



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UMF NO. 45 DE SAN LUIS POTOSÍ”

Carlos Omar Cano Garrido

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Mario Alberto Toscano Sánchez
Médico especialista en Psiquiatría HGZ 1.

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. Cecilia del Carmen Ramírez Castillo
Médico Familiar UMF 45.

DIRECTOR ESTADÍSTICO

Juan Manuel Shiguetomi Medina
Médico Especialista en Traumatología y Ortopedia Pediátrica, Doctor en Ciencias.

Febrero 2024



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Trabajo de investigación para obtener el diploma en la especialidad de Medicina Familiar

“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UMF NO. 45 DE SAN LUIS POTOSÍ”

Carlos Omar Cano Garrido

DIRECTOR CLÍNICO

Dr. Mario Alberto Toscano Sánchez. Médico especialista en Psiquiatría HGZ 1.

DIRECTOR METODOLÓGICO

Dra. Cecilia del Carmen Ramírez Castillo. Médico Familiar UMF 45.

DIRECTOR ESTADÍSTICO

Juan Manuel Shiguetomi Medina. Médico Especialista en Traumatología y Ortopedia Pediátrica, Doctor en Ciencias.

SINODALES

Dr. Carlos Vicente Rodríguez Pérez
Presidente

Dr. Luis Enrique González Aguilar
Sinodal

Dra. María del Pilar Arredondo Cuéllar
Sinodal

Dr. Dr. Floriberto Gómez Garduño
Sinodal suplente

Febrero 2024





Prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes de la UMF No. 45 de San Luis Potosí © 2024 Por Carlos Omar Cano Garrido. Se distribuye bajo [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

RESUMEN

“PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN MEDICOS RESIDENTES DE LA UMF NO. 45 DE SAN LUIS POTOSI”

Autores: Cano, C¹ Ramírez, C. ² Toscano M ³ Shiguetomi J ⁴

Introducción: Los trastornos mentales son un problema de salud pública y han ido en aumento sus prevalencias. Los trastornos de ansiedad son muy comunes a nivel mundial, con una prevalencia global de aproximadamente 7.3%, son la novena causa de años perdidos por discapacidad. En México, la prevalencia más reciente se reportó en 14.3% en el 2002. La prevalencia de trastornos de ansiedad varía de acuerdo con situaciones estresantes. La residencia médica es un sistema de formación en el posgrado de aprendizaje dirigida a médicos, su finalidad es la preparación médica, integral, científica, técnica social y ética, el periodo de formación de los residentes es una etapa de alta exigencia y que están sometidos a un estrés crónico y sostenido **Objetivo:** Determinar la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí. **Material y métodos:** Se realizó un estudio con diseño de tipo transversal, descriptivo, en octubre 2023, el universo de trabajo fueron 51 médicos residentes de la unidad de medicina familiar No. 45, quienes fueron entrevistados mediante una encuesta y el inventario de Beck para ansiedad, con firma previa del consentimiento informado. Se seleccionó y ejecutó el programa SPSS y se aplicó estadística descriptiva **Resultados:** La media de edad de 30.96 años, la mediana de 30 y la moda de 29, desviación estándar de 3.715, un valor mínimo de 25 y un máximo de 43, en los grados de ansiedad se encontró 96.1% de ansiedad leve y 3.9% de ansiedad moderada, **Conclusión:** Se determinó la prevalencia de ansiedad en los médicos residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 45. Se detectó que el 96.1% de los residentes presentan ansiedad leve y 3.9% ansiedad moderada. No se observó diferencia en los grados de ansiedad entre ambas especialidades. El 13.7% de los residentes manifestaron presentar depresión y estar tomando fármacos para control. Es importante un enfoque preventivo primario, mediante aplicación de escalas que midan ansiedad al iniciar la especialización y posteriormente.

Palabras clave: Inventario de Beck, prevalencia, ansiedad, médicos residentes.

	Página
Resumen	5
Índice	6
Lista de cuadros	8
Lista de gráficos	9
Lista de tablas.....	10
Lista de abreviaturas	11
Lista de definiciones	12
Dedicatorias	13
Reconocimientos	14
Antecedentes	15
Justificación	25
Pregunta de investigación.....	26
Hipótesis	27
Objetivos	28
Sujetos y métodos	29
Análisis estadístico	35
Ética	37
Resultados	39
Discusión	50
Limitaciones y/o nuevas perspectivas de investigación	52
Conclusiones	53
Bibliografías	54
Anexo 1 Cronograma de actividades.....	57

Anexo 2 Carta de consentimiento informado.....	58
Anexo 3. Hoja de recolección de datos	60
Anexo 4. Inventario de Beck.....	62
Anexo 5. Autorización comité de ética.....	63
Anexo 6. Autorización comité de investigación.....	64
Anexo 7. Resumen de coincidencias.....	65

LISTA DE CUADROS

	Página
Cuadro 1. Variables de interés.....	32
Cuadro 2. Variables de categorización	33

LISTA DE GRAFICOS

	Página
Gráfico 1. Distribución por sexo en población de estudio.....	40
Gráfico 2. Especialidad que cursa el residente por género y grado.....	41
Gráfico 3. Estado civil en población de estudio.....	42
Gráfico 4. Especialidad que cursa el médico residente por estado civil y grado...	42
Gráfico 5. Grado escolar que cursa el médico residente.....	43
Gráfico 6. Comorbilidades en población de estudio.....	44
Gráfico 7. Consumo de fármacos en población de estudio.....	45
Gráfico 8. Consumo de fármacos en los médicos residentes.....	45
Gráfico 9. Consumo de sustancias psicoactivas en población de estudio.....	46
Gráfico 10. Consumo de sustancias psicoactivas.....	46
Gráfico 11. Acontecimientos estresantes en población de estudio.....	47
Gráfico 12. Acontecimiento vital estresante.....	47
Gráfico 13. Grados de ansiedad en médicos residentes.....	48
Gráfico 14. Ansiedad de acuerdo a especialidad y grado académico.....	49

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1. Características demográficas en médicos residentes.....	39
Tabla 2. Población de estudio por género y especialidad.....	40
Tabla 3. Población de estudio por estado civil y especialidad.....	41
Tabla 4. Población de estudio por grados y residencia.....	43
Tabla 5. Grados de ansiedad en médicos residentes.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

TA: Trastorno de Ansiedad

UMF: Unidad de Medicina Familiar

LISTA DE DEFINICIONES

Médico residente: Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes ³⁰

Trastorno de Ansiedad: Preocupación excesiva (expectación aprehensiva) que se observa durante un periodo superior a 6 meses y se centra en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. Manifiesta síntomas como: inquietud, agitación, nerviosismo, fatiga precoz, dificultad para concentrarse, trastornos del sueño, irritabilidad, tensión muscular.³¹

DEDICATORIAS

Dedicado para los que siempre han estado conmigo brindándome su apoyo incondicional aun a la distancia con mucha fuerza y sostén inquebrantable

Gloria Garrido González

Carlos Cano Martínez (+)

Cynthia Janeth Cano Garrido

Gloria Karen Cano Garrido

Mi familia un pilar muy importante durante todo este tiempo para mi formación académica

RECONOCIMIENTOS

A mi asesora de tesis a la Dra. Cecilia del Carmen Ramírez Castillo por su apoyo y orientación para la realización de este proyecto, su experiencia y dedicación que han sido fundamentales para cada etapa de esta investigación.

A mis compañeros y amigos de la especialidad de medicina familiar Karla Valeria Ramos Hernández y Julio César Martínez Hernández, que sin su apoyo y ánimo no hubiese sido posible concluir este proyecto.

A todos los profesores y médicos, que fueron una guía en este proceso y me transmitieron sus conocimientos, valores y consejos para un gran desempeño académico y profesional.

A todo el personal del ámbito hospitalario, compañeros de trabajo de la institución que contribuyeron a mi formación profesional.

ANTECEDENTES

Los trastornos mentales son un problema de salud pública y han ido en aumento sus prevalencias. Entre los trastornos mentales los de ansiedad se consideran los más frecuentes en personas de cualquier edad. ¹

Los trastornos de ansiedad son muy comunes a nivel mundial, con una prevalencia global de aproximadamente 7.3%, son la novena causa de años perdidos por discapacidad, son más común en mujeres entre 35 y 55 años y suelen presentar una patología agregada como depresión y estrés postraumático. En México, la prevalencia más reciente se reportó en 14.3% en el 2002. La prevalencia de trastornos de ansiedad varía de acuerdo con situaciones estresantes. ²

En México existen programas de formación para la especialización de profesiones médicas, estos estudiantes tienen varias funciones como asistenciales, crean relaciones cercanas con sus profesores, participan en la docencia y ayudan a sus compañeros residentes de menor grado por la experiencia que han adquirido en los servicios por los que rotan. En ocasiones el desempeño que exige la residencia limita que los estudiantes se sigan desarrollando en la parte afectiva y social, lo que puede afectar el desarrollo integral del individuo lo que puede generar periodos de angustia, temor, inseguridad o estrés y en casos extremos pueden desarrollar ansiedad o depresión; los médicos que están cursando una especialización también cursan con cambios en hábitos de sueño, alimentación y percepción, cambios que pueden influir su estancia en la residencia médica. ³

El trabajo de un médico residente implica largas horas de trabajo, una carga de trabajo excesiva y la responsabilidad de tomar decisiones rápidas y precisas que pueden tener un impacto directo en la vida de los pacientes. El periodo de formación de la especialidad conlleva un nivel de activación general y afrontamiento a nuevas situaciones que para la mayoría de los residentes es estimulante y provechoso, sin embargo, para otros puede suponer un incremento de la respuesta al estrés del

organismo, que al prolongarse en el tiempo e intensidad no permita la adecuada adaptación y desemboque en un cuadro de agotamiento psicobiológico. ⁴

El IMSS invierte recursos significativos en la formación y el desarrollo de médicos residentes, ya que son una parte esencial del sistema de atención médica en el país. Estos recursos incluyen la asignación de personal médico y de apoyo, la provisión de instalaciones y equipos, así como la inversión en programas de educación y capacitación.

Por lo tanto, es fundamental abordar el problema del trastorno de ansiedad en los médicos residentes. Es necesario comprender la prevalencia de este trastorno, identificar las causas subyacentes y desarrollar estrategias efectivas de prevención y tratamiento. Solo a través de estas medidas se podrá garantizar la salud y el bienestar tanto de los médicos residentes como de los pacientes que atienden.

Con la finalidad de determinar la prevalencia del trastorno de ansiedad en residentes en formación de especialidades se analizaron estudios previos relacionados con el problema planteado. A continuación, se describen los principales.

