	22,4	33,3	32	25,8
Medio	36,8	37	31	40,5	25	40	36,4
Bajo	35,5	37	27,6	37,1	41,7	28	37,4
Dominio del entorno							
Alto	27,6	21	27,6	24,1	16,7	28	23,5
Medio	26,3	39,5	37,9	31,9	33,3	28	34,1
Bajo	46,1	39,5	34,5	44	50	44	42,4

Niveles de bienestar psicológico por año

En el puntaje global de la escala se observó que los residentes de segundo año (el 42,2 %) y los de cuarto año (el 50 %) mostraron los niveles más bajos (tabla 4). En cuanto a autonomía y crecimiento personal, los de tercer año (40 %) se ubicaron en el nivel bajo, y los cuarto año (50 %) se ubicaron en el nivel medio (tabla 4).

Tabla 4.
Niveles de bienestar psicológico por año de residencia

Dimensión	Año	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)
Puntuación global	1	28,2	37,2	34,6
	2	35,6	42,2	22,2
	3	36,7	33,3	30
	4	50	25	25
Autonomía y crecimiento personal	1	35,9	35,9	28,2
	2	37,8	26,7	35,6
	3	40	23,3	36,7
	4	25	50	25
Autoaceptación	1	33,3	35,9	30,08
	2	35,6	46,7	17,8
	3	46,7	26,7	26,7
	4	25	25	50
Relaciones positivas	1	37,2	35,9	26,9
	2	40	33,3	26,7
	3	30	46,7	23,3
	4	50	25	25
Dominio del entorno	1	38,5	37,2	24,4
	2	53,3	24,4	22,2
	3	46,7	23,3	30
	4	50	50	0

Autoaceptación: segundo año, 46,7 %, se ubicó en el nivel medio; tercer año, 46,7 %, se ubicó en el nivel bajo, y cuarto año, 50 %, se ubicó en el nivel alto (tabla 4). Relaciones positivas: tercer año, 46,7 %, se ubicó en el nivel medio; y cuarto año, 50 %, se ubicó en el nivel bajo (tabla 4). Dominio del entorno: tercer año, 46,7 %, se ubicó en el nivel bajo; cuarto año, 50 %, se ubicó en el nivel bajo (tabla 4).

Discusión

El estudio tuvo como objetivo identificar los niveles de BP en médicos residentes de una universidad pública mexicana y la necesidad de incluir este aspecto en el currículo formal de la educación médica. Desde el paradigma de

la psicología positiva en torno al BP, quedó evidenciada la situación que prevalece entre los residentes médicos de este estudio, y se resaltó la importancia de empezar a incorporar al currículo formal de las especialidades médicas actividades permanentes encaminadas a la promoción del BP en los estudiantes, y tomar como ejemplo universidades de otros países donde ya se ha demostrado su efectividad a través de la disminución del riesgo de desarrollar depresión, estrés, ansiedad o *burnout*, enfocándose en reconocer las fortalezas y logros de los estudiantes, que les ayude a desarrollar un trabajo más gratificante durante su etapa de formación y, posteriormente, en su vida profesional (30).

Bajo esta línea, los resultados arrojaron que la mayor parte de la población estudiada mostró niveles de medios a bajos de BP, luego de considerar las puntuaciones globales. En el análisis de las variables sociodemográficas, los hombres mostraron los niveles más bajos; de igual modo, los que mencionaron estar en unión libre y los que vienen de fuera de la ciudad sede fueron quienes mostraron los niveles más bajos, similar a lo encontrado en otro estudio realizado en Chile, en estudiantes de carreras de la salud (19). Cabe señalar que la escala se validó con la población de estudio y que se encontraron mejores ajustes con solo 4 dimensiones y no con 6, como en la escala original de Ryff, semejante a la validación hecha en estudiantes universitarios mexicanos, en el 2017 (31).

En cuanto al análisis de la dimensión de autoaceptación, se observó que los residentes de los primeros dos años se ubicaron en niveles medios, los de tercero mostraron los niveles más bajos; mientras que los de cuarto fueron los más altos. Esto no coincide con la teoría, ya que esta menciona que a lo largo de su formación profesional, muchos médicos ven deteriorada su percepción en relación con sus talentos y potenciales (11), y aunque de primero a tercero sí se observó tal situación, en los residentes de último año eso cambió, mostrando en su mayoría niveles altos de autoaceptación, lo que posiblemente pudo deberse al número de muestra de estos residentes.

