



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No.1

“LIC. IGNACIO GARCÍA TÉLLEZ”

**“IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE
PRIMER AÑO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA
FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DE CUERNAVACA MORELOS DURANTE UN
PERIODO DE SEIS MESES”**

NÚMERO DE REGISTRO SIRELCIS R-2015- 1102-20

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

PATRICIA MASTRANZO SABINAL

ASESORES DE TESIS:

DRA MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

DR. CAIRO DAVID TOLEDANO JAIMES

DRA NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOCHEA

CUERNAVACA, MORELOS. JUNIO

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE
PRIMER AÑO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA
FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DE CUERNAVACA MORELOS DURANTE UN
PERIODO DE SEIS MESES”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:**

**PATRICIA MASTRANZO SABINAL
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGRC/MFNo.1**

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. ANITA ROMERO RAMIREZ
COORDINADORA DELEGACIONAL DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**DRA. MARIA CRISTINA VAZQUEZ BELLO.
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD.**

**DRA. MONICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DEL
HGRC/MF No.1**

**DRA. MONICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

ASESORES DE TESIS

**DRA MONICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DEL HGRC/MF No.1**

**DR. CAIRO DAVID TOLEDANO JAIMES
PROFESOR INVESTIGADOR ASOCIADO FACULTAD DE FARMACIA UAEM**

**DRA. NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOCHEA
MEDICO PSIQUIATRA ADSCRITA AL HGRC/MF No. 1 IMSS**

“IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE PRIMER AÑO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DE CUERNAVACA MORELOS DURANTE UN PERIODO DE SEIS MESES”

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PATRICIA MASTRANZO SABINAL

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No.1

A U T O R I Z A C I O N E S

**DR. JUAN JOSÉ MAZON RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÒN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**

“IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE PRIMER AÑO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DE CUERNAVACA MORELOS DURANTE UN PERIODO DE SEIS MESES”

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**PATRICIA MASTRANZO SABINAL
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGR C/MF No. 1**

**PRESIDENTE DEL JURADO
DR. CIDRONIO ALBAVERA HERNÁNDEZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL HGRC/MF No.1
DOCTOR EN CIENCIAS CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN EPIDEMIOLOGIA**

**SECRETARIO DEL JURADO
DR. RICARDO CASTREJON SALGADO
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN BIOMEDICA DEL SUR DEL
IMSS**

**PRIMER VOCAL
DR. CAIRO DAVID TOLEDANO JAIMES
PROFESOR INVESTIGADOR ASOCIADO FACULTAD DE FARMACIA UAEM**

**SEGUNDO VOCAL
DRA. MÓNICA VIVIANA MARTÍNEZ MARTÍNEZ.
ENCARGADA DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN
SALUD DEL HGR C/MF No.1.**

**TERCER VOCAL
DRA NANCY ELIZABETH JUAREZ HUICOCHEA
MEDICO PSIQUIATRA ADSCRITA AL HGRC/MF No. 1 IMSS**

AGRADECIMIENTOS

El más eterno agradecimiento a **DIOS**, por darme la vida, haberme otorgado una familia maravillosa, brindarme sabiduría, estar siempre a mi lado, guiar mis pasos, porque hiciste realidad este sueño anhelado, por protegerme sostenerme durante toda mi vida, darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades. Gracias por derramar tus bendiciones sobre mí, y llenarme de fortaleza y esperanza.

A mí Mamita **Magdalena Sabinal Retama**, “Lolita” mi reina, por ser mi mayor ejemplo de lucha, constancia, responsabilidad, fortaleza, humildad, alegría, protección, por su amor, cariño, por brindarme la vida, sé que desde el cielo me cuidas, eres mi ángel de la guarda. A mi Papá **Avelino Mastranzo Montaña**, por darme la vida, por la enseñanza de responsabilidad, sacrificio, amor, fortaleza, disciplina, y educación.

Agradezco a mis padres, por su amor, trabajo, y sacrificios en todos estos años, los amo, respeto y admiro. Son los mejores padres.

A mis hermanos. **Imelda, Licett, Saúl, Paul, Luz María**, a “mi Viejito, corazón de oro de 24 quilates” (**Darién**), por su apoyo incondicional, por compartir cada instante de mi vida, tristezas, alegrías. A mi sobrinita, “**Titay**” (**Valeria**), por traer diversión, en la familia.

GRACIAS a toda mi familia, este logro no solo es mío también es de ustedes, estas líneas son muy poco en comparación a lo que se merecen.

A mis asesores, **Dra. Mónica Martínez, Martínez, Dra. Nancy Juárez, Huicochea, Dr. Cairo Toledano Jaimes**, por sus enseñanzas, comprensión apoyo, paciencia por la realización de este estudio de investigación. Gracias.

A todos y cada uno de ustedes, **GRACIAS, por ser parte de mi vida!!!!!!!**

“Porque hasta el más mínimo incidente puede transformar nuestra efímera existencia...”

INDICE

Resumen	8
Introducción	10
1. Marco Teórico.	11
2. Antecedentes.	22
3. Justificación.	25
4. Planteamiento del problema.	26
5. Objetivos.	27
5.1. Objetivo general.	27
5.2. Objetivos específicos.	27
6. Hipótesis.	27
7. Material y métodos.	28
7.1. Tipo de diseño.	28
7.2. Ubicación, espacio, temporal.	28
7.3. Población objeto de estudio.	28
7.4 Tamaño muestral	28
7.5. Criterios de selección de la muestra.	28
7.6. Estrategia de trabajo.	29
7.7. Análisis estadístico.	33
8. Aspectos éticos.	33
9. Resultados.	35
10. Discusión.	48
11. Conclusiones	52
12. Recomendaciones.	53
13. Referencias bibliográficas.	55
14. Anexos.	59

“IDENTIFICACIÓN DE LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE PRIMER AÑO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO.1 DEL IMSS DE CUERNAVACA MORELOS DURANTE UN PERIODO DE SEIS MESES”

Mastranzo Sabinal Patricia (R3MF, HGRC/MFNo.1). Dra. Martínez Martínez Mónica Viviana (Médico Especialista en Medicina Familiar y encargada de la coordinación clínica de educación e investigación en salud del HGRCMF/No.1). Dra. Juárez Huicochea Nancy Elizabeth (Psiquiatra del HGRC/MF No.1). Dr. Toledano Jaimes Cairo David (Investigador de la Facultad de Farmacia de la UAEM).

RESUMEN

Introducción. El trastorno de ansiedad generalizada tiene impacto en la salud pública y atención primaria en México en la encuesta nacional de Epidemiología Psiquiátrica, reporta que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en un 14.3%. Los médicos residentes pueden presentar este trastorno por enfrentar exigencias académicas, y falta de adaptación con deterioro físico, mental cognitivo y social.

Objetivo: Identificar la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en residentes de especialidades médicas de primer año del HGR/ MF1 en el IMSS de Cuernavaca Morelos.

Metodología: Estudio realizado en médicos residentes del HGRMF1 Cuernavaca Morelos. Diseño del estudio: longitudinal prospectivo de enero a diciembre 2015, criterios de selección: ser médico residente de primer año, aceptar la entrevista clínica e instrumentos de tamizaje, consentimiento firmado. Criterios de no inclusión: Antecedentes de trastorno psiquiátricos, que cambien de lugar de adscripción, no aceptar participar, formatos incompletos. Consta de dos etapas: en la primera se realiza entrevista clínica, aplicando criterios de DSMV para trastorno de ansiedad, escala de Hamilton, se recaban datos sociodemográficos, en la segunda etapa, después de seis meses otra entrevista aplicando mismos criterios, escala de ansiedad de Beck y de evaluación de actividad global. El análisis estadístico se realizó mediante t-student y Chi², con valores de probabilidad de 0.05. Los participantes con trastorno de ansiedad se canalizan a psicología o psiquiatría.

Resultados: La población estudiada se integró por 46 participantes, de los cuales se identificaron 22 hombres (47.83%) y 24 mujeres (52.17%). El promedio de edad de los pacientes fue de 27.73 años (DE \pm 2.72 años), con un rango de edad de 24 a 34 años. El grupo de mayor frecuencia en la investigación correspondió al de 25 a 29 años.

Se identificaron 18 residentes (39.13%) con TAG, con mayor frecuencia en el grupo de 25 a 29 años, sin diferencia significativa entre géneros, predominó en médicos residentes de medicina familiar en un 17.39%, con ansiedad generalizada leve, además de que 17 participantes (36.95%) presentó un grado de afección en sus actividades.

Discusión: De los 46 participantes, se identificaron 18 participantes con TAG que equivale al 39.13% de la población, porcentaje parecido al que se realizó en estado de Puebla, con un porcentaje de 41.1%, en este estudio de investigación no hubo diferencias en cuanto al sexo, en la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica indica mayor prevalencia en mujeres, sin embargo en un estudio realizado en IMSS No. 189, reporta que tanto mujeres como hombres tienen la misma oportunidad de sufrir síntomas de ansiedad.

Conclusiones: Se encontró que el trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno frecuente que afecta a médicos residentes, que incide en el proceso educativo para su formación y desempeño.

Los posibles potenciales factores asociados fueron: edad, toxicomanías y antecedentes de familiares con trastorno psiquiátricos, sin embargo se requiere de estudios posteriores para aumentar la muestra de residentes y el tipo de especialidades.

INTRODUCCIÓN.

En el mundo actual los trastornos mentales como la ansiedad, tienen un fuerte impacto sobre los individuos la familia y la sociedad.

Diversos estudios realizados han logrado demostrar la estrecha relación entre diversas actividades profesionales y los niveles de ansiedad, siendo el trastorno de ansiedad uno de los más frecuentes, con su máxima prevalencia en la etapa más productiva de la vida laboral y afectiva, frecuentemente las personas que presentan este tipo de trastorno tardan mucho en buscar atención o recibir ayuda adecuada lo que favorece la cronificación y su deterioro.

Los médicos residentes son personas que no están exentas de presentar este tipo de trastorno debido a que la residencia médica es un sistema de formación en el posgrado y de servicio dirigida a médicos cuyo fin es la preparación médica integral científica, técnica, ética; y al cursarla se enfrentan con exigencias académicas, laborales y operativas debido a las obligaciones que varía de acuerdo con el año académico que cursa lo que puede promover el desarrollo de trastorno de ansiedad generalizada por falta de adaptación con deterioro físico, mental cognitivo y social.

Además los aspectos afectivos y sociales no suelen ser considerados al evaluar el desempeño que exige la residencia lo que afecta considerablemente el desarrollo integral del individuo. Por estas razones resulta indispensable estudiar más las condiciones de trabajo de los médicos residentes y las repercusiones que tiene su labor sobre su salud física y mental.

1. MARCO TEORICO

1.1. Antecedentes: Epidemiológicos

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12% para los trastornos de ansiedad, siendo los que más tempranamente inician con una mediana de 15 años de edad y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres.

La OMS, estima que los trastornos mentales aumentarán de manera significativa en los próximos 20 años. En el 2007 la prevalencia en México, para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida era de 14.3. Según la Organización Panamericana de Salud (OPS) en un estudio de trastornos mentales en América Latina y el Caribe, el trastorno de ansiedad generalizada tiene una prevalencia media de 3.4%, mostrando una mayor prevalencia en mujeres. ¹

La OMS estimó en 14 países que las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad, de humor y el abuso de sustancias se encuentran entre 4.3 y 26.4 %. ²

El trastorno de ansiedad, junto con los trastornos del estado de ánimo y el uso de sustancias, son los trastornos psiquiátricos más frecuentes, tanto en Europa como en Estados Unidos, con una prevalencia del 2% y del 5% respectivamente. ³

En México, en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes (14.3 %), seguidos del abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1 %) ² que ocupan un 10 a 12% aproximadamente de la consulta de atención primaria en la población en general ⁴ con respecto al género es más frecuente en mujeres los trastornos afectivos y en hombres trastorno por uso de sustancias. ¹

En la Unidad Médica de Alta especialidad 189, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Veracruz, la prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 39% en médicos residentes ⁵

1.2. Definición clínica de ansiedad

La ansiedad se define como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos psiquiátricos.¹

1.3. Etiología y factores relacionados a la ansiedad

El trastorno de ansiedad generalizada está basado en varios elementos los cuales confluyen para desencadenar este trastorno como factores, genéticos, psicosociales, biológicos que pueden favorecer su presentación dentro de los cuales se encuentran.^{1, 6, 7, 8}

- ❖ Factores genéticos, hay relación cuando existe un familiar afectado.
- ❖ Factores psicosociales: Se atribuye a factores ambientales, como acontecimientos vitales estresantes.
- ❖ Factores biológicos: existen alteraciones en sistemas neurobiológicos como; el sistema límbico.