De acuerdo a Urban-Reyes, Medina-Ayala, y cols (2022), determinaron la prevalencia de ansiedad, depresión y Síndrome de Burnout en médicos residentes de la unidad de medicina familiar número 1 de la ciudad de Obregón Sonora, en donde se aplicó la escala de DASS-21 para estrés, ansiedad y depresión en donde de un total de 46 médicos residentes de medicina familiar el promedio de edad fue de 28 años, el 69.6% fueron mujeres, el 86.6% solteros, en cuanto al grado académico se observó que el R1 representaba el 43.5%, el R2 un 39.1% y el R3 17.4% y se encontró una prevalencia de ansiedad en mujeres del 62.6%, y de acuerdo con la escala de DASS-21 en relación con la ansiedad el 21.7% de los residentes tuvo ansiedad moderada, seguido de ansiedad muy severa con 19.6%, el 8.7% con ansiedad leve y el 4.3% con ansiedad severa. ⁵

Fernández, S. G., Hervella, R. G. B., y cols (2021) realizaron un estudio sobre Tipos de personalidad y nivel de ansiedad en médicos residentes de ortopedia y medicina familiar, su objetivo principal fue identificar la relación entre el tipo de personalidad con el nivel de ansiedad en residentes de las especialidad en medicina familiar y de traumatología y ortopedia, para medir el nivel de ansiedad utilizaron la escala de ansiedad de Hamilton, se encontraron los siguientes resultados con respecto a la especialidad de medicina familiar : 28.3% fueron de 1er año, 31.6% de 2do año y 40% de 3er año, en el análisis del nivel de ansiedad, se encontró que el 61.1% presentó ausencia de ansiedad, el 29.4% con ansiedad leve y 9.7% con ansiedad moderada/grave. ⁶

Arias-Ulloa, R., Cuéllar-Garrido, y cols (2021) realizaron un estudio titulado “Estado de estrés, depresión y ansiedad en médicos residentes de Aguascalientes, 2018” donde incluyeron a los residentes de las especialidades que se ofrecen en el estado de Aguascalientes, para el tamizaje de trastorno de ansiedad se utilizó la escala Desorden de ansiedad generalizada – 7 (GAD-7). El 18% resultó positivo al tamizaje de ansiedad. El mayor porcentaje de resultados positivos al aplicar esta escala fue en los residentes de Medicina del Enfermo en Estado Crítico (25%), mientras que entre los residentes de Cardiología ninguno resultó positivo. No se encontró diferencia entre las especialidades. ⁷

De acuerdo a Vazquez.Ramírez y Cols en 2014 estudiaron la ansiedad y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México donde se utilizó el inventario de Beck para ansiedad y depresión y se reportó que del total de la población de estudio, 68 (88.3%) presentaron ansiedad muy baja, 7 (9.1%) ansiedad moderada y 2 (2.6%) ansiedad severa y concluyeron que las patologías como la ansiedad y la depresión, causales de discapacidad y ausentismo laboral, pueden ser precipitadas por los programas de formación de especialistas, en los que las cuestiones laborales, sociales y académicas pueden alterar el estado emocional y afectar así, la calidad de vida de los residentes. ⁸

Mascarúa-Lara, E., Vázquez-Cruz, y cols (2014) realizaron un estudio sobre “Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar” en donde estudiaron a 56 residentes de Medicina familiar, 41 (73.21%) del sexo femenino y 15 (26.79%) del masculino, con edad media de 30 años; 28 residentes (50%) estaban solteros al momento del estudio. Se evaluó la ansiedad utilizando el test de Hamilton y se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. ⁹

Para comprender mejor el tema se hizo una descripción de manera conceptual y operacional de las variables a estudiar:

Generalidades de trastorno de ansiedad

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental del individuo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Según la OMS, parte de tener una salud mental adecuada equivale a tener una respuesta apta al estrés normal de la vida, un rendimiento productivo laboral y con la comunidad. ¹⁰

Organización Panamericana de la Salud (OPS) junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Los trastornos mentales representan un 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad. ¹¹

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad son, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10 a 12% en las consultas de atención primaria. ¹²

Etiología

La etiopatogenia de los TA son un modelo complejo, ya que participan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Dentro de la etiología multifactorial hay factores de riesgo y factores protectores. ¹²

Factores biológicos:

La vulnerabilidad genética se ha encontrado en la mayoría de las TA, sobre todo en el trastorno de pánico, el obsesivo compulsivo y la fobia social ¹²

Factores psicosociales:

Resaltan los estresores en el ámbito tanto laboral, como socioeconómico e interpersonal ya que se consideran factores agravantes o causales de los TA, también se ha sugerido que el tipo de educación en la infancia predispone al TA en la edad adulta.¹²

Factores traumáticos:

Haber presentado algún acontecimiento traumático fuera de lo normal como accidentes, desastres, asaltos, violaciones, suele provocar daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad ¹²

Factores psicodinámicos:

La ansiedad es considerada como la respuesta individual y señal de alarma a un peligro que amenaza, provoca que la persona adopte medidas defensivas, si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparece y no sale libremente o se contiene, y dependiendo del tipo de defensa empleada, pueden presentarse síntomas conversivos, disociativos, fóbicos y obsesivo-compulsivos ¹²

Factores cognitivos y conductuales:

Estímulos externos y mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de otras personas. ¹²

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en algunas zonas del tallo cerebral que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia y el hipocampo y las amígdalas pertenecientes al sistema límbico. El sistema GABA es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante, funciona como ansiolítico, pero también como generador de angustia.¹² También se plantea que la ansiedad se debe a la sobreactividad de los sistemas adrenérgicos o de los sistemas serotoninérgicos en el SNC o a una leve atenuación del sistema GABAérgico, por lo tanto, la ansiedad es consecuencia de alteraciones en el funcionamiento del receptor GABA_A y estas pueden ser el resultado de los cambios en la concentración del GABA o del número de receptores, así como cambios en la sensibilidad del receptor.¹³

Clasificación

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales 5.^a edición (DSM-V) los Trastornos de Ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

- *Trastorno de ansiedad por separación:* presentan ansiedad y miedo atípicos para su edad y nivel de desarrollo. Existe miedo y ansiedad persistente y excesiva por daño, pérdida o separación.
- *Mutismo selectivo:* existe una incapacidad constante para hablar en situaciones sociales, aunque el paciente hable en otras circunstancias, pueda hablar y comprenda el idioma hablado. Es más común en etapas tempranas de la vida.
- *Fobia específica:* presentan miedo o ansiedad ante objetos o situaciones específicas que evitan o soportan con miedo o ansiedad intensos.
- *Trastorno de ansiedad social:* en este trastorno existe un miedo y ansiedad presentes ante diversas situaciones sociales. El paciente presenta temor de ser avergonzado, rechazado, humillado u ofendido.
- *Trastorno de pánico:* los pacientes presentan ataques de pánico recurrentes e inesperados, así como preocupación persistente por tener otro ataque de pánico.

- *Agorafobia*: existe un temor y ansiedad en circunstancias como usar el transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados, hacer filas, o salir de casa.
- *Trastorno de ansiedad generalizada*: existe una preocupación persistente y excesiva sobre diferentes ámbitos, incluido el rendimiento laboral y escolar. Presentan nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.
- *Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos*: los pacientes presentan síntomas de ansiedad secundario a la intoxicación o abstinencia de sustancias o al tratamiento médico.
- *Trastorno de ansiedad debido a otras afecciones médicas*: los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de otra afección médica tales como hipotiroidismo, hipoglucemia, hipercortisolismo, insuficiencia cardíaca congestiva, arritmia, embolia pulmonar, asma, neumonía, neoplasias, encefalitis y trastornos convulsivos. ¹⁴

Diagnóstico

El diagnóstico hasta este momento es básicamente clínico ¹⁶

Manifestaciones clínicas

De acuerdo con el Manual Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana IV (revisado) (DSM- IV-R) los síntomas deben estar presentes durante un periodo de 6 meses derivados de una preocupación constante acerca de su salud, familia, trabajo y situación económica. ¹⁵

Muchos pacientes, presentan síntomas somáticos inespecíficos (insomnio, cefalea, dolores musculares, fatiga y síntomas de malestar gastrointestinal) ¹⁵

La cafeína, el alcohol, las anfetaminas, los anorexígenos, pueden causar síntomas de ansiedad. ¹⁵

Los criterios diagnósticos pueden ser:

1. Ansiedad importante y preocupación o aprensión excesiva con duración de 6 meses.
2. La persona no puede controlar su preocupación.
3. La ansiedad y preocupación están asociadas con 3 o más de los siguientes 6 síntomas:
 - a. Inquietud.
 - b. Fatiga frecuente.
 - c. Dificultad de concentración.
 - d. Irritabilidad.
 - e. Tensión muscular.
 - f. Trastornos del sueño.
4. El TA no se debe a efectos asociados a medicamentos o a sustancias de abuso o alcohol u otras patologías medicas como el hipertiroidismo, etc.
5. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos ocasionan malestar clínico significativo e interfieren en la vida laboral o social. ¹⁵

Instrumentos o escalas para completar la valoración

Para complementar la valoración se prefiere usar instrumentos o escalas breves, fáciles de manejar e interpretar como la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) ¹⁶

También existen otras escalas que para cumplen las exigencias psicométricas de una escala de autoreporte desde un enfoque dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés. ¹⁷

Escala de Depresión ansiedad y estrés (DASS)

Fue creada con el objetivo de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones, cuya sobreposición clínica ha sido reportada por clínicos y por investigadores. ¹⁷

Mide tres dimensiones:

Depresión: esta escala incluye ítems que consideran disforia, autodepreciación, desesperanza, desvalorización de la vida, falta de interés, anhedonia e inercia.

Ansiedad: esta escala pone énfasis en los vínculos entre la ansiedad, como anticipación de eventos negativos principalmente de naturaleza psicológica, y la respuesta aguda de miedo ante a una amenaza inmediata de daño.

Estrés/Tensión: esta escala surge al realizar sucesivos análisis factoriales en el proceso de construcción del instrumento. ¹⁸

Escala de Hamilton

La escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) fue una de las primeras escalas de calificación desarrolladas para medir la gravedad de los síntomas de ansiedad utilizándose ampliamente en la actualidad, tanto en la clínica como en la investigación debido a que ha demostrado ser una escala válida y confiable. ¹⁹

La HARS es un instrumento breve, que consta de 14 ítems, distribuidos originalmente en dos factores: 1) ansiedad psicológica y 2) ansiedad somática estructura que ha sido confirmada en otros estudios En la versión en español, se ha encontrado buenas propiedades psicométricas en España confirmando las dos dimensiones. ¹⁹

El Inventario de Ansiedad de Beck

Creado por Beck, Brown, Epstein y Steer en 1996, tiene como finalidad evaluar el grado de gravedad de los síntomas de Ansiedad, consta de 21 ítems y puede ser aplicable a personas mayores de 18 años. ²⁰ Este inventario fue validado para población chilena con una consistencia interna de 0.91 ²¹

En el 2022, Vizioli y Cols realizaron un estudio en Buenos Aires, Argentina, con 746 participantes entre 18 y 65 años y determinaron la validez estructural y la fiabilidad del Inventario de Ansiedad de Beck en población argentina. ²²

Tratamiento

Farmacoterapia: se utilizan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN), las benzodiazepinas, los antidepresivos tricíclicos y los Beta bloqueadores. ^{23,24,25}

- Los ISRS (Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Escitalopram y Citalopram) son considerados tratamientos de primera línea debido a su alta eficacia.
- Los IRSN como venlafaxina y duloxetina son considerados igualmente eficaces como los ISRS y también se consideran como tratamiento de primera línea, en especial para el Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- Los antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina, Imipramina y Nortriptilina) tienen utilidad en los Trastornos de Ansiedad sin embargo la literatura menciona que ocasionan efectos adversos considerables.
- Las benzodiazepinas como Alprazolam, Clonazepam, Diazepam y Lorazepam son útiles para el tratamiento a corto plazo ya que son de acción rápida y otorgan alivio en un periodo de 30 minutos a una hora. Se consideran útiles en ataques de pánico.
- Los Beta bloqueadores como el Propanolol y Atenolol controlan los síntomas físicos de la ansiedad tales como diaforesis, taquicardia, temblor etc; y tienen mayor utilidad en fobias.