En lo que respecta a la autonomía y crecimiento personal, ambas fusionadas como una sola dimensión, después de la adaptación a la población de estudio, se observó una tendencia a niveles bajos en los residentes de primer, segundo y tercer año; mientras que en los de cuarto año la mayoría se ubicó en niveles medios, situación que podría deberse a que la toma de decisiones en lo que respecta a lo académico y con los pacientes, generalmente, está en las manos de los adscritos o residentes de grados superiores.

En cuanto a la dimensión de relaciones positivas, se observó nuevamente que primero y segundo años mostraron niveles bajos, y tercero se ubicó en niveles medios, y los de cuarto año volvieron a mostrar, en su mayoría, niveles bajos. En concordancia con lo ya mencionado del contexto adverso en que los residentes se encuentran inmersos (5,6), y tomando en consideración que la mayor parte de la población de este estudio proviene de diferentes estados de la República mexicana y quienes, además, en su mayoría mostraron niveles bajos, se infiere que al estar lejos de sus familias y amigos, y además las jornadas laborales que impiden la convivencia, se podría explicar este resultado, ya que las relaciones personales se podrían ver afectadas.

Por último, en la dimensión de dominio del entorno, se observó que los residentes de primero a tercero se ubicaron en su mayoría en niveles bajos; en tanto que los de cuarto año quedaron divididos en mitad y mitad entre nivel medio y bajo. Estos hallazgos son parte esencial del estudio, ya que confirman que los residentes médicos no cuentan con herramientas que les permitan enfrentar los ambientes adversos en los que llevan a cabo sus actividades diarias como estudiantes y como médicos, por lo que se están viendo absorbidos por su contexto, sin posibilidad de retomar el control. Esto podría relacionarse con los resultados de las investigaciones que demuestran el desarrollo de patologías como depresión, ansiedad, estrés y *burnout* durante el periodo formativo de los médicos (2,3-6) y que, por lo tanto, sugieren una falta de estrategias psicológicas que las prevengan como una obligación de la educación médica.

Una fortaleza del presente estudio es que la escala fue adaptada a la población siguiendo criterios psicométricos estrictos. Los instrumentos no pueden utilizarse sin el debido trabajo de validación psicométrica, ya que esto conduce a puntajes distorsionados e inexactos, al no tener en cuenta los factores psicosociales que inducen variabilidad en la población estudiada (29,32). Por otra parte, esto produce problemas al comparar los datos obtenidos con los del presente estudio, pues en la mayoría de los casos, los autores no ofrecen el trabajo de validación efectuado con sus escalas. Son necesarios más trabajos que utilicen procedimientos psicométricos estrictos, a fin de comparar sus resultados con los obtenidos en la presente investigación.

Conclusiones

En más de la mitad de los residentes se encontraron niveles de medios a bajos en la escala de bienestar psicológico, tanto en la puntuación global como en cada una de sus dimensiones, por lo que se resalta la importancia de realizarle los ajustes pertinentes al currículo formal en la educación médica, retomando los aportes que la psicología positiva ofrece, pues ha demostrado una mejora del bienestar psicológico, y por lo tanto en la disminución de síntomas depresivos, ansiedad y estrés. En otras palabras, es pertinente empezar a incluir al bienestar psicológico como una competencia más a desarrollar durante la formación de los médicos. Es importante hacer más investigaciones en dicha población.

Limitaciones del estudio

Por las condiciones de horarios y actividades de los participantes, no les facilitaron asistir a las sesiones cuando se levantó la información y quedaron excluidos del estudio.

Agradecimientos

Los autores desean expresar su agradecimiento al Dr. Jorge Sánchez Mejorada, por su apoyo con el acercamiento a los médicos residentes y facilidades para recolectar la información, y a las autoridades de la UMRD donde se realizó la encuesta.

Referencias

1. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco ML, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra Osorio L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med.* 2017;6(23):169-79.
2. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Ángeles-Garay U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [internet]. 2015;53(1):20-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf>
3. Romo Nava F, Tafoya SA, Heinze Ge. Estudio comparativo sobre depresión y los factores asociados en alumnos del primer año de la Facultad de Medicina y del Internado. *Salud Ment.* 2013;36(5):375-9.
4. Paredes O. Nuevos retos en la educación: el bienestar como una nueva competencia médica. *Univ Med.* 2008;49(1):97-110.
5. Montes-Villaseñor E, García-González J, Blázquez-Morales MSL, Cruz-Juárez A, De-San-Jorge-Cárdenas XM. Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos. *Ciencia UAT.* 2018;12(2):54-66.
6. Velásquez L, Colin R, Gonzáles M. Afrontando la residencia médica:

- depresión y burnout. *Gac Med Mex.* 2013;149(2):183-95.
7. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: aportaciones desde la psicología positiva. *Anu Psicol Clín Salud.* 2009;5:15-28.
 8. Pereyra-Elías R, Ocampo-Mascaró J, Silva-Salazar V, Vélez-Segovia E, da Costa-Bullón AD, Toro-Polo LM, et al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una Universidad privada de Lima, Perú 2010. *Rev Perú Med Exp Salud pública.* 2010;27(4):520-6.
 9. Fonseca M, Sanclemente G, Hernández C, Visiedo C, Bragulat E, Miró O. Residentes, guardias y síndrome de burnout. *Rev Clin Esp.* 2010;210(5):209-15.
 10. Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *Educ Med.* 2009;12(3):169-77.
 11. Thomas, M, Dyrbye L, Huntington J, Lawson K, Novotny P, Sloan J, and Shanafelt T. How do distress and wellbeing relate to medical student empathy?: a multicenter study. *J Gen Intern Med.* 2007;22:177-83.
 12. Dyrbye L, Thomas M, Power D, Durning S, Moutier C, Massie S, Harper W, Eacker A, Szydlo E, Sloan J, Shanafelt T. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med.* 2010;85:94-102.
 13. Vielma Rangel J, Alonso L. El estudio del bienestar psicológico subjetivo: una breve revisión teórica. *Educere.* 2010;14(49):265-75.
 14. Seligman MEP. *Florecer: la nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar.* México D. F.: Océano; 2014.
 15. Esteban MNB, Cabaco AS, Litago JDU. La psicología positiva aplicada a la educación: el programa CIP para la mejora de las competencias vitales en la educación superior. *Refiedu.* 2013;6(4):244-56.
 16. Marsollier R, Aparicio M. El bienestar psicológico en el trabajo y su vinculación con el afrontamiento en situaciones conflictivas. *Psicoperspectivas.* 2011;10(1):209-20.
 17. Castro Solano AC. El bienestar psicológico: cuatro décadas de progreso. *Rev Interuniv Form Profr.* 2009;23(3):43-72.
 18. García-Viniegras CRV. El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2005;8(2).
 19. Sandoval Barrientos S, Dorner París A, Véliz Burgos A. Bienestar psicológico en estudiantes de carreras de la salud. *Inv Ed Med.* 2017;6(24):260-6.
 20. López SJ, Louis MC. The principles of strengths-based education. *JCC.* 2009;10(4).
 21. Goddard RD. Relational networks, social trust, and norms: a social capital perspective on students' chances of academic success. *Educ Eval Policy Anal.* 2003;25(1):59-74.
 22. Machado L, Souza CTN, Nunes RO, de Santana CN, Araujo CF, Cantilino A. Subjective well-being, religiosity and anxiety: a cross-sectional study applied to a sample of Brazilian medical students. *Trends Psychiatry Psychother.* 2018;40(3):185-92.
 23. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales

de atención primaria. *Gac Sanit.* 2013;27:521-8.

24. Bellosta-Batalla, M, Pérez-Blasco J, Nácher M J, Moya-Albiol L. Mejora de la empatía cognitiva y el bienestar psicológico en estudiantes de psicología tras una intervención en mindfulness. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala.* 2016;19(1):336-54.

25. Warnecke E, Quinn S, Ogden K, Towle N, Nelson M. A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. *Med Educ.* 2011;45(4):381-8.

26. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med.* 1998;21(6):581-99.

27. Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan Y. Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention. *Med Educ.* 2007;41(3):258-64.

28. Sibinga E, Wu A. Clinician mindfulness and patient safety. *JAMA.* 2010;304(22):2532-3.

29. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo.* 2010;31(1):67-74.

30. Pedrals N, Rigotti A, Bitran M. Aplicando psicología positiva en educación médica. *Rev Med Chile.* 2011;139:941-9.

31. Jurado García PJ, Benítez Hernández ZP, Mondaca Fernández F, Rodríguez Villalobos JM, Blanco Ornelas JR. Análisis de las propiedades psicométricas del Cuestionario de Bienestar Psicológico de Ryff en universitarios mexicanos. *Acta Univ.* 2017;27(5):76-82.

32. Muñoz J. Las teorías de los tests: teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del Psicólogo.* 2010;31(1):57-66.

Notas

Conflictos de interés: declaramos no tener conflictos de interés.