Hay teorías que tratan de explicar su causa, que se dividen en teorías psicológicas y biológicas:

Teorías psicológicas:

1. Teoría psicoanalítica: la ansiedad se entendió como el resultado de un conflicto psíquico entre deseos inconscientes sexuales o agresivos y las amenazas correspondientes del superyó o la realidad externa. Como respuesta a esta señal el “yo” moviliza los mecanismos de defensa para evitar que pensamientos y sentimientos inaceptables emerjan al conocimiento consciente.
2. Teoría conductual: La ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos, los pacientes tienden a sobrestimar el grado de peligro y la probabilidad de perjuicio en una situación dada y tienden a infravalorar su capacidad de enfrentarse a las amenazas percibidas contra su bienestar físico o psicológico.

3. Teoría existencial: Las personas toman conciencia de sentimientos de un profundo vacío en sus vidas, que pueden llegar a ser incluso más incómodos que la aceptación de la inevitabilidad de la muerte.

Teorías biológicas:

1. Sistema nervioso autónomo; la estimulación del sistema nervioso autónomo, causa, ciertos síntomas cardiovasculares, musculares, gastrointestinales, y respiratorios.

2. Neurotransmisores: Que se asocian con la noradrenalina, serotonina, y el ácido gammaaminobutírico.

3. El sistema límbico: Como reciben inervación noradrenergica, serotoninérgica, y receptores GABA, el incremento de la actividad en las vías septohipocámpicas.

4. Corteza cerebral rostral está conectada con la región parahipocámpica, el *gyrus cingulado* y el hipocampo y por consiguiente puede estar relacionado con el desarrollo de trastorno de ansiedad.

5. Estudios de imagen cerebral han presentado hallazgos anómalos en el hemisferio izquierdo.

La influencia de las características de la personalidad se ha considerado también como un factor predisponente.

El sistema cognitivo lleva a cabo procesos los cuales propician la adaptación y la respuesta del individuo en la vida cotidiana, sin embargo cuando existe vulnerabilidad cognitiva que se define como: percepción que tiene la persona de carecer o ser insuficiente al control interno o externo sobre los peligros, para sentirse a salvo, propician que los procesos pierden información convirtiéndose en desadaptativos. Dentro de estos procesos se encuentran las distorsiones cognitivas o errores de procesamiento, que conllevan a activación de esquemas negativos, así una persona con ansiedad percibe solo situaciones de daño a amenaza por vulnerabilidad.^{3,4,5}

Es importante destacar que existe una ansiedad normal o no patológica, que es un mecanismo de adaptación como señal para fines de protección ante amenazas externas o internas para enfrentar situaciones, que se percibe como una sensación de aprensión difusa, desagradable, alertando a la persona para tomen conductas de seguridad, de tipo resolutivas y no afecta el grado de funcionalidad no genera demanda de atención psiquiátrica.

Sin embargo cuando esta adaptación no se genera, por parte de la persona se presenta la ansiedad patológica que se percibe como un acontecimiento peligroso, ante una respuesta excesiva a una actividad cotidiana, o situación específica por falta de adaptación que se puede convertir en un trastorno patológico que conlleva a un grado de disfuncionalidad y deterioro en las áreas social, laboral, familiar asociado a disminución de la calidad de vida con repercusión en su redimiento.^{7, 8, 9}

El trastorno de ansiedad generalizada se presenta como síntoma cardinal la excesiva ansiedad cognitiva manifestada por preocupación o temores exagerados en relación con la salud, aspectos económicos, laborales, familiares, a menudo con ansiedad anticipatoria, aprensiva de un futuro peligro o adversidad, que no se limita ni predomina en un ambiente en particular, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión motora, hiperactividad autonómica, vigilancia y exploración.³

1.4. CUADRO CLINICO

Como manifestaciones clínicas el sujeto puede presentar dos componentes:

1.- Manifestaciones somáticos secundarios a descarga adrenérgica y vagal, como: cambios en la coloración tegumentaria, sudoración, aumento de la tensión muscular, mareos, cefalea, parestesias, dolor de espalda síntomas gastrointestinales (molestias digestivas, diarrea, sequedad de boca, náusea, molestias abdominales, sensación de ahogo), cardiovasculares (fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones o elevación de la frecuencia cardiaca, opresión o malestar torácico) escalofríos, inestabilidad, mareo o desmayo, insomnio, cansancio sudoración, temblor, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria.^{1,7,8}

2. Síntomas cognoscitivos, conductuales y afectivos como: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, irritabilidad incapacidad para relajarse, dificultad para concentrarse, problemas de memoria, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, miedo a perder el control, deseo de huir y en ocasiones sensación de muerte.^{7, 8}

1.5. Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes que pueden desencadenar trastorno de ansiedad son: Historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales), antecedente de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez, ser mujer, comorbilidad con trastornos psiquiátricos (depresión). Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias, factores estresantes y/o traumáticos, ausencia de apoyo social. ^{1, 8, 10}

El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas producidas ante la percepción de situaciones adversas o amenazantes, reacciones diseñadas para afrontar sucesos a corto plazo en forma sostenida e incontrolada representa el factor exógeno, La ansiedad y el estrés se transforman en trastorno cuando se presentan en momentos inadecuados, de forma intensa, prolongada o interfieren con actividades normales del sujeto que las experimenta.

Los médicos residentes en periodo de adiestramiento de una especialidad, están sujetos adicionalmente a otros estresores relacionados con este periodo formativo por el ambiente en el cual se desenvuelven entre estos se encuentran: ^{5, 8, 11,12}

1. Factores personales: Edad, historia familiar de enfermedad psiquiátrica, experiencia personal, estado civil, no pertenecer a un culto religioso.

2. Factores físicos: Relacionados con el estrés laboral, como las guardias nocturnas, estar realizando el primer año de residencia, jornadas prolongadas, (más de 24 horas) tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño trabajar en servicios de atención crítica (quirófano, terapia intensiva y urgencias) en comparación en lo que trabajan en servicios con menos carga de estrés, realizar la residencia en una plaza diferente a su lugar de origen que influye como un evento trascendental ya que en México, los estudiantes realizan sus estudios básicos conviviendo aún en el núcleo familiar.
3. Factores ambientales: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento maltrato emocional (humillaciones públicas), conflictos con otro personal, sensación de inseguridad laboral futura, situaciones como muerte de pacientes, conflictos con la familia o amigos, dificultades financieras.

Además en el área médica las largas jornadas laborales que están sometidos los residentes de las especialidades pueden propiciar a mayor consumo de diferentes estimulantes legales, situación que se ve reflejada en la elevada frecuencia de consumo de café, tabaco y/o alcohol repercusión sobre el patrón y la calidad del sueño.¹³

Las principales conductas registradas han sido: actitudes negativas, hacia sí mismo y deterioro en el rendimiento académico, que hacen aún más susceptibles a patologías psiquiátricas particularmente ansiedad.

1.6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza con la entrevista clínica mediante información fiable basándose en la historia clínica y criterios diagnósticos. Existen varias clasificaciones como; el CIE 10 (Organización Mundial de la Salud) o en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV) (Asociación Psiquiátrica Americana), que contempla los siguientes criterios durante la entrevista.¹⁴

1.- Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.

2.- Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

3.- La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presente durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

- Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- Fácilmente fatigado.
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

4.- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

5.- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica.

6.- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

1.6.1. Instrumentos para valoración y medición para trastorno de ansiedad generalizada.

Existen instrumentos o escalas que se utilizan y refuerzan el diagnóstico, la valoración y medición como; la escala de Hamilton, el inventario de ansiedad de Beck, que son validados para estudios de trastorno de ansiedad en México.⁸

La escala de Hamilton se utiliza para identificar síntomas de ansiedad, es una escala heteroaplicada, que valora la intensidad del trastorno, sus propiedades psicométricas son una consistencia interna (alfa de Crombach) de 0.79-0.86 y consta de 14 ítems y evalúa los aspectos físicos, psíquicos, y conductuales de la ansiedad.

No existen puntos de corte para distinguir población con o sin trastorno de ansiedad dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad¹⁵

- Un puntaje mayor o igual a 15 puntos ansiedad severa o mayor que amerita tratamiento
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve o menor
- Una puntuación de 0-5 corresponde a ausencia de ansiedad.

El inventario de ansiedad de Beck, es un instrumento auto aplicado de 21 preguntas, posee la propiedad psicométrica de una consistencia interna (alfa de Crombach) de 0.90-0.94 sirve para identificar síntomas ansiosos y cuantificar su intensidad, delimita los niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa.¹⁶

- ❖ Un puntaje de 0 a 7 Ansiedad mínima o normal.
- ❖ Un puntaje de 8 a 15 Ansiedad leve
- ❖ Un puntaje de 16 a 25 Ansiedad moderada
- ❖ Un puntaje de 26 a 63 Ansiedad grave

Escala de Evaluación de la Actividad Global

La Asociación Americana de Psiquiatría propone la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) para la valoración del funcionamiento general de los pacientes a lo largo de un continuum de salud-enfermedad.¹⁷

Permite valorar gravedad del paciente, instrumento heteroaplicado que evalúa el funcionamiento global de los pacientes, van en escala de 1 (expectativa de muerte) al 100 (actividad satisfactoria en una gama amplia de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, a causa de sus abundantes cualidades positivas) Es una escala descriptiva que proporciona una puntuación única sobre la actividad del paciente. A mayor puntuación mejor nivel de actividad.¹⁸

1.7. ESPECIALIZACIÓN MÉDICA EN MEXICO

En nuestro país existe un marco conceptual entorno a las actividades formativas y académicas en la carrera de medicina, entre ellas se presentan a continuación las de residencia y residente.

La residencia: Es el conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir un médico residente, en periodo de adiestramiento, para realizar estudios y prácticas de posgrado respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una unidad médica receptora, durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativo correspondiente y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas, como lo es el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) desarrollado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y que evalúa el cumplimiento de los cursos que se imparten.^{19, 20}

Residente: Profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una unidad médica receptora para cumplir con una residencia.¹⁹

La duración de la residencia médica, depende del tipo de especialidad a la que se está efectuando. Como por ejemplo en el caso de residentes de medicina familiar el periodo de formación es de tres años.

Programa académico. Documento emitido por la institución de educación superior que contiene los elementos del plan de estudio de la residencia médica correspondiente.

Programa operativo. Documento que describe las actividades que debe realizar el médico residente, para desarrollar el programa académico de la residencia médica.

Guardia. Es el conjunto de actividades descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que el médico residente debe realizar durante la jornada laboral, en la unidad médica receptora, la cual ocurrirá tres veces por semana como máximo y tendrán intervalos de por lo menos dos días entre cada una de ellas, lo que conlleva a que las jornadas laborales pueden llegar en ocasiones a ser extenuantes de hasta 36 horas. Cabe mencionar que las actividades y tiempo varían de acuerdo a la especialidad, y las guardias realizadas.

Los médicos que se integran a un ámbito laboral como lo es la residencia se enfrentan a un proceso de adaptación y aprendizaje constante, dentro de los programas de entrenamiento se requiere de su estancia en unidades hospitalarias que tiene implicaciones personales, educativas y sociales, actividades que implican mayor grado de estrés laboral siendo susceptibles a padecer trastornos depresivos o ansiosos.²¹

Las emociones intervienen en la capacidad de adaptarse y de responder a una variedad de experiencias y preparan al organismo para enfrentarse a las amenazas del mundo circundante. En ocasiones de acuerdo a las condiciones y susceptibilidad individual esta adaptación, no se realiza y se evidencian los trastornos del estado ánimo.