Respecto a la psicoterapia, la Terapia Cognitivo Conductual es considerada una terapia estructurada, orientada y centrada en ayudar a los pacientes a identificar y modificar patrones de pensamiento y creencias, así como desarrollar habilidades conductuales para que puedan comportarse y reaccionar de manera más adaptativa ante situaciones que producen ansiedad.²⁶

JUSTIFICACIÓN

Estudiar el grado de ansiedad en los médicos residentes radica en la importancia de comprender y abordar los desafíos de salud mental a los que se enfrentan estos profesionales. Los médicos residentes son una parte vital del sistema de atención

médica y su bienestar es fundamental para brindar una atención de calidad a los pacientes.

Al determinar el grado de ansiedad en los médicos residentes, se puede identificar la magnitud del problema y su impacto en la salud y el bienestar de estos profesionales. Esto permitirá a los responsables de la toma de decisiones en los hospitales y las instituciones de salud implementar medidas preventivas y de intervención adecuadas.

Así también, identificar el grado de ansiedad en los médicos residentes, permite identificar las causas subyacentes de este trastorno. Esto ayudará a desarrollar estrategias y programas de bienestar específicos que aborden estas causas y brinden apoyo a los médicos residentes en su entorno de trabajo.

Asimismo, al conocer las consecuencias del trastorno de ansiedad en los médicos residentes, se puede comprender mejor el impacto en la calidad de la atención médica que brindan. Esto puede ayudar a implementar medidas para reducir los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes.

En resumen, determinar el grado de ansiedad en los médicos residentes es fundamental para abordar los desafíos de salud mental a los que se enfrentan estos profesionales. Esto permitirá implementar medidas preventivas y de intervención adecuadas, mejorar la calidad de la atención médica y garantizar el bienestar tanto de los médicos residentes como de los pacientes. Por lo anterior, en el presente estudio planteamos la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de trastorno de ansiedad en los médicos residentes de la UMF 45 de la ciudad de San Luis Potosí, San Luis Potosí?

HIPÓTESIS

Debido a que es un estudio descriptivo no se requiere de hipótesis

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la prevalencia de ansiedad en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí.

Objetivos específicos

1. Especificar las características demográficas de los médicos residentes participantes.
 - ii) Describir la edad de los médicos residentes.
 - iii) Describir el género de los médicos residentes.
 - iv) Describir el estado civil de los médicos residentes.
 - v) Describir con quien habita el médico residente.
 - vi) Describir el grado escolar por el que cursa el médico residente.
 - vii) Describir si el médico residente presenta alguna comorbilidad.
 - viii) Describir los fármacos que toma el médico residente.
 - ix) Describir las sustancias psicoactivas que consumen los médicos residentes.
 - x) Describir acontecimiento vital estresante en el último mes por el cual haya cursado el médico residente.
 - xi) Describir por especialidad a los médicos residentes (medicina familiar y salud en el trabajo)
 - xii) Describir el lugar de procedencia de los médicos residentes (foráneo o local)

2. Detectar los principales tipos de ansiedad en los médicos residentes participantes.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño y tipo de la investigación

Se realizará un estudio observacional, transversal, descriptivo.

Universo de trabajo

Unidad de Medicina Familiar No. 45 del IMSS en San Luis Potosí.

Universo de estudio

Médicos residentes de las especialidades de medicina familiar y salud en el trabajo que cursan su especialización en la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del IMSS en San Luis Potosí.

Lugar donde se desarrolló el estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 45, ubicada en Av. Dr. Salvador Nava Martínez 105, Capricornio, 78399 San Luis, S.L.P.

Tiempo de estudio

Se realizó en octubre 2023

Tipo de la muestra

No probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección**Criterios de inclusión**

- Médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del IMSS en San Luis Potosí, que estén cursando la especialidad de Medicina Familiar y de Salud en el Trabajo.
- Médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 del IMSS en San Luis Potosí, que estén cursando la especialidad de medicina familiar y salud en el trabajo y acepten participar en el estudio.

Criterio de exclusión

Médicos residentes que en el momento de la aplicación del instrumento se encuentre incapacitado o se encuentre en rotación de campo.

Criterios de eliminación

Médicos residentes con información o instrumentos incompletos al final del estudio.

Médicos residentes que deseen retirarse del estudio.

Variables

Cuadro 1. Variables de interés

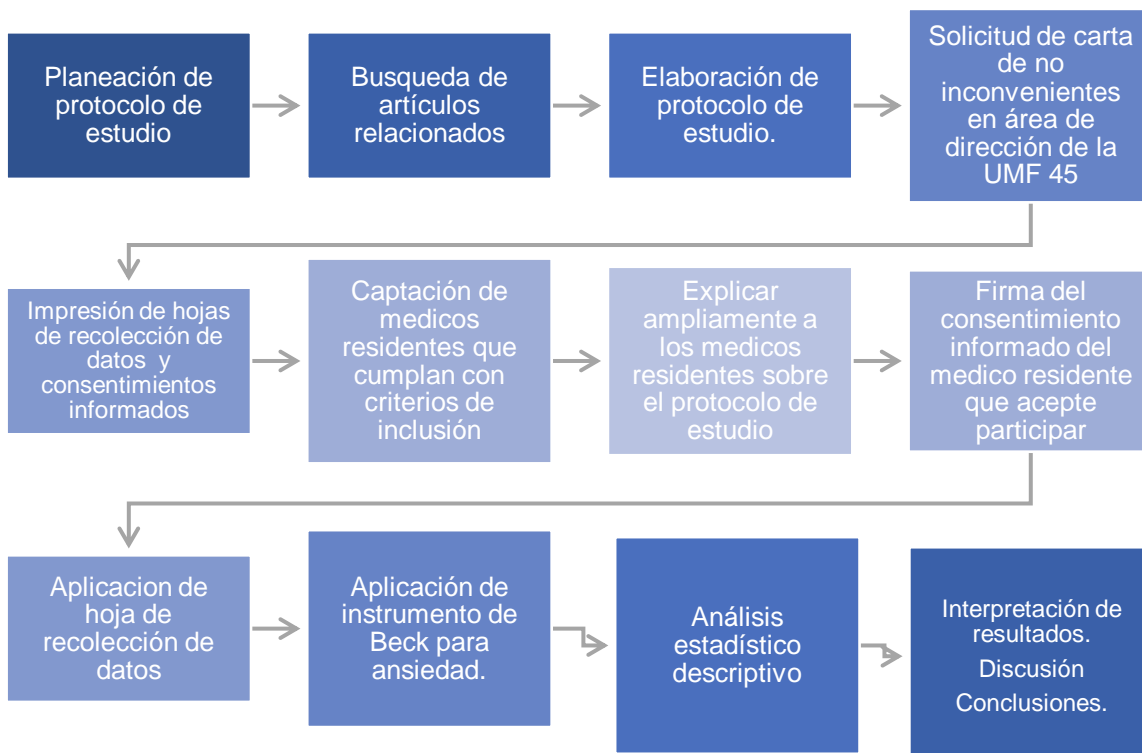
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	TIPO	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO
Médico Residentes	Es un médico titulado realizando un posgrado en ejercicio profesional, con todas sus obligaciones y responsabilidades laborales para obtener un grado de especialidad médica	Médico general titulado realizando un posgrado para obtener un grado de especialidad médica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medicina Familiar 2. Medicina del trabajo y Salud Ambiental 	Cualitativa Ordinal Independiente	Gráfica de barras Diagrama de puntos Frecuencia
Ansiedad	Trastorno el cual se caracteriza por el miedo excesivo, angustias, ataques de pánico y evitación de amenazas. Los cuales pueden afectar su rendimiento social, académico y laboral	Reacción emocional normal ante situaciones amenazantes para el individuo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No ha estado presente 2. Levemente 3. Moderadamente 4. Severamente 	Cualitativa Ordinal	Inventario para ansiedad de Beck

Cuadro 2. Variables de Categorización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIZACIÓN	TIPO
Edad	La edad (o edad biológica) es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo	Tiempo de vida en años cumplidos de la persona evaluada	Años	Cuantitativa
Sexo	Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	Condición biológica que distingue la especie humana en masculino o femenino	1) Hombre 2) Mujer	Cualitativas Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal	Condición que define la situación legal entre dos personas	1) Soltero 2) Casado (a) 3) Viudo (a) 4) Unión libre	Cualitativa Nominal
Padecimientos Médicos	Es la acción de sufrir o padecer una enfermedad	Es una alteración patológica del cuerpo humano que da lugar a la enfermedad	1) Depresión 2) Ansiedad 3) Hipertensión arterial 4) Diabetes mellitus 5) Hipotiroidismo. 6) Otra	Cualitativa Nominal
Consumo de Fármacos	Es la acción de consumir medicamentos de forma continuada	Es el consumo de medicamentos para algún tipo de padecimiento	1) Si 2) No	Cualitativa Nominal
Consumo de sustancias psicoactivas	Es el consumo de toda sustancia nociva que provoca alteraciones del sistema nervioso central	Es el consumo de sustancias nocivas para el cuerpo humano	1) Si 2) No	Cualitativa Nominal

Descripción general del estudio y procedimientos

- Se inició con detectar una problemática en los médicos residentes.
- Se solicitó permiso a las autoridades de la UMF 45 para realizar el estudio.
- Se elaboró el protocolo de investigación.
- Se sometió a evaluación por los Comités Locales de Investigación y Ética en Salud.
- Se aprobó el protocolo.
- Se realizaron cambios propuestos.
- Se les explicó a los médicos residentes sobre la investigación y se les solicitó participar.
- Luego de aceptar la participación, se les entregó el consentimiento informado para su firma de aceptación.
- Se entrevistó a cada participante y se recabaron sus datos por medio de una hoja de recolección de datos y se aplicó el inventario de Beck para Ansiedad.
- Finalmente, los datos se capturaron en SPSS versión 26 y se realizó un análisis estadístico, se obtuvieron los resultados del proyecto y se realizaron las conclusiones del trabajo de investigación, posteriormente se entregará un reporte final de investigación en el IMSS.



