

Artículo Original



DESESPERANZA EN ANESTESIÓLOGOS MEXICANOS AFILIADOS A LA FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE ANESTESIOLOGÍA: ESTUDIO OBSERVACIONAL TRANSVERSAL MEDIANTE LA ESCALA DE BECK

HOPELESSNESS IN MEXICAN ANESTHESIOLOGISTS AFFILIATED WITH THE MEXICAN FEDERATION OF COLLEGES OF ANESTHESIOLOGY: A CROSS-SECTIONAL OBSERVATIONAL STUDY USING THE BECK SCALE

Autores:

López-Castruita, Victor Manuel 1 Covarrubias-Torres, Nora Avelina 2 Casillas-Sánchez, Bernardette 3

1. Departamento de Anestesiología, Neuroanestesiólogo, Centro de Alta Especialidad “Dr. Rafael Lucio”, Xalapa, Veracruz
2. Práctica privada, Instituto de Vision Lomas Durango, Durango México
3. Jubilada del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco México

ORCID: 1. 0000-0002-9742-746X, 2. 0009-0009-3948-2725, 3. ORCID 0000-0002-7699-844X

Autor correspondencia: Dr López Castruita Víctor Manuel

Correo: lopez.castruita@gmail.com

Anestesia en México 2026; 38(2):

<https://doi.org/10.64226/aem-38-2-2026-021>

Fecha de recepción 21 de enero 2026, fecha de revisión 26 marzo 2026, fecha de publicación mayo 2026

RESUMEN

Antecedentes: Los anesthesiologistas están expuestos a altos niveles de estrés laboral crónico, lo que puede favorecer la desesperanza, un reconocido factor de riesgo para depresión e ideación suicida. Objetivo: Estimar la prevalencia de desesperanza medida mediante la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) en anesthesiologistas afiliados a la Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología (FMCA). Material y métodos: Diseño del estudio: transversal descriptivo, realizado mediante encuesta en línea. Se aplicó

la BHS (0–20 puntos) a anesthesiologistas miembros de la FMCA entre septiembre y octubre de 2024. Se analizaron variables demográficas y niveles de desesperanza. Se calcularon medidas de tendencia central y prevalencia con IC 95%. Resultados: Respondieron 612 anesthesiologistas de 6,580 afiliados (tasa 9.3%). Edad media 44 ± 13 años; 62% mujeres. La puntuación media BHS fue 2.96 ± 3.3 . La prevalencia de desesperanza alta (>8 puntos) fue 7.84% (IC 95%: 5.96% – 10.24%). El 69% del subgrupo con puntuación alta fueron mujeres. Conclusiones: La desesperanza



alta afecta a casi uno de cada diez anestesiólogos mexicanos, con predominio en mujeres jóvenes. Se requieren estrategias preventivas confidenciales dirigidas a salud mental en este gremio.

Palabras clave: Depresión, agotamiento psicológico, prevención del suicidio.

ABSTRACT

Background: Anesthesiologists are exposed to high levels of chronic occupational stress, which may contribute to hopelessness, a recognized risk factor for depression and suicidal ideation. **Objective:** To estimate the prevalence of hopelessness measured by the Beck Hopelessness Scale (BHS) among anesthesiologists affiliated with the Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología (FMCA). **Materials and methods:** cross-sectional study conducted through an online survey. The BHS (score range 0–20) was administered to anesthesiologists affiliated with the FMCA between September and October 2024. Demographic variables and levels of hopelessness were analyzed. Measures of central tendency were calculated, and prevalence was estimated with 95% confidence intervals. **Results:** A total of 612 anesthesiologists responded out of 6,580 affiliated members (response rate 9.3%). Mean age was 44 ± 13 years; 62% were women. The mean BHS score was 2.96 ± 3.3 . The prevalence of high hopelessness (>8 points) was 7.84% (95% CI: 5.71–9.97%). Among participants with high hopelessness, 69% were women, with a median age of 36 years. **Conclusions:** High hopelessness affects nearly one in ten Mexican anesthesiologists, predominantly younger women. Targeted, confidential mental health screening and preventive strategies are warranted in this high-risk occupational group.

Key words: Depression, burnout syndrome, suicide prevention.