En las instituciones de salud mexicanas en general se relega la parte académica por las exigencias laborales y se produce el problema de falta de interés y apatía a raíz de exceso de trabajo rígido con escasas horas de sueño y de descanso, ambiente desfavorable donde el médico en formación tiene que buscar identidad profesional y personal.

Aun se presentan en las especialidades casos de abuso, hostigamiento y maltrato con diferencias entre sexos trayendo como consecuencia disminución de la autoconfianza de los residentes entre otros efectos negativos como resultado de la suma de eventos psicológicos traumáticos cotidianos. Algunos factores de riesgo que se han observado pueden ser: estado civil casado, cursar el primer año de residencia, realizar guardias en terapia intensiva, ser ateo, y tener antecedentes familiares de depresión.¹²

Enfermeras y médicos que trabajan en servicios de hospitalización presentan trastornos específicos de la afectividad, como agotamiento físico-mental y despersonalización acompañados de deterioro del desempeño laboral.¹²

La prevalencia de síntomas ansiosos son más frecuentes en residentes en especialización médica que trabajan en servicios de atención crítica como: quirófano, terapia intensiva, y urgencias en comparación con médicos que trabajan en servicios con menos carga de estrés.^{10, 12}

La exigencia del trabajo no les permite ocuparse de las otras esferas de su vida, lo cual puede generar conflictos, presión, tristeza o angustia excesiva y estas situaciones o emociones se aúnan los compromisos de vida.^{11, 12}

2. ANTECEDENTES

Betancourt Sánchez y cols. realizaron de noviembre de 2007 y marzo de 2008 un estudio observacional, transversal y comparativo entre 90 residentes en especialización médica de la Unidad médica de Alta Especialidad No. 189 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz Norte, utilizando la escala de Hamilton para detectar síntomas de ansiedad. En este estudio se describen los aspectos demográficos y clínicos de los residentes, se concluyó que de 90 médicos residentes 39 (43%) presentaron síntomas de ansiedad y 40 (44%) síntomas de depresión.⁸

Mascarua Lara y cols. realizaron un estudio observacional, descriptivo del 1º de febrero al 31 de marzo de 2011 en la unidad de medicina familiar No. 6 de Puebla, México, se evaluó ansiedad utilizando el test de Hamilton, y la depresión con el test de Beck. El análisis se efectuó a través de estadística descriptiva. Resultados: se estudió 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. Con relación a la ansiedad, se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. Concluyeron que los médicos residentes que no presentaron algún trastorno del ánimo, la ansiedad y la depresión leves fueron las más frecuentes.¹⁰

Plata Guarneros y colaboradores, realizaron un estudio descriptivo y transversal, en el Hospital Regional 1 de Octubre ISSSTE, comprendido entre el 1 de mayo al 31 de octubre de 2010 aceptaron 35 médicos residentes; 18 fueron masculinos y 17 femeninos, de las especialidades de Medicina Interna, Urgencias, Terapia Intensiva y Anestesiología. Los instrumentos que se aplicaron fueron: las escalas de depresión y de ansiedad de Hamilton. Resultados: en el servicio de Anestesiología cinco residentes (50%) padecieron depresión y ansiedad; le siguió Terapia Intensiva. La mayor estabilidad se identificó en los residentes de Medicina Interna, donde sólo dos (17%) padecieron depresión y ansiedad en total 9 médicos padecieron ambos trastornos, lo que representa 25.7% del total de residentes participantes 12 (34%) padecieron alguno de ambos trastornos y 14 (40%) estaban

en su primer año de residencia y fueron quienes en su mayoría tuvieron los puntajes más elevados en los cuestionarios de ansiedad y depresión de Hamilton. Concluyeron que la prevalencia del trastorno ansioso o depresivo fue mayor en los residentes de menor edad que cursan el primer grado de la residencia médica; la prevalencia fue mayor en las mujeres.²⁰

Se realizó un estudio por Aguirre y cols, de tipo transversal con 71 estudiantes de especialidades médicas adscritos durante el ciclo académico 2009-2010 al Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de los Servicios de Salud de Nayarit. Se utilizó la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Beck para la determinación la ansiedad y la depresión respectivamente. Además se aplicó una encuesta en donde se especificaban los datos de identificación de los participantes en el estudio y se investigaron variables género, edad, especialidad y grado académico. Encontró que la prevalencia de la ansiedad y la depresión en los residentes médicos fue de 59.1 y 32.3% respectivamente, las cuales son mayores a la población general; 29.6% de los estudiantes presentó ambos trastornos del estado de ánimo. La ansiedad leve y moderada se presentó en el 52.1% y 7.0% de los residentes en estudio, la ansiedad en hombres fue de 48.5% y mujeres de 68.4%.⁹

En 2015 Jiménez López y cols. realizaron un estudio prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio, en residentes de especialidad médica, de segundo año, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, se incluyeron 108 residentes que respondieron el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad y la escala de riesgo suicida de Plutchik a los seis y doce meses después, en la primera medición se reportó una prevalencia de 3.7% para síntomas de depresión y 38% para síntomas de ansiedad y 1.9% para riesgo de suicidio, a los seis meses la prevalencia aumentó, a 22.2% para depresión y 56.5% para ansiedad y 7.4% para riesgo de suicidio, el análisis encontró diferencias significativas entre las tres mediciones($p < 0.001$).²²

Earle L. y cols. realizan un estudio de prevalencia de depresión y ansiedad en residentes de medicina familiar en Ontario, en Canadá, en el año 2002 en donde se realizaron encuestas, integradas con los criterios del DMS-IV, donde participaron 254 participantes, 164 mujeres y 90 hombres, edad media de 29, se obtuvo una prevalencia para trastorno de ansiedad generalizada en un 12% en cuanto al género entre hombres y mujeres no fueron significativamente diferentes, con respecto al consumo de alcohol y drogas, el 61% indico uso recreativo, 1.2% indicó uso debido a la adicción, y el 5.9% usa medicamentos para ayudar a lidiar sus problemas, llegaron a la conclusión de que los trastornos afectivos (depresión y ansiedad) son de tres a cuatro veces más común entre residentes de medicina familiar que en la población general.²³

Cerqueira Correa G. y cols. Realizaron un estudio en residentes de radiología, en Santa Casa de Misericordia de Rio de Janeiro y Universidad Pontificia Católica de Rio de Janeiro durante el periodo 2007- 2009, se investigó síntomas de ansiedad y depresión se utilizó la escala para Ansiedad y Depresión en 219 estudiantes, 116 (53%) mujeres y 103(47%) hombres, 170 (77.6%) estaban en el rango de edad entre 20 y 30 años. Se observó que el 51.1% de los encuestados presento ansiedad, el 44.8% mostró interés en la búsqueda de asistencia psicológica para hacer frente a sus problemas.²⁴

Cerqueira Correa G. cols. realizaron un estudio llevado a cabo en Brasil, en el año 2007 a 2008 a los alumnos y médicos residentes en posgrado en radiología y diagnóstico por imagen en la Ciudad de Rio de Janeiro, se utilizó la escala de ansiedad y depresión se aplicó este cuestionario cada seis meses durante dos años, se investigaron en total 149 alumnos, entre doctores, becarios residentes, de los cuales 77 (52%) eran mujeres y hombres 72 (48%) el 89% estaban entre 20 y 30 años, 82% solteros, 17% casados; el 50% de los estudiantes presentó ansiedad.²⁵

3. JUSTIFICACIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada, es una enfermedad importante a nivel mundial. Según la OMS la prevalencia mundial es de 12%, mientras que en México se estima de 14.3%. Este padecimiento tiene como consecuencias discapacidad en las personas que la padecen entre ellos los médicos residentes debido a su formación en la práctica clínica en las instituciones de salud, ya que son propensos a tener la enfermedad por exigencias laborales, psicológicas a las que están sometidos y generar falta de interés o apatía por el exceso de trabajo, con escasas horas de sueño y de descanso, lo que predispone a deterioro y alteraciones para realizar actividades físicas, psicológicas y cognitivas que se asocian a errores en la práctica médica, consumo de sustancias adictivas, como tabaquismo, drogas e ingesta de café y en ocasiones deserción.

En el estado de Morelos no se cuenta con suficiente evidencia sobre el trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes ni su relación con posibles factores que puedan desencadenar este trastorno. Por tal motivo resulta importante identificar factores de riesgo y síntomas de trastorno de ansiedad generalizada para notificar los hallazgos al responsable, para una atención profesional y evitar la evolución de la enfermedad así como las complicaciones que conlleva sobre su desempeño o actividad diaria. Esto podría promover mejoras en el proceso de formación académica de los residentes, y éstos podrían mejorar sus procesos de atención a los derechohabientes.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando la magnitud y distribución de la prevalencia de los trastornos mentales de acuerdo a lo antes expuesto, el trastorno de ansiedad puede afectar al personal de salud entre ellos a médicos residentes.

El trastorno de ansiedad en médicos residentes tiene cifras mayores a los de la población en general debido al proceso y formación como especialistas que demanda un rendimiento importante pueden traer como consecuencia presentar esta enfermedad que repercute su estado físico mental y cognitivo; afectando su proceso enseñanza aprendizaje y toma de decisiones diagnóstica y terapéutica. Por lo anterior es importante identificar la presencia de trastorno de ansiedad, factores de riesgo y su repercusión en el desempeño de sus actividades. Por tanto se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Los residentes de especialidades médicas de primer año del HGR/MF No. 1 de Cuernavaca Morelos presentan trastorno de ansiedad generalizada?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en residentes de especialidades médicas de primer año del HGR/MF1 en el IMSS de Cuernavaca Morelos.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Describir las características socio-demográficas de los residentes médicos de primer año.
2. Describir los aspectos clínicos indicadores del trastorno de ansiedad generalizada en los participantes.
3. Analizar los posibles factores asociados que influyen en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada en la población de estudio.

6. HIPOTESIS

Los médicos residentes presentaran trastorno de ansiedad generalizada debido a la presencia de ciertos factores, de esta manera se propone que un 41% de la población en estudio va a presentar este trastorno y será más frecuente en el sexo femenino en un 68%.

7. MATERIAL Y METODOS

7.1. Tipo de diseño

Estudio de seguimiento, o longitudinal, prospectivo.

7.2 Ubicación espacio-temporal

Hospital General Regional con Medicina Familiar número 1 de Cuernavaca Morelos.

7.3. Población objeto de estudio

Residentes de primer año de especialidades médicas adscritos al HGR/ MF1

7.4. Tamaño muestral

Se analizó a todos los residentes de primer año que aceptaron voluntariamente participar en el estudio constituyendo la muestra de 50 residentes.

7.5. Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

- ❖ Ser médico residente de primer año inscrito durante el año 2015 del HGR/ MF1.
- ❖ Que aceptaron la realización de entrevista clínica y contestaron el instrumento de tamizaje completo.
- ❖ Participaron en forma voluntaria mediante consentimiento informado firmado.

Criterios de no inclusión:

- ❖ Residentes con antecedentes de trastorno psiquiátricos anteriores.
- ❖ Carencia de consentimiento informado firmado para participar.
- ❖ Residentes en la modalidad semipresencial.

Criterios de eliminación.

- ❖ Residentes que cambiaron de lugar de adscripción
- ❖ Registro de formatos incompletos
- ❖ Residentes que se les diagnostique trastorno de ansiedad generalizada en la encuesta basal.

7.6. Estrategia de trabajo

7.6.1. Descripción de las características de los participantes

Se invitó a participar en el estudio a médicos residentes de primer año, durante el curso de inducción explicando en forma amplia en qué consistía con previa firma de consentimiento informado se aplicaron los instrumentos de evaluación.

Se solicitó autorización de directivos encargados de expedientes de los residentes, y se recabaron características socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, nacionalidad, lugar de residencia en un formato de registro preparado *ad-hoc* (anexo 6)

7.6.2. Descripción de los aspectos clínicos indicadores del trastorno de ansiedad generalizada en los participantes

Posterior a la aceptación de los participantes y capacitación por parte del médico Especialista en psiquiatría para realizar entrevista dirigida e integrada con los criterios del DSMV, aplicación de instrumentos y escalas que orientan al diagnóstico para trastorno de ansiedad, durante un periodo de un mes, se inició el proyecto en dos etapas. En la primera etapa, se solicitó al departamento de enseñanza de la sede en estudio una instalación confortable donde se realizó la primera entrevista a cada uno de los 50 residentes inscritos con una duración aproximada de media hora, donde se aplicó, los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV) para diagnosticar trastorno de ansiedad, que consta de 6 criterios, (anexo1) que se deben de cumplir durante un mínimo de 6 meses, con rasgos característicos que son indicadores de este trastorno como ansiedad y preocupación excesiva que causan deterioro en áreas: social, laboral u otras y dificultad para controlar estos síntomas, se asocian a inquietud, fatiga dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, y alteraciones que no sean atribuidas a sustancias para poder identificar estos síntomas.