ANALISIS ESTADISTICO

Se seleccionó y ejecutó el programa SPSS, el análisis se efectuó mediante estadística descriptiva aplicando distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de variabilidad (rango, desviación estándar y varianza)

Para esto se siguieron los siguientes pasos:

1. Se seleccionó el programa SPSS
2. Se ejecutó el programa SPSS.
3. Se revisó la base de datos donde se codificaron los datos.
4. Se exploraron los datos analizándolos descriptivamente por variable.
5. Se prepararon los resultados por medio de tablas, gráficas, histogramas.

Tamaño de la muestra

Para poder obtener el tamaño de muestra se utilizó la fórmula para cálculo de muestra en poblaciones finitas:

$$x = Z^2 \frac{r(100-r)}{100}$$
$$n = \frac{N \cdot x}{(N-1)E^2 + x}$$
$$E = \text{Sqrt}[\frac{(N-n)x}{n(N-1)}]$$

Dónde:

- **N** = Total de la población (51 residentes)
- **Z** = nivel de confianza = 1.96 al cuadrado (la seguridad es del 95%)
- **r** = probabilidad a favor o proporción esperada = 0.5 %
- **E** = error de muestra = 0.05%

De esta manera la población de estudio quedará constituida por 51 residentes de las especialidades en Medicina Familiar y Salud del Trabajo y Ambiental con sede en la Unidad de Medicina Familiar No. 45, en San Luis Potosí.

ÉTICA

El presente proyecto de investigación se sometió a evaluación por el Comité de Ética en Salud para su valoración y aceptación.

Este estudio se ejecutará en seres humanos y prevalecerá el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos considerando el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud en su artículo 17, ya que ésta investigación se califica con riesgo mínimo puesto que se obtendrá la información a partir de un interrogatorio directo y de un cuestionarios.

Este proyecto también se apega a los siguientes documentos y declaraciones:

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Que establece los Principios Éticos para las investigaciones Médicas en Seres Humano, adaptada por la 8° Asamblea Médica Mundial, Helsinki Finlandia en junio de 1964.). Así como a la última enmienda hecha por la última en la Asamblea General en octubre 2013, y a la Declaración de Taipéi sobre las consideraciones éticas sobre las bases de datos de salud y los biobancos que complementa oficialmente a la Declaración de Helsinki desde el 2016; de acuerdo a lo reportado por la Asamblea Médica Mundial.²⁷

Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial

Que vincula al médico con la necesidad de “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”.²⁸

Código de Nuremberg.

Que en su primera disposición señala “es absolutamente esencial el consentimiento informado o voluntario del sujeto humano”. Aquí lo llevaremos a cabo al obtener el consentimiento informado de los sujetos de estudio quienes aceptan

participar de forma libre, sin presiones y de igual forma pueden retirarse cuando de este modo lo decidan.

No se expondrá a riesgos ni daños innecesarios al participante y se requerirá firma de carta de consentimiento informado para incluir al paciente en el estudio. Para obtener el consentimiento, se explicará al paciente en qué consiste el estudio, los riesgos, beneficios de participar, así como el objetivo y justificación del estudio. De la misma manera, se le mencionará que no habrá repercusión negativa alguna en caso de que no quiera participar.²⁹

Habrá completo respeto de los principios bioéticos de Beauchamp y Childress, que incluyen: respeto, beneficencia, no maleficencia y justicia.

- La autonomía tiene que ver con el respeto a la autodecisión, autodeterminación, al respecto de la privacidad de los pacientes y a proteger la confidencial de los datos. Dado que nuestro estudio es retrospectivo solo aplican algunos aspectos de autonomía.
- El principio de beneficencia aplica para nuestro estudio dado que, aunque es un estudio retrospectivo consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros.
- El principio de no maleficencia consiste, la obligación de no infligir daño intencionalmente, no causar dolor o sufrimiento, no matar, ni incapacitar, no ofender y en no dañar sus intereses. Por ser este un estudio retrospectivo, no se afecta el principio de no maleficencia.
- Con respecto de principio de justicia, que consiste en «dar a cada uno lo suyo», es decir a dar el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona, de forma imparcial, equitativa y apropiada, este estudio es a partir de expedientes, y todos pacientes podrán ser incluidos con la misma probabilidad.

Se hará uso correcto de los datos y se mantendrá absoluta confidencialidad de estos. Esto de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales, a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (apartados 5.4, 5.5 y 5.7).

RESULTADOS

Una vez concluida la investigación de prevalencia de ansiedad en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí se obtuvieron los siguientes resultados:

Características demográficas de los médicos residentes participantes

Se estudió a 51 residentes de las especialidades de Medicina Familiar y Medicina del Trabajo adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 45 del IMSS y se obtuvieron los siguientes resultados:

La media de edad de 30.96 años, la mediana de 30 y la moda de 29, desviación estándar de 3.715, un valor mínimo de 25 y un máximo de 43 (Tabla 1).

Tabla 1

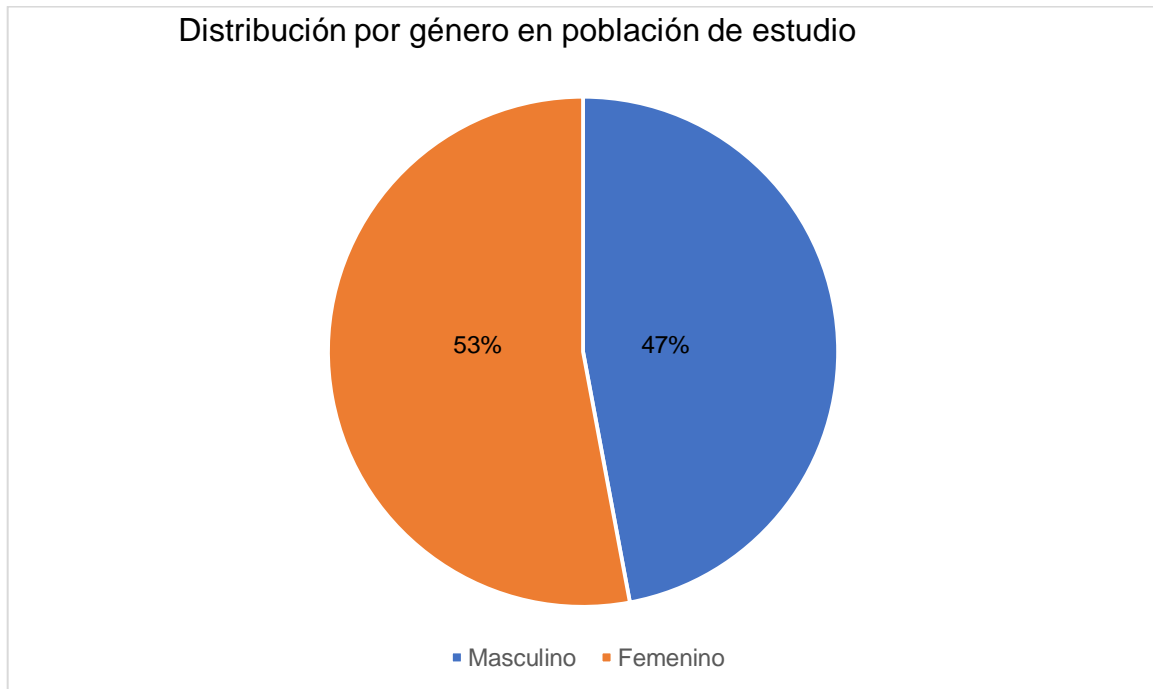
Características demográficas: edad	
Media	30.96
Mediana	30
Moda	29
Desviación estándar	3.715
Rango	18
Mínimo	25
Máximo	43
n:51 Fuente: hoja de recolección de datos	

Con respecto al género se encontró que 24 son hombres (47%) y 27 son mujeres (53%) De la especialidad de medicina familiar el 19.6 % fueron de primer año (R1) 21.5% de segundo año (R2) y 21.5% de tercer año (R3). Mientras que de la especialidad de Medicina en el trabajo fueron 15.6% de primer año (R1) , 11.7 % de segundo año (R2) y 9.8% de tercer año (R3). (Tabla 2 y Gráfico 1 y 2).

Tabla 2

Género	Medicina familiar			Medicina del trabajo		
	R1	R2	R3	R1	R2	R3
Masculino	6	3	6	4	4	1
Femenino	4	8	5	4	2	4