INTRODUCCIÓN

El concepto «sentido de la vida» fue desarrollado por el psiquiatra y neurólogo Viktor

Frankl como núcleo de la teoría motivacional de la logoterapia. Para Frankl, el reconocer que la vida tiene sentido representa la fuerza vital del ser humano, el motor que nos impulsa a seguir vivos, independientemente de las circunstancias. El logro de sentido se asocia positivamente con la percepción y vivencia de libertad, responsabilidad y autodeterminación; el cumplimiento de metas vitales; una visión positiva de la vida, del futuro y de uno mismo; y la autorrealización. Cuando no se alcanza este logro existencial, surge una frustración que se vincula con la desesperanza, caracterizada por dudas sobre el sentido de la vida, un vacío existencial que se manifiesta en estados de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales. La desesperanza de origen existencial puede aumentar el riesgo suicida, especialmente en sujetos con condiciones personales de salud física, social y económica favorables, en contraste con aquellos que, pese a condiciones adversas, experimentan el logro de sentido¹.

La desesperanza, definida como un sistema de expectativas negativas sobre una persona y su vida futura, ha sido identificada como uno de los componentes del síndrome de depresión (el elemento cognitivo de las expectativas negativas) y como un indicador de intento suicida más fuerte que la depresión o ansiedad por sí mismas, el consumo de alcohol, historia de internamientos psiquiátricos y otras características demográficas². En este sentido, la desesperanza operaría a modo de hilo conductor o variable moduladora entre la depresión y la conducta suicida, al formar parte de las distorsiones cognitivas características de personas con depresión y con ideaciones suicidas.

Los niveles de desesperanza pueden aumentar con la edad, salarios bajos, bajo nivel educativo y una percepción de mala salud³. En el personal de la salud, la esperanza es una de las estrategias principales de afrontamiento que influye en la capacidad de interactuar con el estrés en situaciones que amenazan la vida⁴. De hecho, la desesperanza conduce a la falta de determinación y a pensamientos catastróficos y destructivos⁵.

La ideación suicida es el primer escalón en



el continuum del suicidio, y consiste en cualquier pensamiento auto informado de involucrarse en una conducta relacionada con la muerte propia o autoinfligida. Se ha asociado al aumento del riesgo de futuros intentos de suicidio, especialmente en la adolescencia.

El suicidio logrado en los médicos solía ser considerado un problema individual y aislado, que solía tratar de prevenirse limitando el ingreso de personas con antecedentes de enfermedades psiquiátricas al entrenamiento profesional. Sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento en la detección y complejidad de los problemas de salud mental. El ejercicio profesional y la vida cotidiana tienen nuevos retos, agravados por la escasez de herramientas de diagnóstico e intervenciones en grupos vulnerables. A ello se suma un probable subregistro diagnóstico ocasionado por falta de búsqueda de ayuda, pobre introspección, estigmatización social o automedicación de los médicos ⁶.

Los profesionales de la salud en áreas críticas en los hospitales están en mayor riesgo de sufrir distrés psicológico en diferentes grados. Un estudio en 109 profesionales de oncología y cuidados paliativos reportó sufrimiento intolerable por lo menos 9 veces al mes en el 30% de la población, el 45% tenía niveles moderados de síndrome de burnout, 39% sufría de ansiedad y el 11% de depresión ⁷. Entre los anesthesiólogos, diversos estudios han determinado una prevalencia elevada de Burnout por múltiples razones ⁸.

La escala de desesperanza de Beck (BHS, por sus siglas en inglés) es una prueba diseñada por Aaron Beck y sus colaboradores ⁹ para evaluar el pesimismo en los pacientes con intento suicida y pacientes psiquiátricos deprimidos. Consta de 20 enunciados a los que puede responderse verdadero o falso, divididos en tres secciones: sentimientos sobre el futuro, pérdida de motivación y expectativas.

Los enunciados que indican desesperanza se califican con un punto y los que no la indican se califican con cero puntos, se considera un punto de corte como mayor de 8 para indicar un alto grado de

desesperanza, también hay referencias que asignan una puntuación 0-3 como mínimo o normal, de 4-8 leve, 9-14 moderada y 15-20 grave. También el grado de puntuación ha sido utilizado para discriminar pacientes con depresión severa de los que tienen ansiedad generalizada.