Además se aplicaron escalas que orientan al diagnóstico de trastorno de ansiedad como la escala de Hamilton con duración de 20 minutos, es una escala heteroaplicada, con consta de 14 preguntas la puntuación total de la prueba es de 56 puntos, cada pregunta consta de cinco opciones con intervalo de 0 a 4, donde 0 corresponde a ausente, 1 a intensidad leve, 2 a intensidad moderada, 3 intensidad grave y 4 totalmente incapacitante, se clasifican en: sin ansiedad de 0 a 5 puntos obtenidos, ansiedad leve de 6 a 14 puntos obtenidos, y ansiedad severa de 15 o más puntos, que orienta a síntomas de trastorno de ansiedad (anexo3), al concluir la primera etapa se analizó la información y se excluyeron a 4 residentes médicos debido a que un residente ya tenía diagnóstico de ansiedad generalizada previo, otro residente trastorno de depresión, y dos más se excluyeron por no concluir las escalas de evaluación, obteniendo un tamaño muestral de 46 participantes.

En la segunda etapa se realizó otra entrevista clínica, después de seis meses de la primera, y se analizó si cumplía con los aspectos clínicos de los criterios de trastorno de ansiedad generalizada, según el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (anexo 1) que indica el diagnóstico y de la escala de Hamilton que orientan hacia el mismo. (anexo3)

Posteriormente de acuerdo a la información obtenida se determinó el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y se aplicó una escala denominada escala de ansiedad de Beck, instrumento que es autoaplicable que determinó el nivel de gravedad que presenta el paciente, consta de 21 ítems cuyo rango es de 0 a 63 puntos, donde 0 a 7 puntos indica normal, de 8 a 15 puntos ansiedad leve de 16 a 25 puntos ansiedad moderada y 26 a 63 ansiedad grave. (Anexo 4). Además se aplicó la escala de evaluación de actividad global, escala heteroaplicada que permite valorar el grado de afección del funcionamiento de la actividad del paciente, que consiste en una escala de 10 en 10 con una mínima de 0 y con un puntaje máximo de 100, teniendo así 10 rubros en total y de acuerdo al puntaje obtenido será el grado de afección para desempeñar sus actividades y sus manifestaciones por padecer dicho trastorno. (Anexo 5)

7.6.3. Análisis de posibles factores de riesgo

Una vez concluido las dos etapas, se analizaron los factores de riesgo que probablemente desencadenaron el trastorno de ansiedad generalizada como: antecedentes heredofamiliares de trastornos psiquiátricos, toxicomanías, especialidad que cursa, tipo de guardias que se encuentra realizando, datos sociodemográficos y tipología familiar de acuerdo a su composición anterior y actual, la cual para su clasificación atendería a las siguientes categorías:

- Nuclear: Hombre y mujer sin hijos
- Nuclear simple: Padre y madre con 1 a 3 hijos
- Nuclear numerosa: Padre y madre con 4 o más hijos
- Reconstruida: Padre y madre en donde uno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su matrimonio anterior.
- Monoparental: Padre o madre con hijos
- Monoparental extendida: Padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco
- Monoparental extendida compuesta: Padre o madre con hijos más otras personas sin parentesco.
- Extensa: padre y madre con hijos más otras personas con parentesco.
- Extensa compuesta: Padre y madre con hijos más otras personas con o sin parentesco.
- No parental: Familiares con vínculo parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres.
- Monoparental extendida sin parentesco: padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.
- Grupos similares a la familia: Personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.
- Persona que vive sola: Sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.
- Matrimonios o parejas de homosexuales: Del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos

- Matrimonios o parejas de homosexuales con hijos adoptivos: Pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.
- Familia grupal: Unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.
- Familia comunal: Conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.
- Poligamia: Incluye la poliandria y la poliginia.

7.7. Análisis estadístico.

La distribución de variables continuas se expresó como la media \pm SD. Las diferencias entre los grupos se analizaron por t-student y Chi2 para las variables continuas y categóricas, respectivamente. Se consideraron significativos aquellos valores de probabilidad menores a 0.05 Los datos se analizaron en el programa estadístico stata versión 13.0.

Para identificar los factores que pudieran contribuir al desarrollo del trastorno, se llevó a cabo un modelo de regresión logística, manual y escalonada de aquellas variables con potencial relación y plausibilidad biológica. Para tal efecto se empleó el software anteriormente referido.

8. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio de investigación se realizó de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.²⁷ Esta investigación fue de riesgo mínimo, porque se incluyó, exámenes psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, donde se manipulo la conducta del sujeto.

Artículo 20 de la Ley General de Salud, donde se habla del consentimiento informado el cual es un acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Declaración de Helsinki, en donde se manifiesta los principios y valores bioéticos con respecto a la investigación médica con seres humanos, última versión octubre de 2008. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.²⁸

Párrafo 11: En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.²⁸

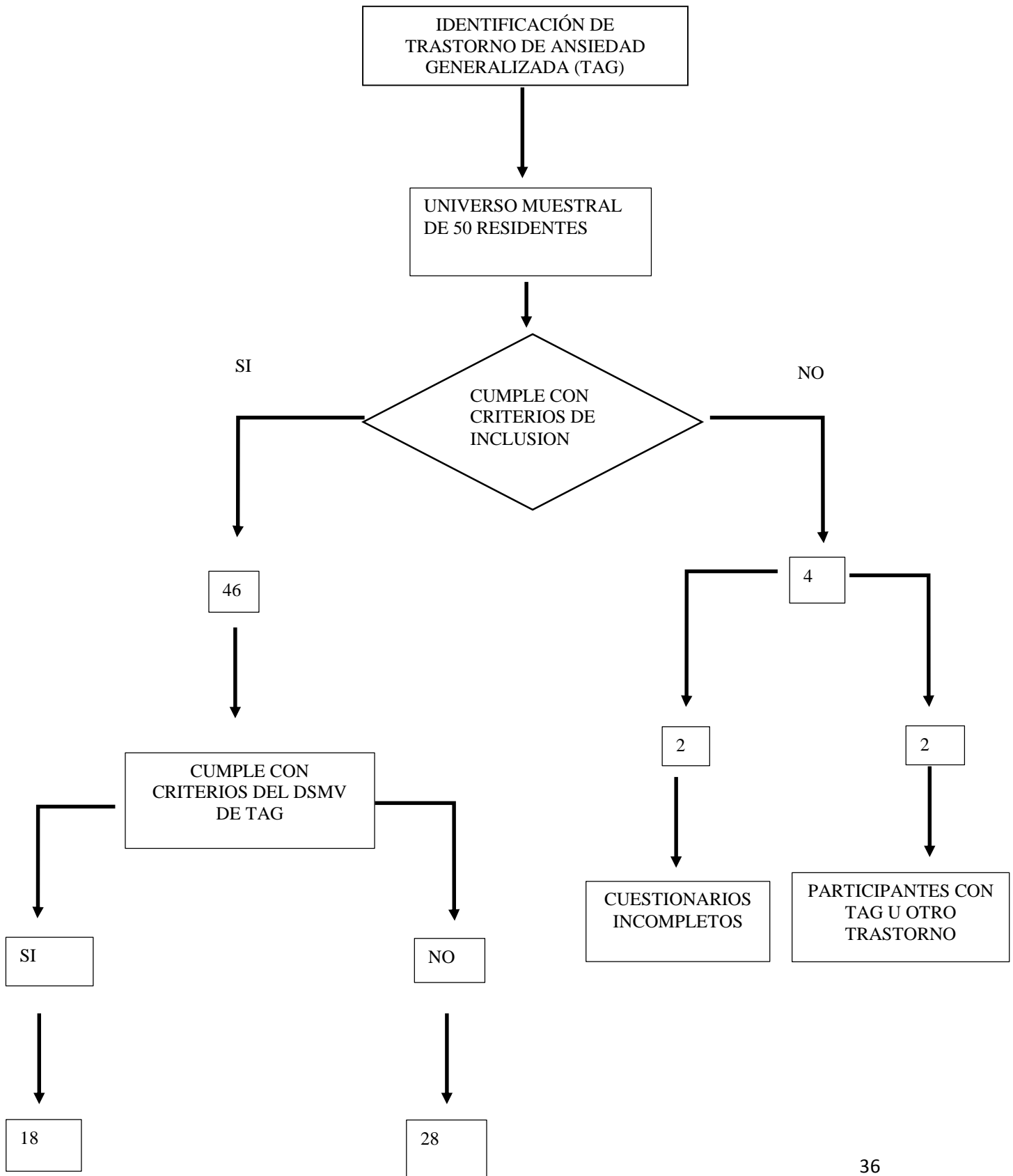
El presente estudio de investigación fue autorizado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1102 y obtuvo el número de registro R-2015- 1102-20 por parte del IMSS.

Los participantes que se identificaron con trastorno de ansiedad generalizada en la población de estudio, se canalizaron por medio de formatos interinos de la sede al servicio correspondiente para su seguimiento y tratamiento.

9. RESULTADOS.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante dos mediciones la primera se efectuó en marzo 2015 por medio de una entrevista aplicaron los criterios de DSMV y aplicación de escala de Hamilton para apoyar el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) a un total de 46 participantes, del HGRMF1 de Cuernavaca Morelos, de los siguientes servicios, medicina interna, urgencias, medicina familiar, pediatría, anestesiología y ginecología. La segunda etapa se realizó con una segunda entrevista, utilizando mismos criterios y escalas efectuada en horas libres y/o en las guardias de los participantes, debido a la falta de tiempo de los residentes en estudio. Se identificaron 18 participantes (39.13%) con TAG. En la figura No.1 se muestra el procedimiento efectuado para dicho efecto.

FIGURA 1. PROCESO FINAL EMPLEADO PARA LA IDENTIFICACION DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA SEDE DEL ESTUDIO.



9.1. Descripción de las características sociodemográficas de los residentes de primer año

La población estudiada se conformó por 46 pacientes, de los cuales se identificaron 22 hombres (47.83%) y 24 mujeres (52.17%). El promedio de edad de los pacientes fue de 27.73 años (DE \pm 2.72 años) el percentil 50 corresponde a 27 años, con un rango de edad de 24 a 34 años. El grupo de mayor frecuencia en la investigación correspondió al de 25 a 29 años (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis de la edad en la población estudiada.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) Hombres (n = 22)	n (%) Mujeres (n = 24)	
Edad (promedio) años	28.13 (\pm 2.99) *	27.37 (\pm 2.99) *	0.3501(†)
Edad (por grupo)			0.747(‡)
< 25	1 (2.17)	1 (2.17)	
25 – 29	14 (30.43)	18 (39.13)	
30 - 34	7 (15.22)	5 (10.87)	

(*) Desviación estándar; (†) t de student; (‡) Prueba exacta de Fisher

De los 46 participantes estudiados con respecto al estado civil, predominaron los solteros con un porcentaje de 76.09%, de los cuales 15 fueron hombres (32.61%) y 20 fueron mujeres (43.48%) sin existir diferencia significativa entre sexos ($p > 0.05$). (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de estado civil en la población de estudio.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) Hombres (n = 22)	n (%) Mujeres (n = 24)	
Estado civil			0.492(†)
Soltero (a)	15 (32.61)	20 (43.48)	
Casado (a)	5 (10.87)	3 (6.52)	
Unión libre (a)	2 (4.35)	1 (2.17)	

(†) Prueba exacta de Fisher

Respecto a la relación entre toxicomanías y el sexo en la población de estudio predominó la ingesta de alcohol, con un porcentaje de 58.70%, con mayor consumo en el sexo masculino, sin existir diferencia significativa ($p > 0.05$) (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis toxicomanías relación con el sexo.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) Hombres (n = 22)	n (%) Mujeres (n = 24)	
Toxicomanías			0.069 ^(†)
Tabaco	1 (2.17)	2 (4.35)	
Alcohol	15 (32.61)	12 (26.09)	
Más de dos sustancias	4 (8.70)	1 (2.17)	
Ninguno	2 (4.35)	9 (19.57)	

(†) Prueba exacta de Fisher

En relación al TAG y sexo, fue similar en hombres como en mujeres, 9 participantes en cada uno (19.57%) sin significancia estadística ($p > 0.056$) (Tabla 4).