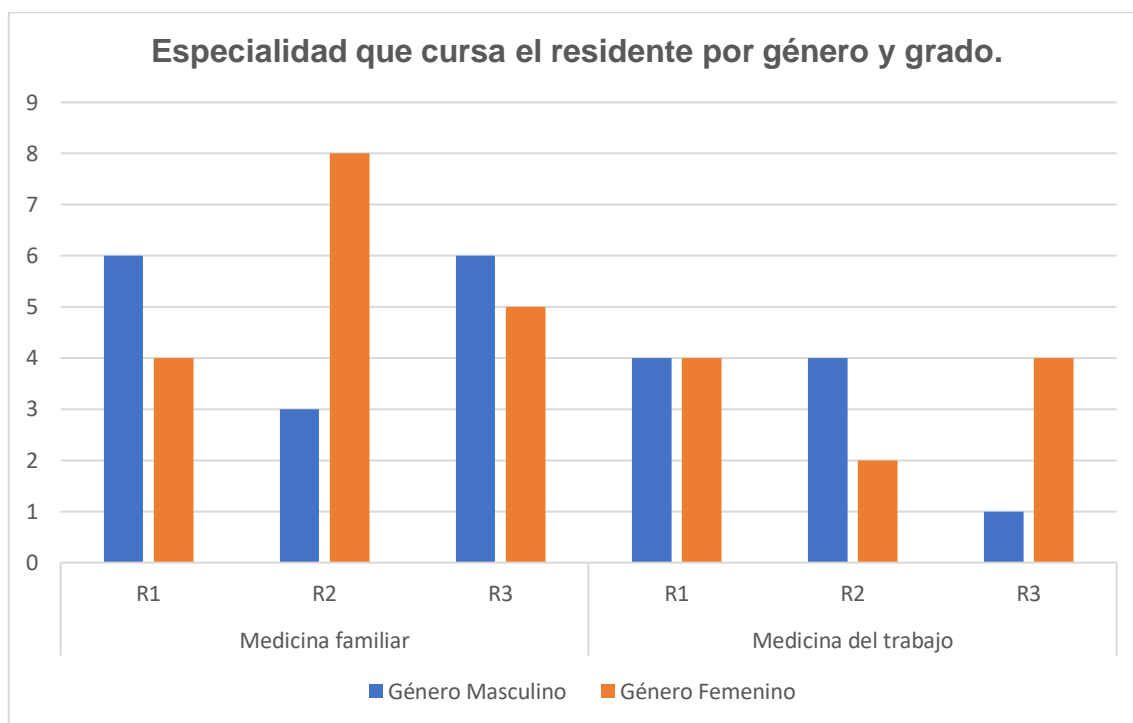
Gráfica 1



N: 51

Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfica 2



N: 51

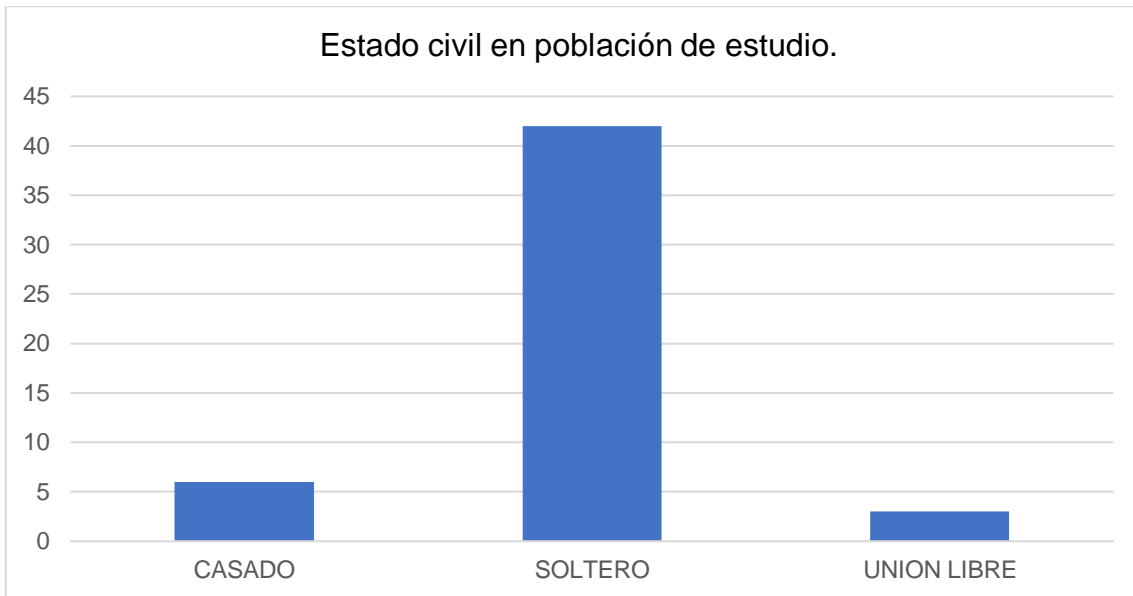
Fuente: Hoja de recolección de datos

Con respecto al estado civil, el 11.7% de la población es casada, 82.3% se refiere como soltera y el 6% se encuentra en unión libre. De la especialidad de medicina familiar 1 casado y 9 solteros fueron de primer año (R1) 2 casados y 9 solteros de segundo año (R2) y 2 casados y 9 solteros de tercer año (R3). Mientras que de la especialidad de Medicina en el trabajo fueron 7 solteros y 1 en unión libre de primer año (R1) , 4 solteros y 2 en unión libre de segundo año (R2) y 1 casado y 4 solteros de tercer año (R3). De ambas especialidades ninguno divorciado. (Tabla 3, Gráficas 3 y 4).

Tabla 3

Estado Civil	Especialidad					
	Medicina familiar			Medicina del trabajo		
	R1	R2	R3	R1	R2	R3
Casado	1	2	2	0	0	1
Soltero	9	9	9	7	4	4
Unión libre	0	0	0	1	2	0
Divorciado	0	0	0	0	0	0

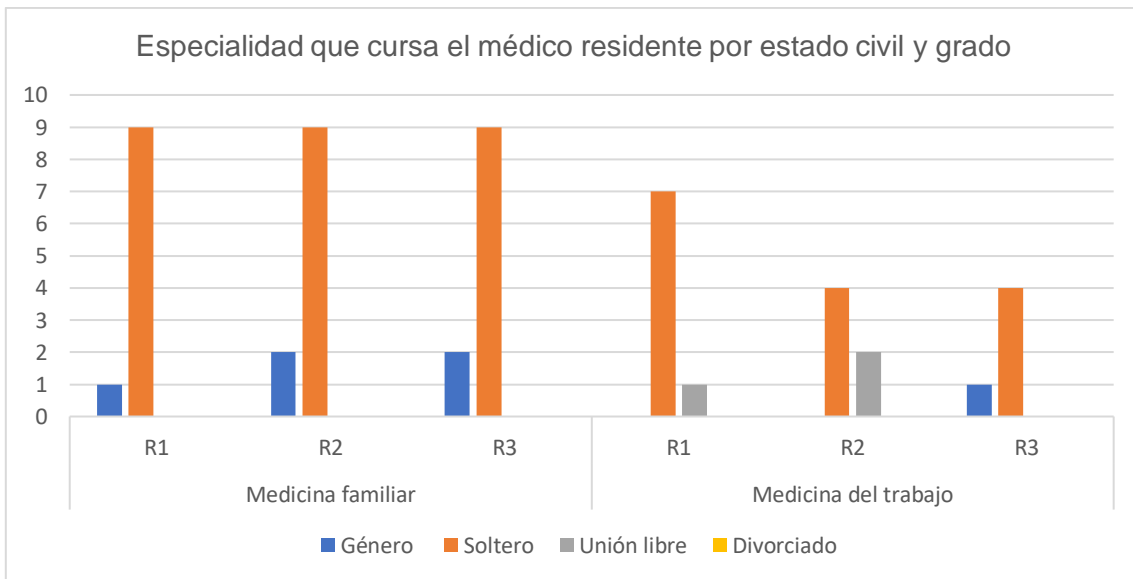
Gráfica 3



N: 51

Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfica 4



N: 51

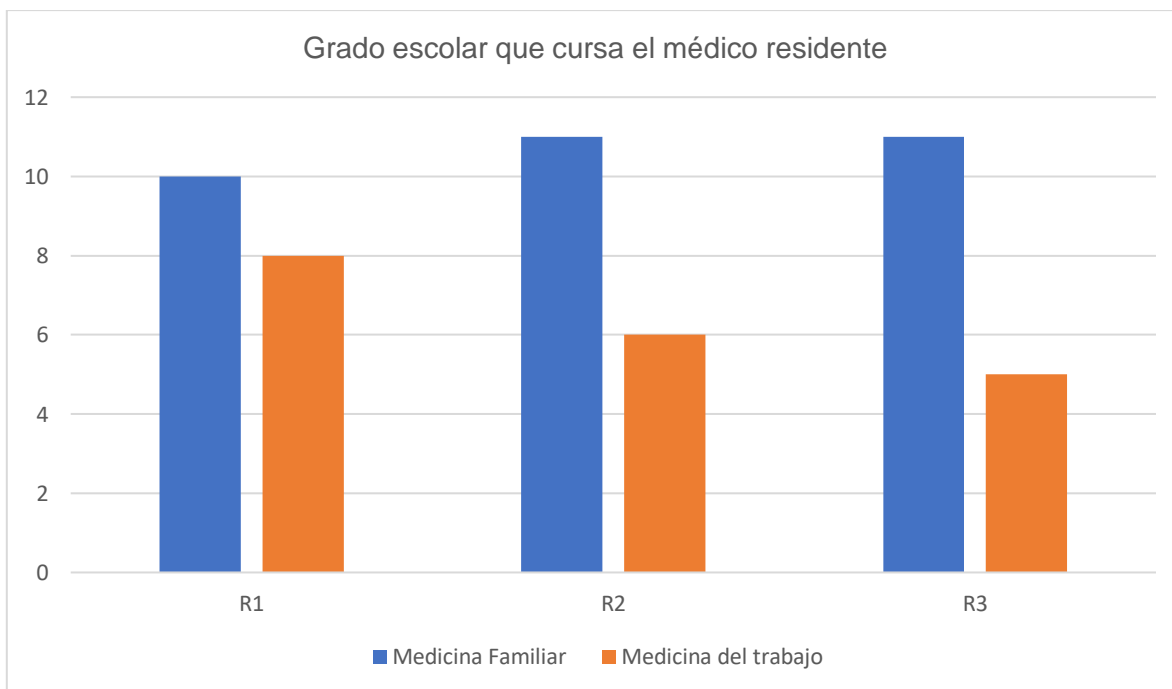
Fuente: Hoja de recolección de datos

De los 51 residentes, 32 pertenecen a la especialidad de Medicina Familiar mientras que 19 pertenecen a Medicina del Trabajo. Respecto a los residentes de Medicina Familiar, 10 de ellos se encuentran cursando el 1er año, 11 el segundo año y 11 el 3er año; mientras que de Medicina del Trabajo 8 cursan el 1er año, 6 segundo año y 5 el 3er año. (Ver Tabla 4, Gráfica 5).

Tabla 4

Población de estudio por grados y residencia.		
<i>Medicina familiar</i>	1er año	10
	2do año	11
	3er año	11
<i>Medicina del trabajo</i>	1er año	8
	2do año	6
	3er año	5
N:51. Fuente: hoja de recolección de datos		

Gráfica 5

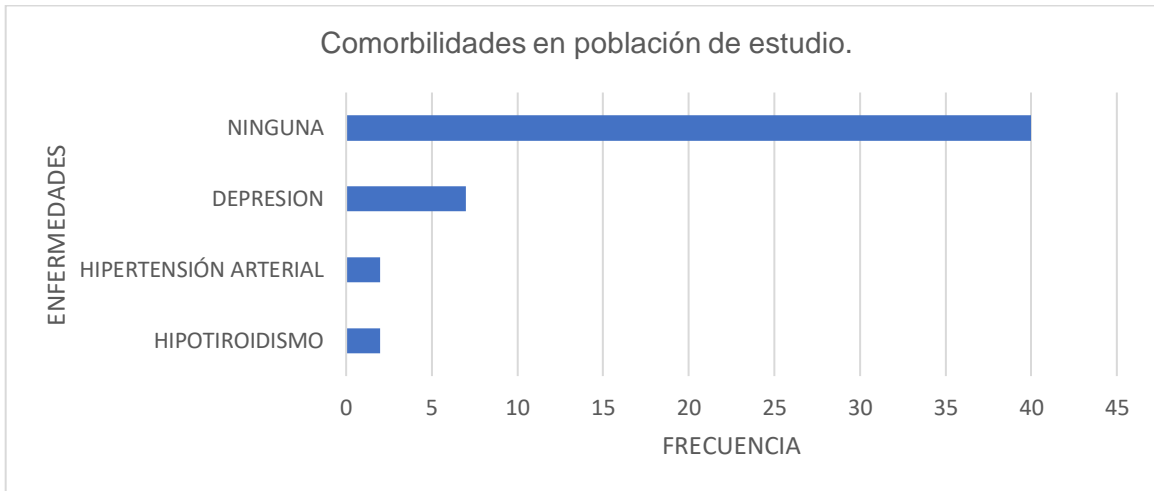


N: 51

Fuente: Hoja de recolección de datos

En relación a los padecimientos que presenta la población de estudio, 13.7% de ellos presentan Depresión, 4% refirieron presentar Hipotiroidismo, 4% presentan Hipertensión Arterial y 78.3% refirieron no presentar enfermedades. (Ver Gráfico 6).