En cohortes de población general la puntuación promedio es de 4.22 ± 3.73 para hombres y 4.31 ± 3.7 para mujeres y ha sido validada con éxito en poblaciones latinoamericanas y de habla hispana como España, Chile, Argentina y Colombia con puntuaciones promedio de 7,8 para hombres y 7,9 para mujeres con intento suicida. Tiene un valor predictivo negativo alto (98.4% IC 95% 94.2-99.8) cuando la puntuación es menor a 12, aunque tiene un bajo valor predictivo positivo y no se recomienda usarla para estimar el riesgo suicida, no se descarta su utilidad en países con dificultad para acceder a atención profesional ¹⁰⁻¹³.

En la población mexicana se observó una puntuación de 4.79 ± 4.29 en población general y 8.51 ± 2.38 en una muestra clínica de jóvenes con intento de suicidio de alta letalidad, mientras que cohortes de población general reportaron 7.4% de desesperanza moderada y 1.4 grave ¹⁴.

Entre trabajadores de salud, la BHS ha sido ocupada en el contexto de la pandemia de COVID-19 y los reportes varían entre 30-35% de desesperanza moderada o severa ^{15,16}. En una investigación realizada durante la crisis en Italia, se encontró un 47.5% de trabajadores de salud que responden por encima de la media en la BHS, comparado con el 39.81% de trabajadores de otras disciplinas.

En México no existen estudios que evalúen específicamente la desesperanza en anesthesiólogos, a pesar de tratarse de un grupo con elevada exposición a estrés ocupacional y riesgo psicosocial. La ausencia de datos limita el diseño de estrategias preventivas dirigidas. Por ello, el objetivo del presente estudio fue estimar la prevalencia de desesperanza en anesthesiólogos afiliados a la FMCA y describir su distribución según características demográficas. Dado su carácter descriptivo y exploratorio, el estudio no planteó hipótesis analíticas específicas.



MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio transversal descriptivo, mediante encuesta en línea utilizando la plataforma Google Forms y fue difundida a través de los canales de comunicación de la Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología (FMCA).

La recolección de datos se llevó a cabo en los meses de septiembre y octubre del año 2024 y para tratar de evitar que se duplicarán respuestas era necesario ingresar con una cuenta de usuario de Google. Una breve presentación informaba el objetivo del cuestionario y garantiza al usuario que la información sería manejada de manera anónima y confidencial. Al finalizar se les preguntaba si deseaban ser contactados y la Comisión de Salud Mental de la FMCA dio seguimiento a los usuarios que dieron datos de contacto y que puntuaron un nivel de desesperanza mayor a 8. Las variables medidas incluían edad, sexo, ocupación (anestesiólogos, otro gremio médico u otra profesión), posteriormente se aplicaba la BHS, instrumento validado en población hispanohablante. Consta de 20 reactivos dicotómicos, que puntúan 1 si se responde verdadero los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 16, 17, 18, 20 y puntúa 1 si se responde falso los ítems 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 14, 15 y 19 (Apéndice 1). Se consideró desesperanza alta >8 puntos y se estadificar los grados de desesperanza 0-3 como normal, 4-8 leve, 9-14 moderada y 15-20 grave.

Como criterio de inclusión sólo se incluyeron las respuestas de anestesiólogos y participantes voluntarios que tras la explicación del proyecto aceptaran continuar con la encuesta y se excluyeron encuestas incompletas.

No se realizó cálculo del tamaño de muestra a priori, ya que se trató de una encuesta de participación voluntaria con el objetivo de maximizar la respuesta. Se recibieron 612 respuestas válidas de un total de 6,580 socios federados, lo que representa una tasa de respuesta del 9,3 %. Se estimó a posteriori que, para detectar una prevalencia esperada del 10 % con un margen de error del 5 % y 95 % de confianza, ajustado por población finita de 6,580 miembros, se requería un mínimo de 135 participantes. La muestra obtenida de 612 anestesiólogos superó

ampliamente este requerimiento, alcanzando un margen de error real de $\pm 2,2$ % para la prevalencia observada. El análisis estadístico fue realizado con SPSS versión 23, se evaluó la normalidad mediante prueba de Shapiro Wilk, se reportan medias con desviación estándar para datos con distribución paramétrica y medianas con rango máximo y mínimo en los datos con distribución no paramétrica. El alfa de Cronbach para fiabilidad interna resultó en 0.83, para la BHS normalmente se reporta entre 0.8-0.9 y para poblaciones latinoamericanas suele estar entre 0.82-0.88 por lo que se considera buena consistencia interna, además el análisis no mostró mejora significativa del coeficiente al eliminar ningún ítem.