Tabla 4. Análisis de participantes con TAG y el sexo.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
SEXO			0.0560 ^(†)
Mujeres	9 (19.57)	15 (32.61)	
Hombres	9 (19.57)	13 (28.26)	

(†) Prueba de Chi², TAG = Trastorno de ansiedad generalizada

De acuerdo a la distribución de los pacientes con TAG por grupo de edad, se encontró que fue mayor el grupo de edad de 25 a 29 años 15 (32.61%), pero sin haber diferencia estadísticamente significativa ($p>0.05$) (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de pacientes con TAG por grupo.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
Edad (<i>por grupo</i>)			0.339 ^(†)
< 25	0 (0.00)	2 (4.35)	
25 – 29	15 (32.61)	17 (36.96)	
30 - 34	3 (6.52)	9 (19.57)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

Con respecto al estado civil de los participantes con TAG, predominaron los solteros (30.43%) sin existir diferencia ($p>0.005$) (Tabla 6).

Tabla 6. Relación del estado civil, en la población de estudio con TAG.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
Estado civil			1.000 ^(†)
Soltero (a)	14 (30.43)	21 (45.65)	
Casado (a)	3 (6.52)	5 (10.87)	
Unión libre (a)	1 (2.17)	2 (4.35)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

En relación a los participantes con TAG y la variable religión, no se encontraron datos estadísticamente significativos ($p > 0.05$) (Tabla 7).

Tabla 7. Relación de TAG con profesar alguna religión.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
Religión			0.513 ^(†)
Si	16 (34.78)	26 (56.52)	
No	2 (4.35)	2 (4.35)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG = Trastorno de ansiedad generalizada

Respecto a las personas que antes de iniciar la residencia vivían en el estado de Morelos, y el TAG, se observó que de la población en estudio perteneciente a otro estado; 12 participantes (26.09%) presentaron TAG. Sin diferencia estadísticamente significativa $p > 0.05$. (Tabla 8).

Tabla 8. Relación de participantes con TAG y lugar de origen.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
Vivía Morelos antes de iniciar residencia			0.117 ^(†)
No	12 (26.09)	20 (43.48)	
Si	6 (13.04)	8 (17.39)	

(†) Prueba de Chi2, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

9.2. Descripción de aspectos clínicos para identificación de trastorno de ansiedad generalizada, medición en dos tiempos.

9.2.1. Medición basal.

A partir de la etapa basal, se hizo el análisis de los criterios del DSMV y escala de Hamilton, donde se obtuvo una muestra de 46 participantes (92.00%) para la investigación presente. (Tabla 9).

Tabla 9. Análisis de la primera etapa para selección de participantes.

Variable	n = 50		Valor p
	n (%) CUMPLE CON CRITERIOS DE EXCLUSION O NO INCLUSION (n = 4)	n (%) CUMPLE CON CRITERIOS DE INCLUSION (n = 46)	
Sin TAG	0 (0.00)	46 (92.00)	<0.001(†)
Con TAG u otro Criterio	4 (8.00)	0 (0.00)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

Tabla 10. Análisis de la tipología familiar basal en la población participante.

Variable	n = 46
	n (%)
Tipología familiar antes	(n =46)
Nuclear	6(13.04)
Nuclear simple	24 (52.17)
Persona que vive sola	2 (4.35)
Extensa	8 (17.39)
Otro	6 (13.04)

9.2.2. Segunda medición

Se identificaron con TAG a 18 participantes (39.13%) en la población de estudio. En la Tabla 11 se muestran las categorías de severidad en esos participantes de acuerdo a Hamilton.

Tabla 11. Severidad del diagnóstico de TAG de acuerdo a escala de Hamilton.

Variable	Participantes con TAG (DSMV) (n = 18)
Escala de Hamilton	
Sin ansiedad	0 (0.00)
Ansiedad leve	17 (36.96)
Ansiedad severa	1 (2.17)

En lo que toca a la relación entre la escala de Beck con los participantes con TAG para orientar hacia el diagnóstico, se encontraron 16 participantes (34.78%) con ansiedad leve, (Tabla 12).

Tabla 12. Análisis del TAG de acuerdo a criterios de DSMV con la escala de Beck

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (DSMV) (n = 18)	n (%) SIN TAG (DSMV) (n = 28)	
Escala de Beck			< 0.001 ^(†)
Normal	0 (0.00)	28 (60.87)	
Ansiedad leve	16 (34.78)	7 (15.22)	
Ansiedad moderada	1 (2.17)	0 (0.00)	
Ansiedad severa	1 (2.17)	0 (0.00)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG = Trastorno de ansiedad generalizada

Con respecto a los participantes con TAG, con la escala de actividad global, se reportó, que 17 de los residentes (36.95%) con TAG presentaron un grado de afección en sus actividades con significancia estadística ($p < 0.05$) (Tabla 13)

Tabla 13. Análisis de TAG y escala de actividad global.

Variable	Actividad global n = 46				Valor p
	n (%) Actividad satisfactoria (n = 1)	n (%) Actividad con síntomas mínimos (n =16)	n (%) Actividad con síntomas transitorios (n=1)	n (%) No aplica (n=28)	
TAG (DSMV)					<0.001 ^(†)
NO	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	28(60.87)	
SI	1(2.17)	16(34.78)	1(2.17)	0(0.00)	

(†) Prueba exacta de Fisher

En relación a la escala de Hamilton y la escala de actividad global, se obtuvo que de los 18 participantes con TAG fue mayor la afección de actividades con síntomas mínimos (Tabla 14).

Tabla 14. Análisis de afección de la actividad global y la escala de Hamilton

Variable	Actividad global n = 46				Valor p
	n (%) Actividad satisfactoria (n = 1)	n (%) Actividad con síntomas mínimos (n =16)	n (%) Actividad con síntomas transitorios (n=1)	n (%) No aplica (n=28)	
Escala de Hamilton					<0.001 ^(†)
Sin ansiedad	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	28 (60.87)	
Ansiedad leve	1 (2.17)	16 (34.78)	0 (0.00)	0 (0.00)	
Ansiedad severa	0 (0.00)	0 (0,00)	1 (2.17)	0 (0.00))	

(†) Prueba exacta de Fisher

Respecto a la tipología familiar, posterior a su ingreso, se encontró que la tipología familiar que predominó fue la de persona que vive sola con 28 participantes (60.87%). Sin diferencia significativa. $p > 0.05$ (Tabla 15).

Tabla 15. Análisis entre TAG con la tipología familiar posterior a su ingreso.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
Tipología familiar después			0.727 ^(†)
Nuclear	1 (2.17)	0 (0.00)	
Nuclear simple	1 (2.17)	2 (4.35)	
Persona que vive sola	10 (21.74)	18 (39.13)	
Otro	6 (13.04)	8 (17.39)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

9.3. Análisis de los posibles factores de riesgo que influyen en el desarrollo del trastorno de ansiedad generalizada en los participantes.

En lo que toca el tipo de perfil de formación profesional, en la población estudiada, predominaron los residentes de medicina familiar, con 18 participantes (39.13) y de menor frecuencia fueron los residentes de ginecología 4 (8.70%). En la tabla 16, se muestran las frecuencias por cada especialidad, en donde se encuentra que el 50% de los participantes de medicina interna presentaron TAG.

Tabla 16. Análisis de las proporciones por especialidad en función del diagnóstico

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18) (39.13%)	n (%) SIN TAG (n = 28) (60.87%)	
Residencia que cursa			0.907 ^(†)
Medicina interna	4 (50.00)	4 (50.00)	
Urgencias	2 (33.33)	4 (66.67)	
Ginecología	0 (0.00)	4 (100)	
Medicina Familiar	8 (44.45)	10 (55.56)	
Pediatria	2 (40.00)	3 (60.00)	
Anestesiología	2 (40.00)	3 (60.00)	

(†) Prueba exacta de Chi2, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

Partiendo de la población total (n=46), se encontraron 8 casos de TAG en residentes de medicina familiar (17.39%), sin ser diferente estadísticamente respecto a las otras especialidades ($p>0.05$) (Tabla 17).

Tabla 17. Análisis de TAG con la residencia que cursan los participantes.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n =28)	
Residencia que cursa			0.693 ^(†)
Medicina interna	4 (8.70)	4 (8.70)	
Urgencias	2 (4.35)	4 (8.70)	
Ginecología	0 (0.00)	4 (8.70)	
Medicina Familiar	8 (17.39)	10 (21.74)	
Pediatría	2 (4.35)	3 (6.52)	
Anestesiología	2 (4.35)	3 (6.52)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

Con respecto al tipo de guardias realizadas y el TAG, los participantes que realizan guardias ABC, presentaron mayor TAG en un 21.74%, respecto a las guardias ABCD con un 17.39%. Pero no es estadísticamente significativo ($p>0.05$) (Tabla 18)

Tabla 18. Análisis de TAG con el tipo de guardias realizadas.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n =28)	
Tipo de guardias			0.350 ^(†)
ABC	10 (21.74)	18 (39.13)	
ABCD	8 (17.39)	10 (21.74)	

(†) Prueba chi2, TAG=Trastorno de ansiedad generalizada

De acuerdo a los antecedentes heredofamiliares con trastornos psiquiátricos y TAG en los participantes se encontró que los 3 participantes (6.52%) que tenían antecedentes psiquiátricos, presentaron TAG. Encontrando una estrecha estadística significativa $p > 0.054$. (Tabla 19)

Tabla 19. Análisis del TAG y antecedentes heredofamiliares con trastorno psiquiátricos.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
AHF Psiquiátricos			0.054†)
No	15 (32.61))	28 (60.87)	
Si	3 (6.52)	0 (0.00)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG = Trastorno de ansiedad generalizada. AHF= Antecedentes heredofamiliares

En la población de estudio con TAG y presencia de toxicomanías, fue mayor la ingesta de alcohol en un 21.74% sin tener diferencia significativa ($p > 0.05$) (Tabla 20).

Tabla 20. Asociación de TAG con toxicomanías.

Variable	n = 46		Valor p
	n (%) CON TAG (n = 18)	n (%) SIN TAG (n = 28)	
Toxicomanías			0.820†)
Tabaco	2 (4.35)	1 (2.17)	
Alcohol	10 (21.74)	17 (36.96)	
Más de dos sustancias	2 (4.35)	3 (6.52)	
Ninguna	4 (8.70)	7 (15.22)	

(†) Prueba exacta de Fisher, TAG = Trastorno de ansiedad generalizada

9.3.1. Análisis de posibles variables relacionadas al TAG

Se exploró de manera manual a través de un modelo de regresión, la posible relación de ciertas variables y el desarrollo de trastorno de ansiedad generalizada, en la población estudiada. De forma escalonada se incluyeron diversas variables, se observó que existe cierta influencia de toxicomanías en la significancia del tipo de residencia. Se observó que el ser residente de una especialidad diferente a medicina familiar, parece tener asociación protectora, de manera que podría observarse una menor frecuencia de TAG. El detalle de los hallazgos derivados del análisis multivariado se muestra en la tabla 21

Tabla 21. Análisis multivariado respecto a los participantes con TAG

Participantes con TAG	IC 95%			Valor p
	O.R	Inferior	Superior	
Sexo				
Mujer	0.9065	0.2139	3.8412	0.894
Hombre	---	---	---	
Tipo de residencia				
Otra	0.1791	0.0451	0.7101	0.014
Medicina familiar				
Toxicomanías				
Tabaco	---	---	---	
Alcohol	1.6200	0.0635	41.3207	0.770
Más de 2 sustancias	0.2590	0.1955	2.7603	0.301

TAG = Trastorno de ansiedad generalizada, ajustado por sexo, tipo de residencia, toxicomanías.

10. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue identificar la presencia de trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes de primer año el cual se cumplió, al identificarse de los 46 participantes que se procesaron en la investigación, 18 residentes con trastorno de ansiedad aplicando los criterios del DMSV, mediante una entrevista y utilización de escalas como Hamilton. Este porcentaje equivalente al 39.13% de la población en estudio, fue menor a lo que se esperaba, y es parecida a otros estudios realizados, en residentes de especialidades médicas, en Veracruz, en la Unidad Médica de alta especialidad No. 189 del IMSS, presentaron 43% síntomas de ansiedad, y en otro estudio realizado en el estado de Puebla donde se presentaron 23 casos de 56 residentes obteniendo un porcentaje de 41.1%.¹⁰ De los 18 participantes (39.13%) con TAG, 9 participantes (19.57%) fueron del sexo femenino y también 9 fueron del sexo masculino (19.57%), en comparación con otro estudio realizado en el estado de Puebla a residentes de medicina familiar, donde el 73.21% de la población estudiada correspondía al sexo femenino en comparación con el sexo masculino de un 26.79% en la revista de especialidades médico quirúrgicas donde se reportó mayor prevalencia en mujeres que en hombres ¹⁹ de la misma manera que en la literatura reporta la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica ¹ Sin embargo en otro estudio realizado en la Unidad médica de alta especialidad No. 189 del IMSS, reporta que tanto mujeres como hombres presentan la misma oportunidad de sufrir síntomas de ansiedad.⁸

En los resultados obtenidos de esta investigación se utilizó también escalas de Hamilton para valorar trastorno de ansiedad, a la población en estudio, se obtuvo 28 participantes sin trastorno de ansiedad que equivalen a 60.87%, y 18 participantes que presentaron trastorno de ansiedad de los cuales 17 casos de la población equivalente a 36.96%, con ansiedad leve y 1 caso con ansiedad severa equivalente a 2.17%, y de ellos respecto al sexo se obtuvo sin trastorno de ansiedad, 13 hombres (28.26%) y 15 mujeres (32.61), con ansiedad leve 9 hombres (19.57%) y 8 mujeres (17.39%) además de 1 mujer (2.17%) con trastorno

de ansiedad severa. En comparación con un artículo de la revista de especialidades quirúrgicas donde hace referencia que se utilizó también esta escala de Hamilton, la cual se encuentra previamente validada.¹⁹

En relación a la escala de Beck, también se obtuvo 18 casos sin embargo se mostró, que 16 casos (34.78%) presentaron, trastorno de ansiedad leve, 1 participante (2.17%) trastorno de ansiedad moderada y 1 participante (2.17%) trastorno de ansiedad severa, esto se debe probablemente por la clasificación y número de puntaje obtenido en cada una de las escalas.

Conforme los datos epidemiológicos con referencia a la edad se encuentra que los trastornos de ansiedad tienen mayor prevalencia entre los 25 años a 45 años, teniendo entonces una similitud en los resultados encontrados que correspondió al grupo etáreo de edad de 25 a 29 años, en este estudio con respecto a lo reportado por la OMS.¹

Con respecto al estado civil de los participantes se encontró que es mayor el TAG en los solteros, en un 30.43%. Es similar en comparación con otros estudios realizados como en Veracruz Norte donde se reportó que los solteros presentaron mayor probabilidad de padecer este trastorno que los casados⁸, de la misma manera que en la UMF No. 6 del estado de Puebla donde se registró que el 45.5% de su población en estudio fueron solteros.¹⁰

En relación con el tipo de especialidad y TAG en el presente estudio de investigación fue mayor en los residentes de medicina interna Sin embargo en estudios previos como el realizado por Monse N.A. y cols realizado en Dubai Health Authority encontraron que la ansiedad fue más común en residentes de cirugía general.²⁹ En un estudio realizado, por Plata Guarneros y cols; concluyeron que los residentes de medicina interna obtuvieron puntajes menores para ansiedad, mientras que los de anestesiología fueron los más afectados²⁰

Plata Guarneros y cols mencionan en otro estudio efectuado en el hospital regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, que los participantes de urgencias médicas fueron los que presentaron mayor ansiedad. Estas diferencias observadas de frecuencia entre el tipo de especialidad y TAG según menciona Monse N.A. se podrían explicar por el ambiente de trabajo, la diferencia cultural, geográfica, y las diferencias en el sistema nacional de salud.²⁹

Respecto a los antecedentes heredofamiliares con trastornos psiquiátricos se encontró que de los 18 participantes con trastorno de ansiedad, 3 de ellos contaban con familiares con antecedentes de trastornos psiquiátricos y los tres presentaron trastorno de ansiedad generalizada, teniendo una significancia estadística de $p=0.054$ similar a un otro estudio realizado en un hospital regional correspondiente a clínicas de primer nivel de ISSSTE donde se reporta que en un 36.4% refirieron dicha condición con significancia estadística entre antecedentes y ansiedad de $p=0.0624$.

En los resultados obtenidos en este estudio se reportaron que un 21.74% de la población con trastorno de ansiedad generalizada, presentaron ingesta de alcohol, con respecto a las otras sustancias tales como tabaco en un 4.35%, como se comenta en la literatura.

De acuerdo a la tipología familiar, con TAG en este estudio predominó la tipología de persona que vive sola, encontrándose 12 participantes (26.09%) con trastorno de ansiedad, esto puede ser debido a que su tipología familiar cambio en algunos participantes al iniciar sus estudios de posgrado pero no se puede comparar con otros estudios debido a que no existe suficiente información acerca de la relación de tipología familiar con el TAG, Sin embargo hay un artículo de medición de la calidad de vida en médicos residentes el cual menciona que los médicos residentes cursan con ansiedad, depresión y disminución en la calidad de vida por el apoyo social con la familia o con el círculo de amigos, ya que es común en México que los estudiantes realicen sus estudios de posgrado conviviendo aún en el núcleo familiar

por lo que la asignación de sus estudios de residencia a una plaza diferente a su domicilio es un evento trascendental que puede influir para este trastorno.

Se encontró que existe valor OR potencialmente protector para los residentes que no son de medicina familiar, el cual podría explicarse porque una de las características notoria de este grupo de residentes, es que sólo tienen una rotación fija, esto es que realizan sus actividades de residencia predominantemente en el área de su especialidad. Por mencionar los casos de medicina interna o ginecología, que en contraste con la especialidad de medicina familiar, realizan rotaciones hasta en 13 servicios de diferentes especialidades durante su formación, lo cual los expone igualmente a una variedad diferente de situaciones que podrían promover el desarrollo de TAG. En ese mismo modelo se incluyó la variable de toxicomanía, sin embargo no se detectaron hallazgos significativos, pero conviene considerar su análisis cuando se trate de poblaciones participantes mayores. Es importante reconocer que para demostrar más ampliamente el factor protector señalado, es importante ampliar el tamaño muestral de la población participante, así como estratificar más el tipo de residencias diferentes a las de medicina familiar., esto ayudaría a establecer la validez del resultado, ya que por sí mismo no parece haber sido reportado en estudios previos.

11. CONCLUSIONES

Después de realizar este estudio, se concluye que el trastorno de ansiedad generalizada fue identificada en el 39.13% del total de médicos residentes del HGR/MF No. 1 que participaron.

- Se evidenció en esta investigación que la proporción de residentes que predominó con TAG por tipo de especialidad fue medicina interna, seguido de medicina familiar
- En este estudio se encontró que el rango de edad de los participantes fue de 25 a 29 años, con tipología familiar “persona que vive sola” como la más frecuente, predominó la residencia de medicina familiar como la más analizada.
- Se identificaron como ejemplos de síntomas somáticos secundarios al TAG, síntomas gastrointestinales, cardiovasculares, alteraciones cognoscitivas conductuales y afectivas; lo cual apuntó a la identificación de TAG en 18 participantes.
- Se encontró como potencial factor de protección en la población estudiada, para no presentar este trastorno, el tener una residencia diferente a la de medicina familiar.

12. RECOMENDACIONES

Tras el estudio realizado, se evidenció la presencia de trastorno de ansiedad por lo que se sugiere realizar acciones para resolver los hallazgos encontrados que fomenten la vigilancia de la salud mental de los residentes como alguna de las siguientes recomendaciones, para tener una mejor calidad de vida durante la residencia y disminuir los factores de riesgo para el desarrollo de TAG

1. Vigilancia de la salud mental desde el inicio de la residencia médica para detección oportuna de trastornos mentales.
2. Realizar evaluaciones periódicas de los médicos residentes cada seis meses como aplicación de escalas validadas para identificar síntomas de trastorno de ansiedad u otro tipo de trastorno.
3. Brindar atención psicológica de forma oportuna, temprana, constante, independiente y confidencial a los residentes que presenten síntomas de ansiedad.
4. Llevar un control de los médicos residentes con alguna alteración hasta su mejoría clínica, y continuar su monitorización.
5. Fomentar la comunicación entre los médicos residentes, departamentos de enseñanza médica, y sus colaboradores, para fomentar la disminución de problemas personales y de otros factores que pudiesen tener impacto negativo en su desempeño académico, humano y asistencial, de los médicos residentes.
6. Implementar programas que promuevan la higiene mental en médicos residentes; como platicas motivacionales, manejo de emociones, terapias psicológicas, técnicas de relajación y cognitivas.
7. Realizar platicas motivacionales, y manejo de emociones por expertos en el tema.
8. Disminución de jornadas laborales extensas para contribuir en el desempeño de los médicos residentes y disminución de errores hacía los derechohabientes (implementar tener tiempos de descanso).

9. Evitar guardias punitivas o de reposición nocturnas adicionales, implementando medidas disciplinarias diurnas como actividades clínicas o académicas complementarias.

Por lo anterior es necesario continuar realizando estudios para detección oportuna de trastorno de ansiedad u otro donde incluyan más residencias médicas para investigar si existe alguna relación causal y efecto de acuerdo a la residencia que cursa.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Córdova CA., De Santillana HS, García DM. Guía De Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y recomendaciones [internet] Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica IMSS 392-10 México; Secretaria de Salud 2010:1-60 disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
2. Constantino C. León GG, Navarez SA, Costo efectividad de ansiolíticos en los trastornos de ansiedad. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. [internet];2010:48 (3):303-308 Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im103k.pdf
3. Londoño NH, Jiménez EB, Juárez F. componente de vulnerabilidad cognitiva en el trastorno de ansiedad generalizada. Revista Internacional de Investigación Psicológica. [internet]; 2010:3 (2):43-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023506006>
4. Parraga MM, Rayo S. Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. Revista Clínica de Medicina Familiar [internet]; 2007:2(2):76-83. Disponible en www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=61
5. Betancourt SM Galván LM, Rodríguez IC, Betancourt HL, Cambios en el circadiano del cortisol en médicos residentes con trastornos de la afectividad. iMed pub Journals 2009:5(4):94-99. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/503/50312946001.pdf
6. Kaplan H, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Médica Panamericana 2000, 657- 671
7. Nava OW, Vargas BM. Trastornos de ansiedad revisión dirigida para atención primaria. Revista médica de costa Rica y Centroamérica LXIX 2012 (604):497-507.
8. Betancourt SM, Rodríguez IC, Vallecillo EI. Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. Psiq. Biol. [internet]: 2008: 15 (5): 147-152. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-pdf-13127476-S300
9. Aguirre HR, López FR, Flores FR. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. Revista Fuente.2011; 3(8):28-33. <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/03-08/5.pd>

10. Mascarua LE, Vázquez CE, Córdova SJ. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en medicina Familiar. *Aten Fam.* 2014; 21(2):55-57. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2014/af142g.pdf
11. Prieto MS, López BW, Jiménez BA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *EDUC MED* 2009; 12(3):169-177 Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575.
12. Montiel A.J. Torres M.E. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educación Médica.* [internet]: 2015;16(2):116-125. Disponible en: www.elsevier.es/edumed.
13. Loria CJ, Rocha LJ, Márquez Á. Patrón y calidad subjetiva de sueño en médico residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias* 2010; 22(1):33-39 [internet] .Disponible en: www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3133108.
14. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington.VA 22209-3901,2014.137-140.Disponible en: www.psych.org.
15. Romero GG, Rocha MD, Ruiz TA. Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecología Obstr. Mex.* 2013; 81:180-185. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2013/gom134c.pdf
16. Beck A, Epstein NB Gary AS, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.:1-5. Disponible en: www.salpub.uv.es/.../Escalas.../129_ESCALA_EVALUACION_ACTIVIDAD.
17. Casas EE, Ochoa MS, Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [internet].2010;30(1): 25-47 Disponible en: www.scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/02.pdf
18. Escala de evaluación de actividad Global -. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/FUNCIONAMIENTO%20PSICOSOCIAL/EEAG/EEAG_P.pdf.