Gráfica 6

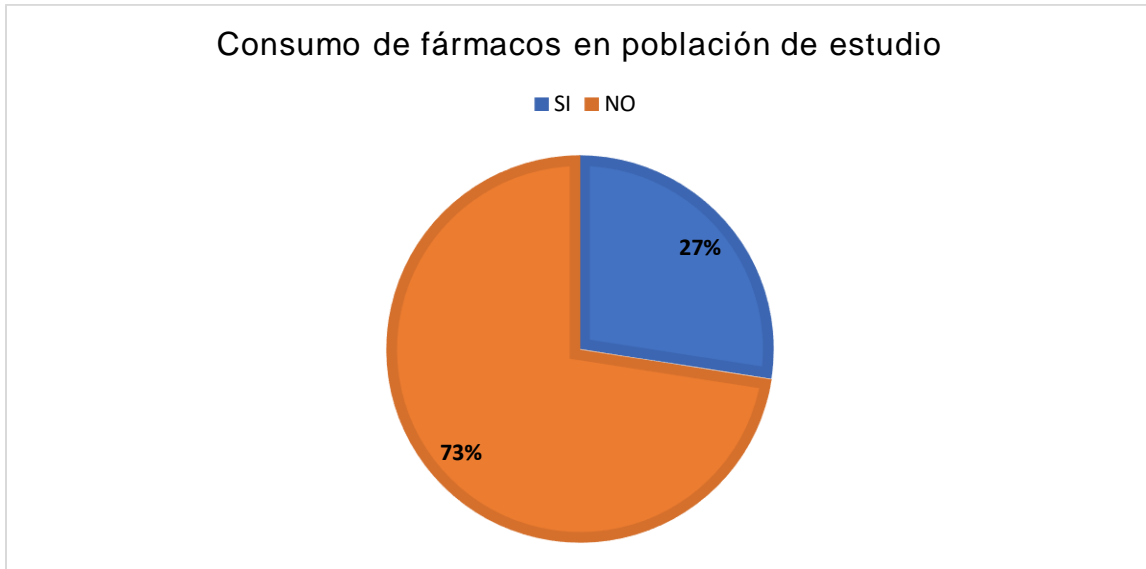


N: 51

Fuente: Hoja de recolección de datos

Respecto al consumo de fármacos en los médicos residentes, 14 de ellos refirieron consumir algún fármaco mientras que 37 negaron el consumo de fármacos. (Ver Gráfico 7 y 8)

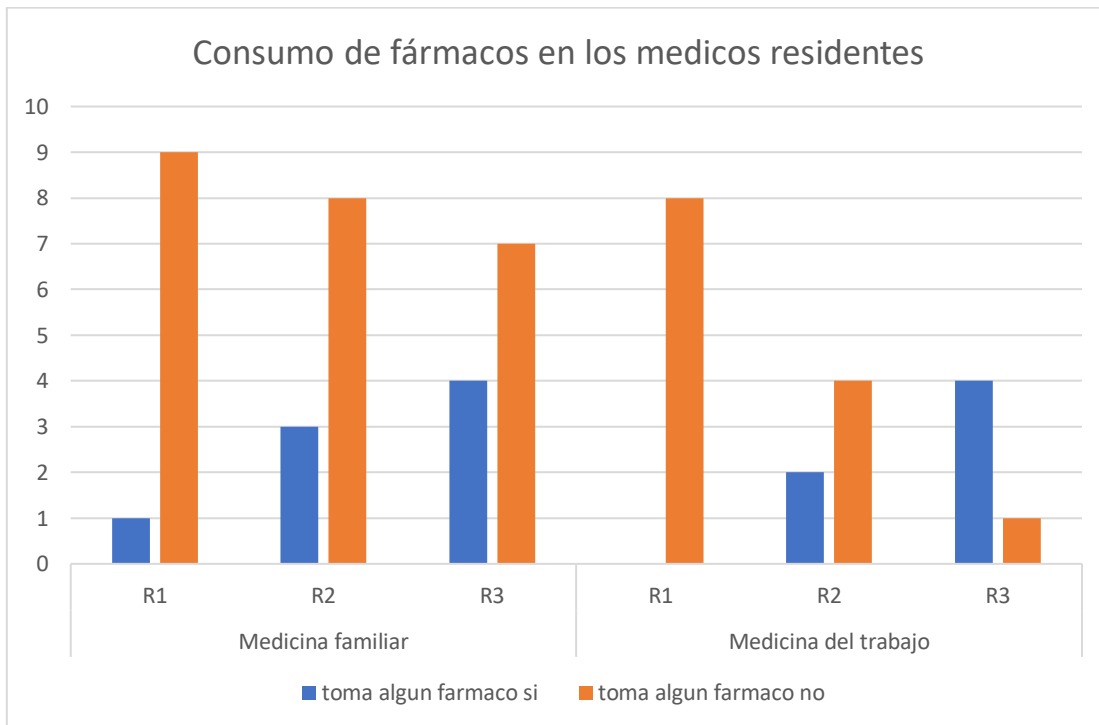
Gráfica 7



N: 51

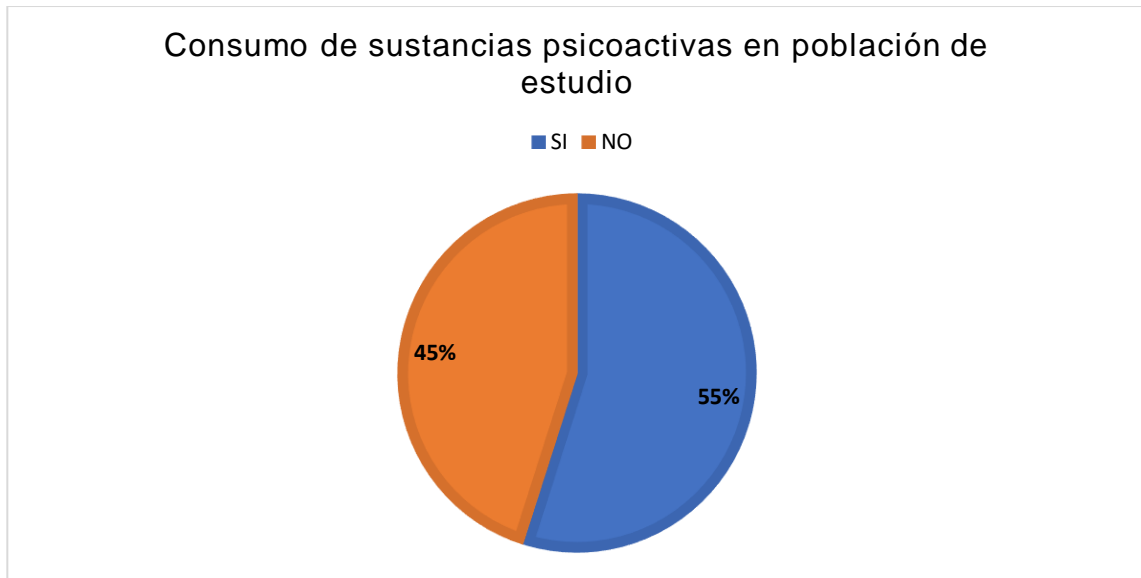
Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfica 8



Con relación al consumo de sustancias psicoactivas, 28 de los residentes refirieron si consumir sustancias psicoactivas mientras que 23 de ellos negaron el consumo de sustancias. (Ver Gráfico 10 y 11).

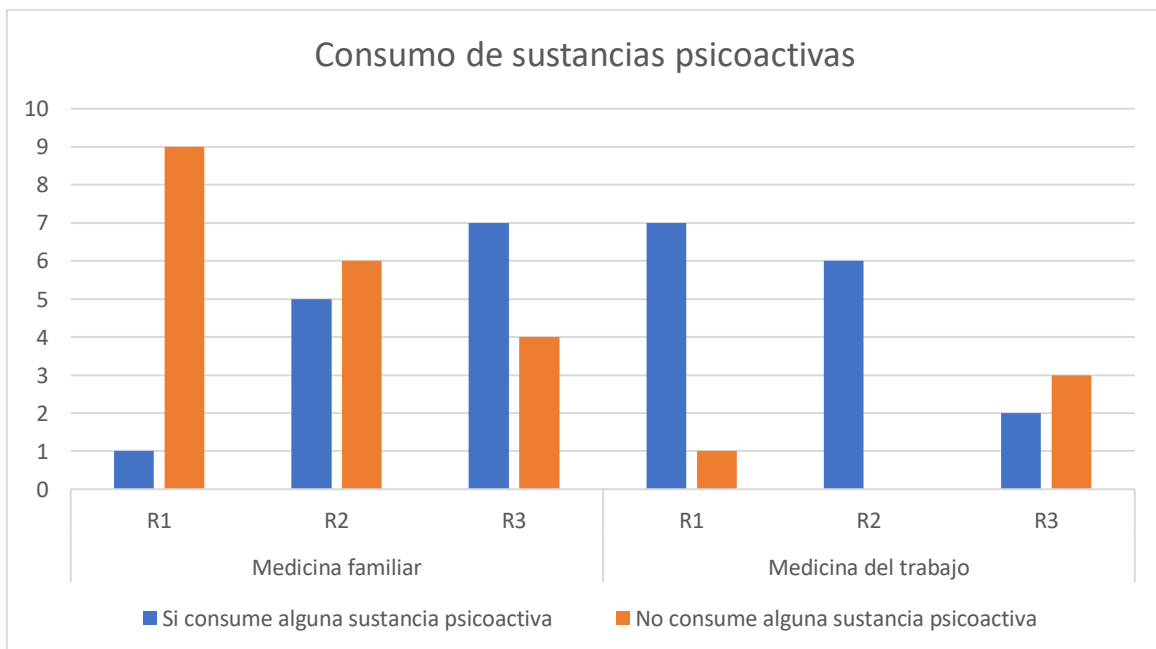
Gráfica 9



N: 51

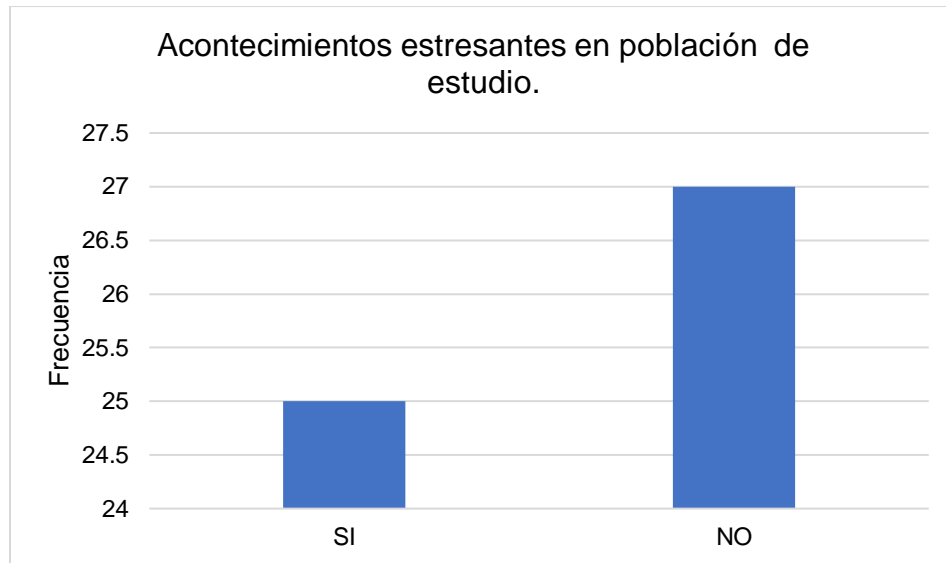
Fuente: Hoja de recolección de datos

Gráfica 10



Con respecto a los acontecimientos vitales estresantes de los residentes en el último mes, el 49% de los residentes manifestaron presentar un acontecimiento estresante, mientras que el 51% negaron presentarlo. (Ver Gráfico 12 y 13).