El estudio fue clasificado como investigación sin riesgo según la NOM-012-SSA3-2012, al tratarse de una encuesta anónima sin intervención. No se recolectaron datos identificables, se respetaron todos los principios éticos de la declaración de Helsinki y se garantiza confidencialidad y voluntariedad.

RESULTADOS

La encuesta fue respondida por 612 anestesiólogos y la información demográfica se muestra en la tabla 1. La puntuación total media en la BHS fue de 2.96 ± 3.3 (IC 95%: 2.70-3.22), la distribución de esta variable mostró asimetría positiva significativa (Shapiro-Wilk $p < 0.001$), por lo que se empleó la prueba U de Mann-Whitney para comparaciones entre grupos. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación total según sexo ($U = 47,889$; $p = 0.046$), con medianas de 2 (IQR 1-4) en mujeres y 2 (IQR 1-3) en hombres. El análisis de la distribución por categorías se muestra en la tabla 2 y se resalta el dato de que el 7.84% (IC 95%: 5.96% - 10.24%) de la población encuestada presentó un grado de desesperanza alto. En una comparación por grupos utilizando el sexo como variable de agrupación se encontró mayor puntuación de desesperanza en las mujeres, y diferencia estadísticamente significativa en la comparación por grados de desesperanza (Tablas 3 y 4).

Tabla 1. Características demográficas de la población.

Variable	n (%) o Media \pm DE
Edad (años)	44 \pm 13
Mujeres	382 (62.4)
Hombres	230 (37.6)

Tabla 2. Distribución de desesperanza (BHS)

Categoría	n (%)
Normal	451 (73.7)
Leve	113 (18.5)
Moderada	40 (6.5)
Grave	8 (1.3)

Tabla 3. Desesperanza por grupos

Variable	Mujeres (n=382)	Hombres (n=230)	p
Puntaje total Mediana (IQR)	2 (1-4)	2 (1-3)	0.04*
Grado alto (>8)	39 (10.2 %)	17 (7.4 %)	0.24**

*Prueba U de Mann-Whitney **Prueba Chi-cuadrado

Tabla 4. Grado de desesperanza por grupos

Variable	Mujeres (n=382)	Hombres (n=230)	p
Normal	269 (70.4%)	182 (79.1%)	
Leve	80 (20.9%)	33 (14.3%)	
Moderada	26 (6.8%)	14 (6.1%)	
Grave	7 (1.8%)	1 (0.4%)	0.02