19. NOM-001-SSA-2012 Norma Oficial Mexicana. Educación en salud. Para la Organización y Funcionamiento de Residencias Médicas. Diario Oficial de la Federación.
20. Plata GM, Flores CL, Curiel HO. Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgica* 2011; 16(3):157-162. <http://www.redalyc.org/pdf/2990/299023506006.pdf>
21. Fernández PM, González, CJ, Torres, GF, Iribar IC, Peinado JM. Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias: una perspectiva de género. *Rev. médica Chile* 2014; 21 (4):193-198 Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.
22. Jiménez López J.L. Arenas Osuna. J. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2015, 53 (1) 20-28 Disponible en www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im151d.pdf
23. Earle, L. Kelly L. Coping strategies, depression, and anxiety among Ontario family medicine residents. *Can Fam Physician* [internet]: 2005; 51: 242-243. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16926935
24. Cerqueira G. Gulmaraes, E. Nogueira LA. The relevance of psychological support to medical resident and specializing in radiology and imaging diagnosis. *Radiol Bras* [internet]:2011; Mar/Abri; 44(2):81-84. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100...script.
25. Cerqueira G. Hilon A. Huimaraes E. Ansiedade e Depressão em residentes em radiologia e diagnóstico por imagem. *Revista brasileira de educação médica.* [internet]:2010: 34 (2): 199-206. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a03v34n2.pdf.
26. Sepúlveda VA, Romero IJ. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Bol. Med Hosp. Infant. Mex* [internet]. 2012:69(5): 347-354 Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665.

27. Reglamento de la Ley General de salud en materia de Investigación para la salud Artículo 17. Disponible en: www.Salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html
28. Mazzanti DR. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con los seres humanos. Revista colombiana de Bioética, [internet]:2011: 6. (1):125-144 Disponible en: www.redalyc.org/pdf/1892/189219032009.pdf.
29. Monse N.A. Hajaj K.E. Basti A.K. Perceived Depresiion, Anxiety and Stress Among Dubai Health Auithority Residents, Dubai. UAE. American Journal of Psychology and Cognitive Science [internet] 2015 1. (3)75-82. <http://www.aiscience.org/journal/ajpcs>
30. Vázquez Ramírez, LA. González Pedraza A.A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. Aten. Fam. . [internet] 2014:2 (4): 109-112. Disponible en www.medigraphic.com/pdfs/aefam/af-2014/af144c.pdf.

14. ANEXOS

ANEXO 1. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (Criterios del DSMV)

<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva, durante un mínimo de 6 meses, 1. Si 2.No</p>	<input type="checkbox"/>																														
<p>B. Dificultad para controlar la preocupación 2. Si 2. No</p>	<input type="checkbox"/>																														
<p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes</p> <table border="1" data-bbox="334 625 1089 1077"> <tr> <td data-bbox="334 625 868 699">1) Inquietud o impaciencia</td> <td data-bbox="868 625 966 699">1. Si</td> <td data-bbox="966 625 1089 699">2. No</td> </tr> <tr> <td data-bbox="334 699 868 772">2) Fácilmente fatigado</td> <td data-bbox="868 699 966 772">1. Si</td> <td data-bbox="966 699 1089 772">2. No</td> </tr> <tr> <td data-bbox="334 772 868 846">3) Dificultad para concentrarse</td> <td data-bbox="868 772 966 846">1. Si</td> <td data-bbox="966 772 1089 846">2. No</td> </tr> <tr> <td data-bbox="334 846 868 919">4) Irritabilidad</td> <td data-bbox="868 846 966 919">1. Si</td> <td data-bbox="966 846 1089 919">2. No</td> </tr> <tr> <td data-bbox="334 919 868 993">5) Tensión Muscular.</td> <td data-bbox="868 919 966 993">1. Si</td> <td data-bbox="966 919 1089 993">2. No</td> </tr> <tr> <td data-bbox="334 993 868 1077">6) Problemas de sueño</td> <td data-bbox="868 993 966 1077">1. Si</td> <td data-bbox="966 993 1089 1077">2. No</td> </tr> </table>	1) Inquietud o impaciencia	1. Si	2. No	2) Fácilmente fatigado	1. Si	2. No	3) Dificultad para concentrarse	1. Si	2. No	4) Irritabilidad	1. Si	2. No	5) Tensión Muscular.	1. Si	2. No	6) Problemas de sueño	1. Si	2. No	<table border="1" data-bbox="1214 611 1360 1077"> <tr> <td data-bbox="1214 611 1287 688">1c</td> <td data-bbox="1287 611 1360 688"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1214 688 1287 766">2c</td> <td data-bbox="1287 688 1360 766"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1214 766 1287 844">3c</td> <td data-bbox="1287 766 1360 844"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1214 844 1287 921">4c</td> <td data-bbox="1287 844 1360 921"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1214 921 1287 999">5c</td> <td data-bbox="1287 921 1360 999"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1214 999 1287 1077">6c</td> <td data-bbox="1287 999 1360 1077"></td> </tr> </table>	1c		2c		3c		4c		5c		6c	
1) Inquietud o impaciencia	1. Si	2. No																													
2) Fácilmente fatigado	1. Si	2. No																													
3) Dificultad para concentrarse	1. Si	2. No																													
4) Irritabilidad	1. Si	2. No																													
5) Tensión Muscular.	1. Si	2. No																													
6) Problemas de sueño	1. Si	2. No																													
1c																															
2c																															
3c																															
4c																															
5c																															
6c																															
<p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 1. Si 2. No</p>	<input type="checkbox"/>																														
<p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica. 1. Si 2. No</p>	<input type="checkbox"/>																														
<p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. 1. Si 2. No</p>	<input type="checkbox"/>																														

ANEXO 2. CUESTIONARIO: DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y ANTECEDENTES

FECHA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

TELEFONO _____

<p>A. Sexo</p> <p>1. Masculino</p> <p>2. Femenino</p>	<p>CODIFICACION</p> <p><input type="checkbox"/></p>																						
<p>B. Edad</p> <p>Años cumplidos</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																						
<p>C. Estado civil</p> <table border="1" data-bbox="240 659 1013 774"> <tr> <td>1.- Soltero</td> <td>4.- Casado</td> </tr> <tr> <td>2.- Union libre</td> <td>5.- Separado</td> </tr> <tr> <td>3.- Divorciado</td> <td>6.- Viudo</td> </tr> </table>	1.- Soltero	4.- Casado	2.- Union libre	5.- Separado	3.- Divorciado	6.- Viudo	<p><input type="checkbox"/></p>																
1.- Soltero	4.- Casado																						
2.- Union libre	5.- Separado																						
3.- Divorciado	6.- Viudo																						
<p>D.- Toxicomanías</p> <p>1. Tabaco</p> <p>2. Alcohol</p> <p>3. Sustancias ilegales</p> <p>4. Ninguna</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																						
<p>E. Religión</p> <p>1. Si</p> <p>2. No</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																						
<p>F. Tipología familiar según su conformación anterior y actual</p> <table border="1" data-bbox="240 1226 1013 1822"> <tr> <td>1. Nuclear</td> <td>10. No parental</td> </tr> <tr> <td>2. Nuclear simple</td> <td>11. Monoparental extendida sin parentesco</td> </tr> <tr> <td>3. Nuclear numerosa</td> <td>12. Grupos similares a la familia</td> </tr> <tr> <td>4. Reconstruida</td> <td>13. Persona que vive sola</td> </tr> <tr> <td>5. Monoparental</td> <td>14. Parejas de homosexuales</td> </tr> <tr> <td>6. Monoparental extendida</td> <td>15. Parejas de homosexuales con hijos adoptivos</td> </tr> <tr> <td>7. Monoparental extendida compuesta</td> <td>16. Familia grupal</td> </tr> <tr> <td>8. Extensa</td> <td>17. Familia comunal</td> </tr> <tr> <td>9. Extensa compuesta</td> <td>18. Poligamia</td> </tr> </table>	1. Nuclear	10. No parental	2. Nuclear simple	11. Monoparental extendida sin parentesco	3. Nuclear numerosa	12. Grupos similares a la familia	4. Reconstruida	13. Persona que vive sola	5. Monoparental	14. Parejas de homosexuales	6. Monoparental extendida	15. Parejas de homosexuales con hijos adoptivos	7. Monoparental extendida compuesta	16. Familia grupal	8. Extensa	17. Familia comunal	9. Extensa compuesta	18. Poligamia	<table border="1" data-bbox="1057 1199 1365 1335"> <tr> <td>Anterior</td> <td>Actual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Anterior	Actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Nuclear	10. No parental																						
2. Nuclear simple	11. Monoparental extendida sin parentesco																						
3. Nuclear numerosa	12. Grupos similares a la familia																						
4. Reconstruida	13. Persona que vive sola																						
5. Monoparental	14. Parejas de homosexuales																						
6. Monoparental extendida	15. Parejas de homosexuales con hijos adoptivos																						
7. Monoparental extendida compuesta	16. Familia grupal																						
8. Extensa	17. Familia comunal																						
9. Extensa compuesta	18. Poligamia																						
Anterior	Actual																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<p>G. Escala de Evaluación global</p> <p>1 al 100</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																						

ANEXO 3. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

0.- Ausente 1.- Leve 2.- Moderado 3.- Grave 4.- Muy grave

Total:

SINTOMATOLOGIA	A	L	M	G	MG
1.- Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprehensión, irritabilidad.	0	1	2	3	4
2.- Tensión Sensación de tensión fatigabilidad sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse.	0	1	2	3	4
3.- Miedos A la oscuridad, a la gente desconocida a quedarse solo, a los animales ,al tráfico, a la multitud	0	1	2	3	4
4.- Insomnio Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales. Dificultad en la concentración mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Humor depresivo Falta de interés, o disfrutar ya con los pasatiempos tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7.- Síntomas somáticos (musculares) Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclonicas, voz, poco firme, tono muscular aumentado.	0	1	2	3	4
8.- Síntomas somáticos sensoriales Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9.- Síntomas cardiovasculares Taquicardia palpitaciones, dolores en el pecho, latidos. Vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles	0	1	2	3	4
10.- Síntomas respiratorios. Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11.- Síntomas gastrointestinales Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmo, sensación de estómago, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12.- Síntomas genitourinarios Micciones frecuentes, urgencias de micción amenorrea menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.	0	1	2	3	4
13. Síntomas del sistema nervioso vegetativo. Boca cesa, accesos de rubor, palidez, transpiración, excesiva, vértigo cefalea, por tensión eretismo piloso.	0	1	2	3	4
14. Comportamiento agitado durante la entrevista Agitado inquieto, o dando vueltas manos temblorosas ceño, fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos, movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.	0	1	2	3	4

ANEXO 4. ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK

Instrucciones. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuanto 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 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				
21.-Sudoración no debida al calor.				