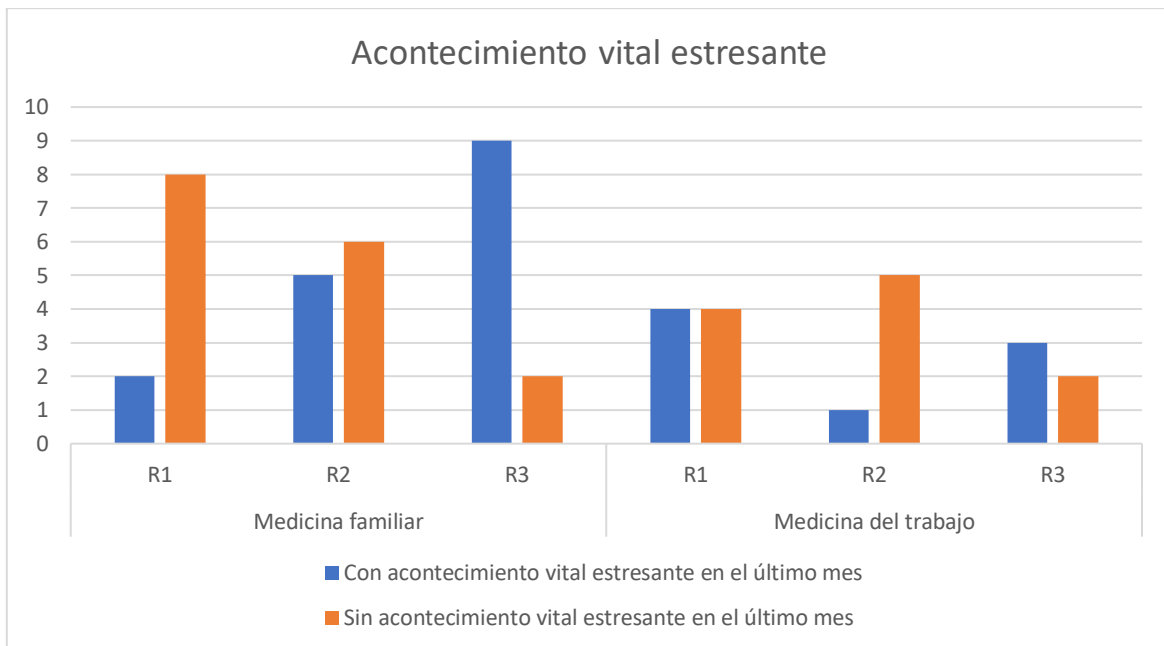
Grafica 11



N: 51

Fuente: Hoja de recolección de datos

Grafica 12



N: 51

Fuente: Hoja de recolección de datos

En lo referente a los grados de ansiedad en la población de estudio, se encontró al 96.1% de ellos dentro del grado de ansiedad leve y el 3.9% como ansiedad Moderada. (Ver Tabla 5, Gráfico 14)

Tabla 5

Grados de ansiedad en médicos residentes.		
Grado	Frecuencia	Porcentaje
leve	49	96.1%
Moderada	2	3.9%
Severa	0	0
Total	51	100%

N: 51
Fuente: Hoja de recolección de datos

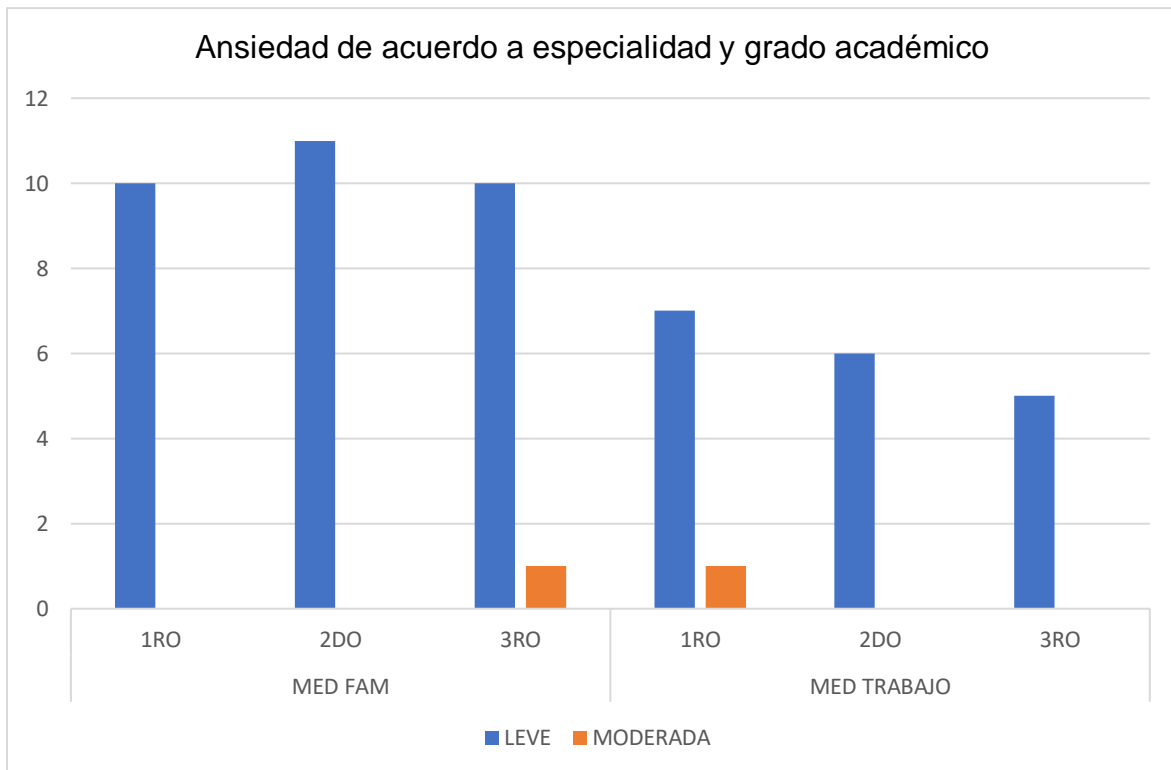
Grafica 13



N: 51
Fuente: Hoja de recolección de datos

Con relación al grado académico y especialidad, de los 32 residentes de Medicina Familiar únicamente 1 residente presentó ansiedad moderada, siendo este de 3er año. Respecto a Medicina del Trabajo se presentó ansiedad moderada en 1 residente de 1er año. (Ver Gráfico 15)

Grafica 14



N: 51

Fuente: Hoja de recolección de datos

DISCUSIÓN

La prevalencia de ansiedad en los residentes de Medicina Familiar y Medicina del Trabajo adscritos a la UMF 45 del Instituto Mexicano del Seguro Social fueron para ansiedad leve en un 96.1% y ansiedad moderada en un 3.9%.

Estos resultados son muy parecidos a los publicados por *Vázquez Ramírez y Cols* en 2014 quienes trabajaron con residentes de Medicina Familiar, Ginecología y Obstetricia, Urgencias, Pediatría, Cirugía y Medicina Interna, aplicando el Inventario de Beck y encontrando en los médicos residentes un 88.3% con ansiedad muy baja, 9.1% con ansiedad moderada y 2.6% con ansiedad severa. Sin embargo, difieren con los publicados por *Fernández, Hervella y cols* en el 2021 donde encontraron respecto a la especialidad de medicina familiar, se encontró en el análisis del nivel de ansiedad que el 61.1% presentó ausencia de ansiedad, el 29.4% con ansiedad leve y 9.7% con ansiedad moderada/grave esto utilizando la escala de ansiedad de Hamilton. Por otro lado, *Urban-Reyes, Medina-Ayala, y cols* (2022), de acuerdo con la escala de DASS-21 en relación con la ansiedad el 21.7% de los residentes tuvo ansiedad moderada, seguido de ansiedad muy severa con 19.6%, el 8.7% con ansiedad leve y el 4.3% con ansiedad severa. Y por último *Arias-Ulloa* utilizó la escala Desorden de ansiedad generalizada – 7 (GAD-7) y el 18% resultó positivo al tamizaje de ansiedad.

De acuerdo a la edad *Mascarúa-Lara* detectó una media de edad de 30 con una desviación estándar de 3.98, *Urban-Reyes* encontró una media de 26-28 con una desviación estándar de 2.29, mientras que nosotros encontramos una media de 30.96 y una desviación estándar de 3.71.

Con respecto al género, *Mascarúa-Lara, E., Vázquez-Cruz, y cols* (2014) encontró que el 73.21% fueron del sexo femenino y 26.79% del masculino mientras que en nuestro estudio se encontró 47% de género masculino y 53% del género femenino.

Respecto al estado civil, de acuerdo a Mascarúa-Lara, E., Vázquez-Cruz, y cols (2014) 50% de los residentes estaban solteros, 42.85% casados y 7.15% en unión libre, para Urban-Reyes el 86.6% fueron solteros y el 17.4% casados, nuestros resultados fueron 11.7% de la población es casada, 82.3% se refiere como soltera y el 6% se encuentra en unión libre.

Cabe mencionar que el 13.7% de nuestra población de estudio presenta Depresión como comorbilidad; este resultado difiere del publicado por Aguirre Hernández y Cols en 2011 quienes trabajaron con residentes de diversas especialidades, reportando una prevalencia de Ansiedad y Depresión en el 29.6% de los residentes utilizando tanto la Escala de Hamilton como el Inventario de Beck.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN

Limitaciones:

El tiempo es una limitante debido a que solo se midió la ansiedad en un momento y el estado de ánimo en ese día puede influir para sesgar los resultados.

No contar con privacidad para que el médico residente se sintiera más comfortable al momento de responder el inventario y la hoja de recolección de datos.

Haber usado solo un instrumento para medir la ansiedad ya que después de la lectura e indagación de más temas nos dimos cuenta que existe otros instrumentos que miden más dimensiones con el DASS-21

El Inventario de ansiedad de Beck se encuentra validado, sin embargo, no permite descartar ansiedad ya que se clasifica en ansiedad muy baja, moderada y severa.