Prueba U de Mann-Whitney

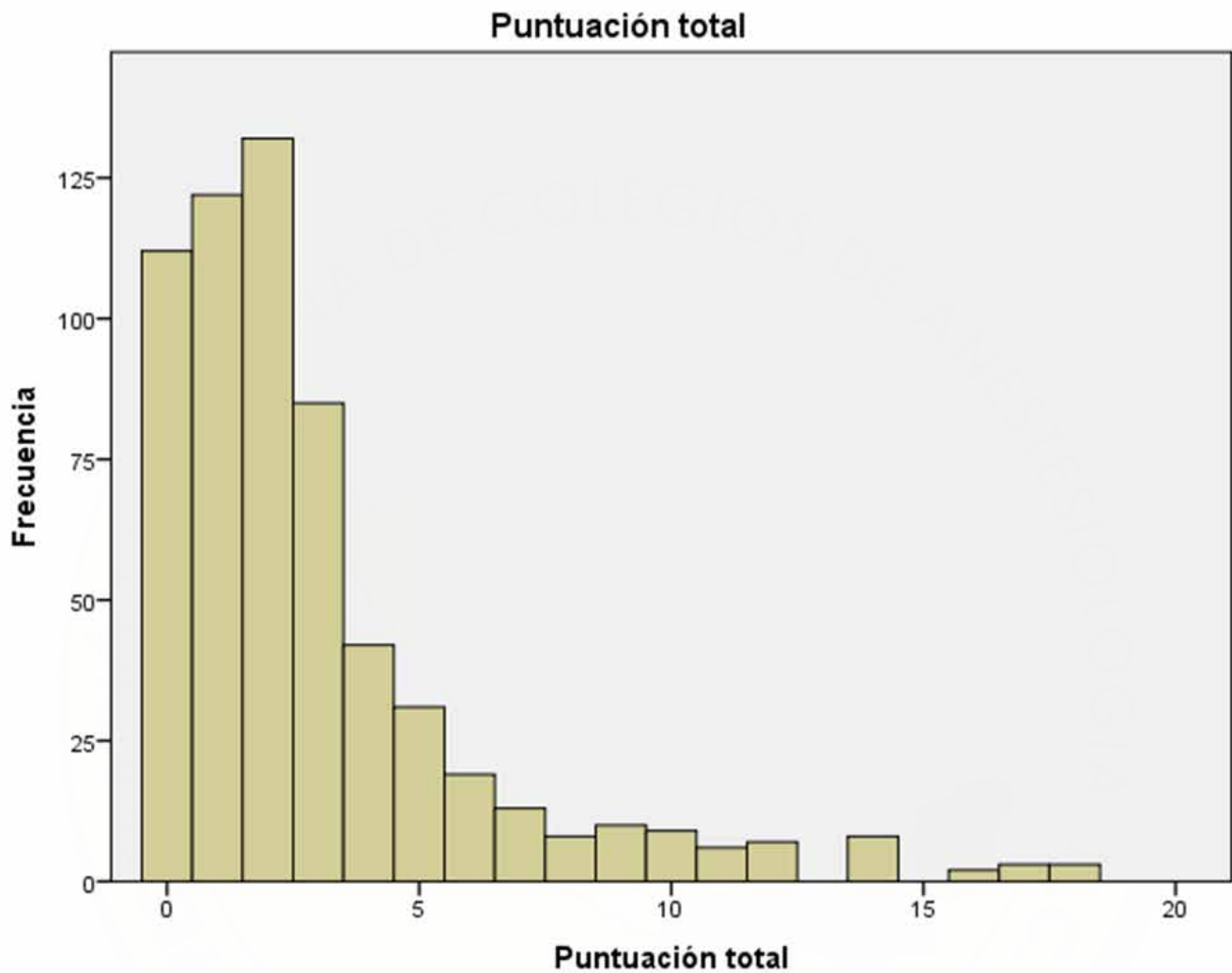


Figura 1. Distribución de frecuencias para la puntuación total.

Al analizar únicamente la información demográfica de los individuos en grado de desesperanza alto encontramos la mediana en 36 años (26-73) (Figura 2), el 69% de mujeres y 31% de hombres. Además, el 63% de los individuos con grado de desesperanza alto no compartieron ningún dato de contacto para recibir atención.