Total: _____

ANEXO 5. ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL

100-91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas
90	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej. Ligera ansiedad antes de un examen) buena actividad en todas las áreas interesado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecha de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej. Una discusión ocasional con miembros de la familia)
80	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej. Dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social. Laboral o escolar (p. ej. Descenso temporal del rendimiento escolar)
70	Algunos síntomas leves (p. ej. Humor depresivo e insomnio ligero) alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. Ej. hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa). Pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60	Síntomas moderados (p. ej. Afecto aplanado y lenguaje circunstancial crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej. Pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela)
50	Síntomas graves (p. Ej. Ideación suicida rituales obsesivos graves robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social laboral o escolar (p. Ej. Sin amigos incapaz de mantenerse en un empleo)
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej. El lenguaje es a veces ilógico oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej. Un hombre depresivo evita a sus amigos abandona la familia y es incapaz de trabajar, un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)
30	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej. A veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej. Permanece en la cama todo el día, sin trabajo, vivienda o amigos)

20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. Ej. Intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, frecuentemente violento, excitación maniaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej. Con manchas de excrementos) o alteración de la comunicación (p. Ej. Muy incoherente o mudo)
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a si mismo (p. Ej. Violencia recurrente) o incapacidad persistente ara mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

Puntaje obtenido: _____

ANEXO. 6



**COORDINACION DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD
COORDINACION DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA
FAMILIAR NO. 1 CUERNAVACA, MORELOS**

				DIA		MES		AÑO	
CONTROL RESIDENTES DE				FECHA DE INGRESO:					
NOMBRE DEL RESIDENTE:									
				APELLIDO PATERNO MATERNO		APELLIDO NOMBRE			
MATRICULA IMSS:						MATRICULA UAEM:			
CORREO ELECTRONICO									
EDAD:		AÑO S	SEXO :	MASCAR CON X	MASC.				FEM.
FECHA DE NACIMIENTO:						EDO. CIVIL:			
				DIAMES/AÑO					
LUGAR DE NACIMIENTO:				CIUDAD Y ESTADO		NACIONALIDAD:			
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:				10 DIGITOS Y DIGITO VERIFICADOR					
CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION (CURP):				18 DIGITOS ENTRE NUMS. Y LETRAS					
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (R.F.C.):				10 DIGITOS ENTRE NUMS. Y LETRAS Y HOMOCLAVE (SI TIENE)					
NOMBRE DEL PADRE (AUN FINADO):				APELLIDO PATERNO/ APELLIDO MATERNO/ NOMBRE					
NOMBRE DE LA MADRE (AUN FINADO)				APELLIDO PATERNO/ APELLIDO MATERNO/ NOMBRE					
NOMBRE (S) DE LOS HIJOS (SI TIENE):									
(SI NO TIENE DEJAR EN BLANCO)				APELLIDO PATERNO/ APELLIDO MATERNO/ NOMBRE					
2				3					
APELLIDO PATERNO/ APELLIDO MATERNO/ NOMBRE				APELLIDO PATERNO/ APELLIDO MATERNO/ NOMBRE					
DOMICILIO TRABAJADOR:									
(ACTUAL/FINES ATENCION MEDICA)				CALLE		NUMERO			
						TELEFONO S:			
COLONI A						CELULAR :			
						CASA:			
CIUDAD		ESTAD O	CODIGO POSTAL			FAMILIAR :			
FACULTAD O ESCUELA DE PROCEDENCIA:									

MEDICO INTERNO DE PREGRADO(LUGAR):							
SERVICIO SOCIAL (LUGAR):							
PROMEDIO OBTENIDO DURANTE LA CARRERA:							

UNIFORME:	BATA (marcar con x)					SEXO:		
DATOS		CHICA	MEDIANA	GRAND E	EXGRAND E	MASCULIN O	FEMENIN O	
ACTUALES	PANTALON TALLA:							
	CALZADO:	NUMERO						
		NUMERO						

NOMBRE, DENOMINACIÓN, RAZON SOCIAL DEL PATRON O SUJETO OBLIGADO:	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UBICACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO:	AV. PLAN DE AYALA 1201 Y CALLE CENTRAL, COL. FLORES MAGON, CUERNAVACA, MORELOS. C.P. 62450
NÚMERO DE REGISTRO PATRONAL:	D 15 99995 10 0

*LLENAR CON LETRO DE MOLDE
O A MAQUINA.

FIRMA DEL RESIDENTE:	
-----------------------------	--

ANEXO 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2014			2015												
	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e	E n e r o	F e b r e r o	M a r z o	A b r i l	M a y o	J u n i o	J u l i o	A g o s t o	S e p t i e m b r e	O c t u b r e	N o v i e m b r e	D i c i e m b r e	
Nombre del tema																
Justificación																
Planteamiento del problema																
Hipótesis y Objetivos																
Marco teórico																
Metodología																
Envío al comité local de investigación.																
Recolección de muestras: Primera entrevista y aplicación de instrumentos																
Recolección de muestras: Segunda entrevista y aplicación de instrumentos																
Análisis de resultados																
Conclusión de tesis																
Redacción del escrito final																
Trabajo publicado																

ANEXO 8. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO/ ESCALA DE MEDICION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR
Sexo	Condición orgánica que distingue de un hombre a una mujer	Cualitativa/ Nominal	Características físicas que diferencian a un hombre de una mujer,	Masculino Femenino
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cuantitativa/ Discreta	Edad desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Años cumplidos
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativa	Persona que establece vínculos de relación con otra persona.	Soltero(a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Unión libre Separado(a)
Toxicomanías	Hábito de consumir tabaco, drogas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica	Cualitativa Nominal.	Estado transitorio consecutivo a la ingesta de sustancias que produce alteraciones del comportamiento.	Tabaco Alcohol Sustancias ilegales
Religión	Conjunto de creencias religiosas	Cualitativa/ Nominal	La religión implica un vínculo entre el hombre y Dios de acuerdo a sus creencias.	Si/No
Residencia que cursa	Especialidad que se encuentra realizando.	Cualitativa/ Nominal	Especialidad que el residente profundiza sobre alguna área de conocimiento dentro de su profesión y desarrolla habilidades.	Medicina familiar Ginecología Medicina interna Pediatria Anestesiología Urgencias

Tipo de guardias	Frecuencia con que se realiza la guardia.	Cualitativa/ Nominal	Realización de prácticas profesionales que se realizan dentro de un hospital que se clasifican de acuerdo a la temporalidad en que se realizan.	Guardias A B C Guardias A.B,C.D
Habita en Morelos actualmente	Lugar en donde habita actualmente	Cualitativa/ Nominal	Es el lugar geográfico donde la persona habita en forma permanente, y desarrolla sus actividades familiares, sociales.	Si No
Lugar de residencia de origen antes de iniciar la residencia	Lugar de residencia de procedencia anterior	Cualitativa/ Nominal	Es el lugar geográfico donde la persona residía habitualmente antes de trasladarse al lugar donde reside a la fecha del estudio.	Morelos Otro estado
Antecedentes heredofamiliares de enfermedades psiquiátricas	Familiares con antecedentes de enfermedades psiquiátricas	Cualitativa/ Nominal	Características de antecedentes de familiares de tener alguna enfermedad psiquiátrica, relacionadas con los sujetos en estudio.	Si No
Trastorno de ansiedad generalizada	Es un estado patológico de ansiedad y preocupación excesiva, el cual se diagnostica con la entrevista con los criterios de DSM V	Cualitativa/ Nominal	Es un estado emocional que conduce a dificultad para la adaptación ante situaciones estresantes, que cumplan los criterios del DSMV de acuerdo a la entrevista realizada.	Si No

<p>Escala de ansiedad Hamilton</p>	<p>Instrumento heteroaplicado que orienta hacia el trastorno de ansiedad</p>	<p>Cualitativa/ Ordinal</p>	<p>Es un instrumento de medición que se realiza, para orientar al diagnóstico de trastorno de ansiedad.</p>	<p>Sin ansiedad: puntaje de 0-5 Con ansiedad leve de 6-14 puntos Con ansiedad severa más de 15 puntos.</p>
<p>Nivel de trastorno de ansiedad generalizada.</p>	<p>Grado de ansiedad en el cual se encuentra de acuerdo al inventario de Beck</p>	<p>Cualitativa/ Ordinal</p>	<p>Instrumento autoaplicable que determina el nivel de gravedad de ansiedad.</p>	<p>Normal de 0 a 7 puntos Leve de 8 a 15 puntos Moderada de 16 a 25 puntos Severa de 26 a 63 puntos</p>
<p>Escala de evaluación de la calidad global</p>	<p>Instrumento heteroaplicado que evalúa el funcionamiento global de los pacientes, proporciona una puntuación sobre actividad del paciente.</p>	<p>Cualitativa/ ordinal</p>	<p>Permite valorar el grado de afección de la actividad del paciente de acuerdo al puntaje obtenido será el grado de afección para desempeñar sus actividades, se obtiene por la entrevista, se divide de 10 en 10 obteniendo un puntaje del 10 al 100, teniendo como 100 que no hay afección hasta 10 como peligro de lesionarse o incapacidad de mantener higiene personal.</p>	<p>100 a 91 Actividad satisfactoria. 90 síntomas ausentes o mínimos con buena actividad. 80 síntomas transitorios ligera alteración. 70 algunos síntomas leves con alguna dificultad 60 síntomas moderados dificultades moderadas, 50 síntomas y alteraciones graves, 40 alteración importante, 30 alteración grave, 20 algún peligro de lesión, 10 peligro persistente, 0 información inadecuada.</p>

<p>Tipología familiar de acuerdo a su conformación anterior y actual</p>	<p>Estar viviendo en el mismo techo de acuerdo a los lazos de familia de los integrantes</p>	<p>Cualitativa/ Nominal</p>	<p>Clasificación estructural de los integrantes de la familia de acuerdo a las personas que viven en el mismo techo. De acuerdo al consejo mexicano de medicina familiar.</p>	<p>Nuclear. Nuclear simple. Nuclear numerosa. Reconstruida. Monoparental. Monoparental extendida. Monoparental extendida compuesta. Extensa. Extensa compuesta. No parental Monoparental extendida sin parentesco Grupos similares a la familia Persona que vive sola. Parejas de homosexuales. Parejas de homosexuales con hijos adoptivos. Familia grupal Familia comunal Poligamia.</p>
--	--	---------------------------------	---	--

ANEXO 9. CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	IDENTIFICACION DE LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN RESIDENTES ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1 DEL IMSS DE CUERNAVACA MORELOS DURANTE UN PERIODO DE SEIS MESES.
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Cuernavaca Morelos a
Número de registro:	SIRELCIS R-2015- 1102-20
Justificación y objetivo del estudio:	El trastorno de ansiedad generalizada, es una enfermedad cada vez más frecuente y tomando en cuenta que esta investigación no es muy amplia en los médicos residentes se considera importante la realización de este trabajo en este personal del área de la salud por estar inmersos en exigencias laborales y académicas constantes. El cual tiene como objetivo: Identificar la presencia de trastorno de ansiedad en residentes de especialidades médicas de primer año del HGR1/ MF en el IMSS de Cuernavaca Morelos.
Procedimientos:	Consiste en contestar entrevista clínica cuestionarios para recabar datos sociodemográficos, escalas, revisión de expediente, además de preguntas personales.
Posibles riesgos y molestias:	Incomodidad, estrés, al realizar preguntas y entrevista clínica.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Enviar al área correspondiente en caso de presentar, este trastorno a psicología y psiquiatría de acuerdo resultados obtenidos.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionara los resultados de escalas, entrevista que surjan durante la investigación
Participación o retiro:	Declaro que mi participación es voluntaria y que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente
Privacidad y confidencialidad:	Declaro que mis datos y resultados recabados serán confidenciales y que no se identificarán en presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio sin que afecte los beneficios de mi atención en caso necesario
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se canalizara al área correspondiente en caso de presentar este trastorno, a psicología y/o psiquiatría para un tratamiento oportuno
Beneficios al término del estudio:	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Mastranzo Sabinal Patricia, médico residente de tercer año de especialidad en medicina familiar, en el HGRMF1 delegación de Morelos tel.: 2226 85 80 38, paty_ms22@hotmail.com Dra. Mónica Martínez y Martínez, (Prof. Titular de la Esp de MF. HGRC/MF No.1 monica.martinezm@imss.gob.mx tel. 315 50 00 ext. 5131). Dra. Juárez Huicochea Nancy Elizabeth (Psiquiatra del HGRC/MF No.1 nancyejh81@hotmail.COM tel. 315 50 00). Dr. Toledano Jaimes Cairo David (Investigador de la Fac. de Farmacia de la UAEM tjcd_ff@uaem.mx Tel. 329 70 89 Ext 3375).
Colaboradores:	

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Hospital General Regional con Medicina Familiar. No. 1 IMSS, Av. Plan de Ayala No. 1201 Esq. Avenida Central Col. Flores Magón Cuernavaca Morelos.

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el
consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013