Propuestas:

Se sugiere realizar un estudio que incluya residentes de otras especialidades ya que en los estudios analizados se detectó que médicos residentes de otras especialidades que no corresponden a medicina familiar cursan con mayores grados de ansiedad y mayor frecuencia.

Realizar un estudio que nos permita medir la ansiedad desde otras dimensiones y así poder comparar resultados entre algunas escalas de ansiedad por ejemplo la escala de GAD-7, la escala de DASS-21 y la escala de Hamilton.

Aplicar escalas de ansiedad a los médicos residentes en varios momentos de la especialización para evaluar cómo se encuentran al inicio y cómo evolucionan y poder realizar un estudio de correlación o causalidad entre ansiedad y cursar una especialización.

Dar seguimiento a los médicos residentes que ya cursan con alguna patología

CONCLUSIONES

Se determinó la prevalencia de ansiedad en los médicos residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 45.

Se detectó que el 96.1% de los residentes presentan ansiedad leve y 3.9% ansiedad moderada.

No se observó diferencia en los grados de ansiedad entre ambas especialidades.

El 13.7% de los residentes manifestaron presentar depresión y estar tomando fármacos para control.

Es importante un enfoque preventivo primario, mediante aplicación de escalas que midan ansiedad al iniciar la especialización y posteriormente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carballo, M. M., Estudillo, C. P., Meraz, L. L., Parrazal, L. B., & Valle, C. M. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Eneurobiología*, 10(24).
2. Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *salud pública de México*, 63(4), 478-485.
3. Guarneros, M. P., Cabrera, L. F., Hernández, O. C., Ocaña, J. R. J., & Barrientos, J. V. R. (2011). Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(3), 157-162.
4. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín-Santos R. Work stress and resident burnout, before and during the COVID-19 pandemic: An up-date. *Med Clin (Barc)*. 2021 Aug 13;157(3):130-140. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2021.04.003. Epub 2021 May 6. PMID: 34083069; PMCID: PMC8101798.
5. Urban-Reyes, B. R., Medina-Ayala, R. A., Olan, C. B. (2022), Ansiedad y Depresión en un grupo de médicos residentes de la especialidad de medicina familiar de Sonora, México, *Archivos en medicina familiar*, 69-76
6. Fernández, S. G., Hervella, R. G. B., Vargas, R. B., Williams, J. Q., Juárez, A. C., Santiago, U. P. (2021) Tipos de personalidad y nivel de ansiedad en médicos residentes de ortopedia y medicina familiar. *Inv Ed Med*. Vol. 10, n.o 38, abril-junio 2021
7. Ulloa, A. R., Garrido, E. C., Juárez, M. C. R., López, S. L. G., Muñoz, M. C., López, S. Y. R., & Robles, M. E. R. (2018). Estado de estrés, depresión y ansiedad en médicos residentes de Aguascalientes, 16(47), mayo -agosto, ISSN: 2007-1655
8. Vázquez-Ramírez, L. A., & Pedraza-Avilés, A. G. (2014). Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México, *Artículo original*, 2014;21(4)

9. Mascarúa-Lara, E., Vázquez-Cruz, E., & Córdova-Soriano, J. A. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 21(2), 55-57.
10. Delgado, E. C., De la Cera, D. X., Lara, M. F., & Arias, R. B., (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista cúpula* 2021, 35 (1): 23-36
11. Martínez Mallen, M., & López Garza, D. N. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 44(3).
12. Orozco, W. N., & Baldares, M. J. V. (2012). Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*, 69(604), 497-507.
13. Ildefonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.
14. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
15. <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v56n4/v56n4a9.pdf>
16. <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>
17. Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336.
18. Mella, F. R., Vinet, E. V., & Muñoz, A. M. A. (2014). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 179-190.
19. Arias, Patricio R., Gordón-Rogel, Jorge, Galárraga-Andrade, Anabel, & García, Felipe E.. (2022). Propiedades Psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en Estudiantes Ecuatorianos. *Ajayu Órgano de Difusión*

Científica del Departamento de Psicología UCBSP, 20(2), 273-287. Epub 31 de agosto de 2022. <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>

20. Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Raúl Rivero, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73.
21. Londoño Perez, C; Alejo Castañeda E. Instrumentos para Evaluar la regulación emocional (Ansiedad y Depresión). Repositorio Institucional Universidad Católica de Colombia. 2017; 1-135.
22. F. Cova, R. Melipillán, M. Valdivia, E. Bravo, B. Valenzuela. Sintomatología depresiva y ansiosa en estudiantes de enseñanza media. *Revista Chilena de Pediatría*, 78 (2007), pp. 151-159
23. Vizioli, N., A., & Pagano, A., E. Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 2022; 25(1), 28-41.
24. Rickels K, Moeller HJ. Benzodiazepines in anxiety disorders: Reassessment of usefulness and safety. *World J Biol Psychiatry*. 2019 Sep;20(7):514-518.
25. Chapdelaine A, Carrier JD, Fournier L, Duhoux A, Roberge P. Treatment adequacy for social anxiety disorder in primary care patients. *PLoS One*. 2018 Nov 5;13(11) 1-15.
26. Lahousen T, Kapfhammer HP. [Anxiety disorders - clinical and neurobiological aspects]. *Psychiatr Danub*. 2018 Dec;30(4):479-490
27. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
28. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ginebra/>
29. <http://www.facmed.unam.mx/gaceta/gaceta/nov2597/codigo.html>
30. Zamudio, J. F. V. (2011) La Función de los Médicos residentes según las leyes Mexicanas, *Rev Eviden Invest Clin* 2011; 4 (1): 5-6
31. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013

ANEXOS

ANEXO 1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A continuación, se presenta el cronograma de actividades.

TÍTULO DEL PROYECTO: “Prevalencia de Trastorno de Ansiedad Generalizada en Médicos Residentes de da UMF No. 45 de San Luis Potosí”

	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1. DISEÑO DE PROTOCOLO											
2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA											
3. REDACCIÓN DEL PROTOCOLO											
4. PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO AL C.L.I.E											
4.1 REENVIO A C.L.I.E.											
5. APROBACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL C.L.I.E											
6. MODIFICACIONES AL PROTOCOLO EN CASO NECESARIO											
7. RECOLECCION DE DATOS											
8. PROCESAMIENTO DE DATOS											
9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS											
10. ELABORACIÓN DE CONCLUSIONES											
11. REDACCIÓN DEL ESCRITO O ARTICULO CIENTÍFICO											
12. ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN											

ELABORADO POR: Carlos Omar Cano Garrido

FECHA DE ELABORACIÓN: octubre de 2023

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación en salud (adultos)

No. de registro institucional _____

Título del protocolo:

Prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes de la unidad de medicina familiar No 45 de san Luis potosí

Lugar y fecha: San Luis Potosí / 2023

Justificación y objetivo de la investigación:

El propósito de este estudio es investigar la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 45 de San Luis Potosí. Esto es relevante porque a menudo esta condición no se percibe y, como resultado, no se busca ayuda a tiempo. Además, dado que los síntomas pueden ser sutiles

Procedimientos y duración de la investigación

Para la realización del estudio se le pedirá a usted que responda un breve cuestionario de 21 preguntas las cuales le agradecemos que responda con la mayor sinceridad posible. El formulario interroga cuestiones tales como: estado de ánimo y pérdida de interés o placer por las actividades que normalmente encontraría agradables y trata de identificar con algunas preguntas sencillas la presencia de síntomas de ansiedad

Riesgos y molestias:

La aplicación y respuesta del cuestionario no debe de llevarle a usted más de 5 minutos. Las molestias que puede sentir no van más allá del tiempo que represente responder la encuesta. Por otro lado, este cuestionario puede llevarlo a reflexionar situaciones emocionales que quizá ha normalizado y realmente son datos de ansiedad.

Beneficios que recibirá al participar en la investigación:

En caso de que se detecte a través de la escala de beck que usted presenta síntomas sugestivos de ansiedad, se le dará la asesoría correspondiente y será canalizada a la atención con el especialista en salud mental para que pueda proporcionarle la ayuda necesaria.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los resultados de este estudio serán puestos a su disposición en el momento de finalizar el mismo. Los resultados de su encuesta personal serán entregados por el investigador responsable de manera inmediata.

Participación o retiro: Debe usted saber que su participación ya sea que decida hacerlo o no, no va a influir en lo absoluto en los procesos de atención de los y las usuarias y que el retiro puede ser en el momento que así lo decida.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos obtenidos en el cuestionario no serán difundidos o utilizados para ningún otro propósito que no sea el de la presente tesis.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con la investigación podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:
Dra. Cecilia del Carmen Ramírez Castillo.
Teléfono:

Dr. Carlos Omar Cano Garrido.
Teléfono:

Declaración de consentimiento:

<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras sólo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Acepto participar y que se tomen los datos o muestras para este estudio y/o estudios futuros.

Se conservarán los datos o muestras hasta por 1 año tras lo cual se destruirán.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO 3. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
Unidad de Medicina Familiar No. 45 San Luis Potosí

Hoja de recolección de datos

Fecha de aplicación: _____

¿Cuál es su edad? _____

Sexo:

Masculino () Femenino ()

¿Qué especialidad está cursando?

Medicina familiar () Salud en el trabajo ()

¿Qué grado está cursando?

Primero () Segundo () Tercero ()

¿Cuál es su estado civil?

Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión libre ()

¿Cuál es su lugar de procedencia?

Local () Foráneo () ¿De donde viene? _____

¿Con quién habita?

Solo () Acompañado () ¿Con quién o quienes? _____

¿Presenta algún padecimiento médico?

Depresión () Ansiedad () Hipertensión Arterial () Diabetes Mellitus ()

Hipotiroidismo () Otra: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SAN LUIS POTOSÍ
Unidad de Medicina Familiar No. 45 San Luis Potosí

¿Toma algún fármaco?

No () Sí () Cuál o cuáles: _____

¿Consumes sustancias psicoactivas?

Alcohol () Cafeína () Nicotina () Marihuana () Cocaína () Otras: _____

¿Ha presentado algún acontecimiento vital estresante en el último mes?

No () Sí () Cuál o cuáles: _____

Muchas gracias por tu participación.

“Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada
en médicos residentes de la Umf No. 45 de San Luis Potosí”

ANEXO 4. INVENTARIO DE BECK

CUADRO 2. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)				
Instrucciones : Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.				
Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1.- Entumecimiento, hormigueo				
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.- Debilitamiento de las piernas				
4.- Dificultad para relajarse				
5.- Miedo a que pase lo peor				
6.- Sensación de mareo				
7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.- Inseguridad				
9.- Terror				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Manos temblorosas				
13.- Cuerpo tembloroso				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respirar				
16.- Miedo a morir				
17.- Asustado				
18.- Indigestión o malestar estomacal				
19.- Debilidad				
20.- Ruborizarse, sonrojamiento				
21.- Sudoración no debida al calor				