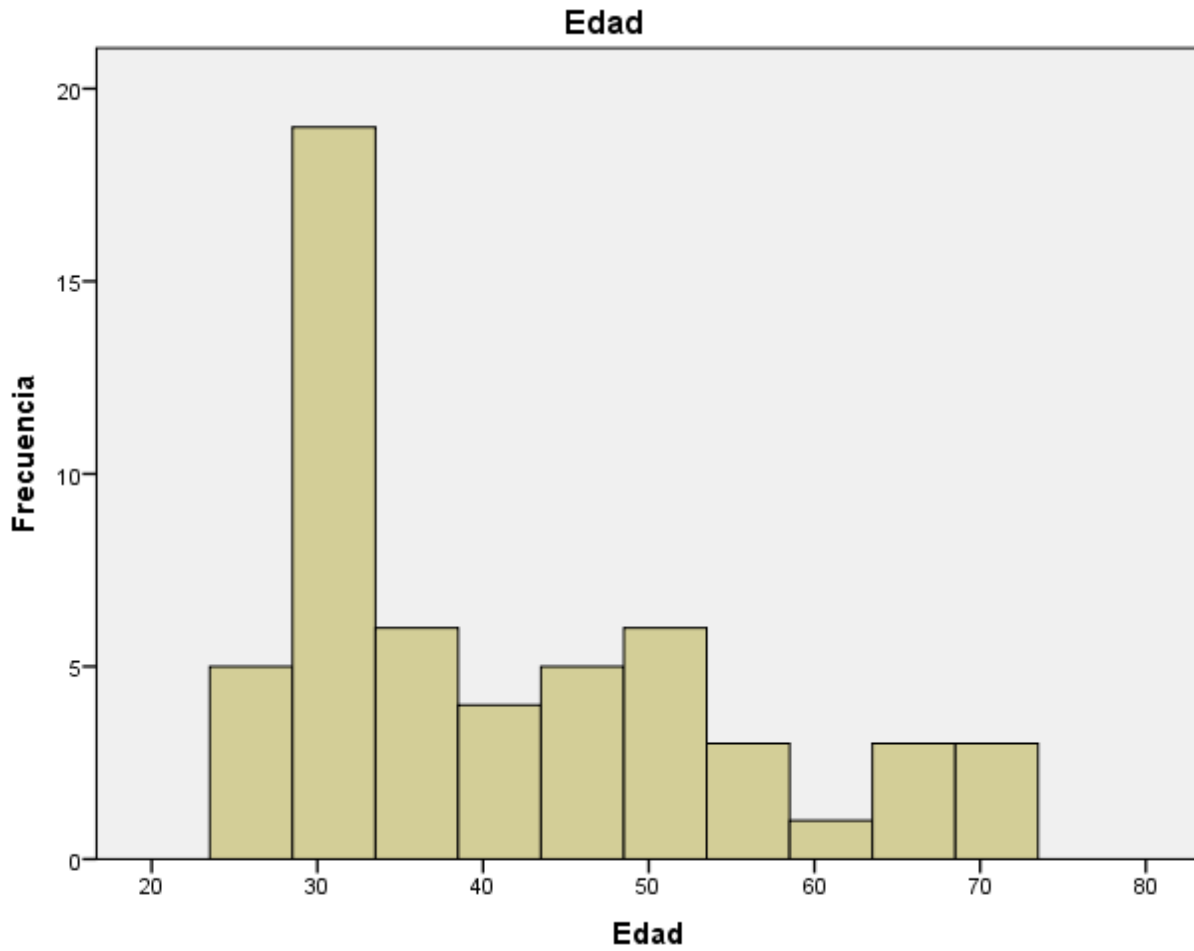


Figura 4. Distribución de frecuencias para la edad en individuos con grado de desesperanza alto.

F.M.C.A.
ANAESTHESIA DEORUM ARS



DISCUSIÓN

A pesar de que la BHS es un instrumento desarrollado hace ya 50 años, sigue estando vigente y los investigadores siguen evaluando, ajustando y utilizando sus ítems, lo que le confiere una gran validez y confiabilidad¹⁷.

En estudios poblacionales generales, la puntuación media de la BHS suele situarse alrededor de 4 puntos, lo que corresponde a niveles mínimos o leves de desesperanza. En nuestra muestra la media fue inferior, lo que sugiere niveles globales bajos y esto puede explicarse con el estilo de vida de nuestro gremio, quienes usualmente perciben un salario por encima del promedio, tienen un alto grado de estudios y se perciben como exitosos en su trabajo. Sin embargo, la proporción de individuos con puntuaciones altas (7.84%) resulta clínicamente relevante^{3,14}. La distribución de la curva de nuestra puntuación total de BHS muestra asimetría, con distribución claramente sesgada hacia la derecha, con muchos valores bajos y pocos valores altos, justamente lo esperado en una escala de desesperanza en población general.

Los estudios que comparan la relación entre desesperanza y burnout han encontrado una correlación positiva entre los dos conceptos, asumiendo que el burnout puede ser un factor de riesgo para desarrollar desesperanza, la cual puede llevar al inicio de la depresión y al riesgo de suicidio^{4,18,19}.

Una revisión sistemática reciente realizada con estudios que describe solo poblaciones de médicos encontró una gran heterogeneidad definiendo los criterios diagnósticos, pero una gran correlación entre síndrome de burnout, ansiedad, depresión y tendencia suicida²⁰; lo que nos abre el panorama a entender el problema como un conjunto de signos y síntomas muy diversos pero relacionados entre sí. Además, se ha planteado la posibilidad de que estos trastornos no solo tengan consecuencias personales, sino que pueden afectar la toma de decisiones y asociarse a los errores médicos²¹.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones, la primera de ellas es que estas encuestas requieren de la voluntad del participante para responderlas por lo tanto debe considerarse que tienen subregistro; la tasa de respuesta del 9.3% puede ser indicativo de sesgo de no respuesta, ya que es posible que quienes presentan mayor

distrés psicológico eviten participar o, por el contrario, se sientan más motivados a responder. Asimismo, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre variables. Otra limitación que encontramos fue que a pesar de haber encuestado únicamente anesthesiólogos que pertenecen a la FMCA, no se interrogó si eran médicos residentes en formación, médicos titulados en funciones o médicos jubilados sin ejercer, este puede ser un sesgo importante que debe tomarse en cuenta para sacar conclusiones de nuestros resultados, aunque la edad de la población con datos de alto grado de desesperanza mostró un rango muy amplio desde los 26 hasta los 73 años, con lo que se puede inferir que todos los grupos etarios tienen un problema grave.

CONCLUSIONES

La prevalencia de desesperanza alta en anesthesiólogos mexicanos es del 7.84%, con mayor afectación en mujeres jóvenes. Un enfoque integrador es esencial para comprender la gama completa de problemas de salud mental que enfrentan los profesionales. La desesperanza es un problema poco estudiado, que se ha presentado en una importante proporción de los anesthesiólogos encuestados en nuestro estudio, lo cual es preocupante; por lo que se requieren más estudios que permitan entender mejor este problema en nuestra población, además de otras entidades como el burnout, el trastorno de consumo de sustancias, la ansiedad y la depresión. La reticencia al seguimiento en más del 60% de los casos resalta barreras como estigma y necesidad de intervenciones preventivas confidenciales en salud mental para esta población de alto riesgo laboral. Esperamos que la publicación de este trabajo permita que nuestras autoridades gremiales y gubernamentales puedan trazar planes de salud pública que atiendan estos problemas, enfocados en intervenciones psicológicas de detección (con instrumentos como el utilizado en este estudio), análisis objetivo de las condiciones laborales (horarios de trabajo, repartición de tareas y remuneraciones) y atención sin estigmatización de los padecimientos de salud mental.

La desesperanza alta afecta a una proporción clínicamente relevante de anesthesiólogos mexicanos. Se recomienda implementar programas institucionales de tamizaje anual mediante instrumentos validados como la



BHS, acompañados de acceso confidencial a atención psicológica especializada.

Apéndice 1

Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer mucho tiempo así	V	F
No puedo imaginar cómo se vería mi vida dentro de 10 años	V	F
Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
En el futuro espero poder conseguir lo que me pueda interesar	V	F
Mi futuro me parece oscuro	V	F
Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio	V	F
No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
Mis experiencias pasadas me han preparado bien para mi futuro	V	F
Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable	V	F
No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
Tengo gran confianza en el futuro	V	F
Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
El futuro me parece vago e incierto	V	F
Espero más bien épocas buenas que malas	V	F
No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré	V	F



Referencias

1. García-Alandete J, Gallego-Pérez JF, Pérez-Delgado E. Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Univ Psychol*. 2009;8(2):447-454.
2. Sueki H. Relationship between Beck Hopelessness Scale and suicidal ideation: a short-term longitudinal study. *Death Stud*. 2022;46(2):467-472. doi:10.1080/07481187.2020.1740833
3. Kocalevent RD, Finck C, Pérez-Trujillo M, Sautier L, Zill J, Hinz A. Standardization of the Beck Hopelessness Scale in the general population. *J Ment Health*. 2017;26(6):516-522. doi:10.1080/09638237.2016.1244717
4. Franza F, Pellegrino F, Del Buono G, Solomita B, Fasano V. Compassion fatigue, burnout and hopelessness of health workers in the COVID-19 pandemic emergency. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;40:S476-S477. doi:10.1016/j.euroneuro.2020.09.619
5. Epifanio MS, La Grutta S, Piombo MA, et al. Hopelessness and burnout in Italian healthcare workers during the COVID-19 pandemic: the mediating role of trait emotional intelligence. *Front Psychol*. 2023;14:1146408. doi:10.3389/fpsyg.2023.1146408
6. Alvarado-Socarras J, Manrique-Hernández E. Suicidio de médicos: una realidad ignorada. *Salud UIS*. 2019;51(3):194-196. doi:10.18273/revsal.v51n3-2019001
7. Delafontaine AC, Anders R, Mathieu B, Salathé CR, Putois B. Impact of confrontation with patient suffering and death on wellbeing and burnout in professionals: a cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2024;23(1):93. doi:10.1186/s12904-024-01393-8
8. Berger-Estilita J, Salvisberg D, Köseleli E, Haupt S, Meço BC. Impact of burnout on anaesthesiologists. *Turk J Anaesthesiol Reanim*. 2024;52(2):54-59. doi:10.4274/tjar.2024.241565
9. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):861-865. doi:10.1037/h0037562
10. Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Rangel-Martínez-Villalba AM, Moreno-Quijano C, Martínez-Salazar GA, Camacho PA. Validation of the Beck Hopelessness Scale in patients with suicide risk. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(2):86-93. doi:10.1016/j.rpsm.2016.09.004
11. Mikulic IM, Cassullo GL, Crespi MC, Marconi A. Escala de desesperanza BHS (Beck AT, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la adaptación argentina. *Anu Investig*. 2009;16:365-373.
12. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA, Camacho-Conde JA. Validity of the Spanish version of the Herth Hope Index and the Beck Hopelessness Scale in people who have attempted suicide. *Actas Esp Psiquiatr*. 2020;48(4):163-168.
13. Alamo PC, Baader MT, Antúnez SZ, Bagladi LV, Bejer TT. Escala de desesperanza de Beck como instrumento útil para detectar riesgo de suicidio en universitarios chilenos. *Rev Chil Neuropsiquiatr*. 2019;57(2):167-175.
14. Hermosillo-De la Torre AE, Méndez-Sánchez C, González-Betanzos F. Evidence for the factorial validity of the Beck Hopelessness Scale in Spanish with clinical and non-clinical samples. *Acta Colomb Psicol*. 2020;23(2):159-169. doi:10.14718/acp.2020.23.2.7
15. Pretorius TL. Depression among health care students in the time of COVID-19: the mediating role of resilience in the hopelessness-depression relationship. *S Afr J Psychol*. 2021;51(2):269-278. doi:10.1177/0081246321994452
16. Akova I, Kiliç E, Özdemir ME. Prevalence of burnout, depression, anxiety, stress, and hopelessness among healthcare workers in the COVID-19 pandemic in Turkey. *Inquiry*. 2022;59:469580221079684. doi:10.1177/00469580221079684



17. Abal FJP, Sanchez Gonzalez JF, Lozzia GS, Attorresi HF. Escala de desesperanza de Beck (BHS): ventajas de una administración adaptativa. *Rev Iberoam Psicol.* 2021;14(1):71-82. doi:10.33881/2027-1786.rip.14107
18. Pompili M, Rinaldi G, Lester D, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R. Hopelessness and suicide risk emerge in psychiatric nurses suffering from burnout and using specific defense mechanisms. *Arch Psychiatr Nurs.* 2006;20(3):135-143. doi:10.1016/j.apnu.2005.12.002
19. Karagöl A, Törenli Kaya Z. Healthcare workers' burnout, hopelessness, fear of COVID-19 and perceived social support levels. *Eur J Psychiatry.* 2022;36(3):200-206. doi:10.1016/j.ejpsy.2022.01.001
20. Ryan E, Hore K, Power J, Jackson T. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: a mixed methods systematic review. *Front Public Health.* 2023;11:1133484. doi:10.3389/fpubh.2023.1133484
21. Menon NK, Shanafelt TD, Sinsky CA, et al. Association of physician burnout with suicidal ideation and medical errors. *JAMA Netw Open.* 2020;3(12):e2028780. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.28780

