



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"**



**ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y ANSIEDAD EN MÉDICOS  
RESIDENTES DE LA UMF No. 33 "El Rosario".**

**TESIS DE POSGRADO**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. MONSERRAT NAVARRETE SUÁREZ.**

**MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**ASESOR:**

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**

**MÉDICO FAMILIAR Y PROFESORA ADJUNTA DEL  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**FEBRERO 2021**





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.

## AUTORIZACIONES



---

**DRA. MIRIAM IDALITH INFANTE MIRANDA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 "EL ROSARIO"



---

**DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL**  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 "EL ROSARIO"



---

**DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO**  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 "EL ROSARIO"  
*ASESORA DE TESIS*



---

**DRA. MONSERRAT NAVARRETE SUÁREZ.**  
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"  
*AUTORA DE TESIS*

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi esposo Adrián:

Por estar presente en los momentos más difíciles, porque al llegar a mi vida me enseñó el significado del amor, por superar cada meta conmigo, por impulsarme a ser un mejor ser humano, por depositar su entera confianza en mí y no dudar nunca de mi capacidad, por compartir los días más felices de mi vida.

Gracias a él porque en todo momento fue un apoyo incondicional en mi vida, fue la felicidad encajada en una sola persona, fue mi todo reflejado en otra persona a la cual yo amo demasiado, y por la cual estoy dispuesto a enfrentar todo y en todo momento. A ti dedico este logro.

A mi hija:

Me gustaría que supieras lo agradecida que estoy de tenerte, por alegrarme cada instante de mi vida, por darle sentido, por darle ilusión. Te amo Lía.

A mi asesora de tesis, Dra. Mónica Osorio Granjeno, por aceptarme como asesorada y facilitarme la realización de este proyecto a fin de concluir satisfactoriamente esta etapa de mi formación académica.

## **ÍNDICE**

<b>APARTADOS</b>	<b>PÁGINA</b>
1. Portada	1
2. Autorizaciones	2
3. Agradecimientos	3
4. Dictamen Comité local de Investigación en salud	5
5. Resumen	6
6. Introducción	7
7. Antecedentes	8
8. Planteamiento del problema	15
9. Objetivos	16
10. Sujetos, material y métodos	17
11. Resultados	19
12. Tablas y gráficos	23
13. Discusión	36
14. Conclusiones	37
15. Bibliografía	38
16. Anexos	41



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **3404**.  
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Jueves, 25 de febrero de 2021

**Dra. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UMF 33**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2021-3404-003

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Mtro. miguel alfredo zurita muñoz**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

[Imprimir](#)

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **RESUMEN**

### **Asociación entre apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 33 "El Rosario".**

Navarrete Suarez Monserrat<sup>1</sup>, Osorio Granjeno Mónica Catalina<sup>2</sup>.

**Introducción:** Se dice que el personal de salud en un grupo vulnerable de padecer trastornos mentales. Al respecto, el trastorno de ansiedad es un padecimiento frecuente en médicos residentes, sin embargo, se ha observado que son menos frecuentes en quienes tienen una red de apoyo adecuada. **Objetivo:** Determinar la asociación entre apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF No 33. **Material y métodos:** Se realizó un estudio correlacional, en una muestra de 18 médicos residentes con una mala percepción de apoyo social (casos) y 42 con buena percepción de apoyo social (controles), a los cuales se les aplicó la Escala de Duke-UNC y el test de ansiedad de Beck. Además, se determinó la edad, sexo, estado civil y tener hijos. **Resultados:** No se encontró asociación entre el apoyo social percibido y ansiedad ( $p=0.9036$ ). Se encontró asociación entre la severidad de la ansiedad y la participación en equipos de respuesta Covid ( $p=0.0505$ ). Así mismo no se identificó asociación entre el apoyo social, ansiedad y variables sociodemográficas sexo y edad ( $p=0.7651$ ,  $p=0.4385$ ;  $p=0.2021$ ,  $p=0.0610$  respectivamente). **Conclusiones:** Resulta importante la identificación oportuna de ansiedad en médicos en formación de posgrado, con la finalidad de implementar estrategias para prevenir la aparición del trastorno de ansiedad ya que este puede condicionar un pobre desempeño académico y en consecuencia deteriorar su la calidad de vida, independientemente del apoyo social.

**Palabras clave.** Apoyo social, ansiedad, médicos residentes.

---

<sup>1</sup> Médico Residente de Tercer año del CEMF de la UMF No.33 "El Rosario".

<sup>2</sup> Médico Familiar y Profesora Adjunta del CEMF de la UMF No. 33 "El Rosario".



## **INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, la salud mental se ha convertido en un problema frecuente a nivel mundial, identificando grupos más susceptibles de enfermar, incluyendo ciertas profesiones, entre las que se incluye al personal de salud.

Se estima que el 17% de los adultos presentan algún trastorno mental al año. En el caso particular de la ansiedad, se ha reportado una incidencia en adultos de 18.1%. Respecto al personal de salud, el trastorno de ansiedad, es un padecimiento que está siendo frecuente en médicos en formación, lo que puede generarles dificultad para desempeñarse de forma adecuada en sus actividades académicas y laborales, además de afectar de forma importante su calidad de vida y constituir un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos cardiovasculares.

En la lucha contra la epidemia del Coronavirus (COVID-19), se ha requerido de la participación y apoyo del personal de salud los cuales pueden experimentar problemas de salud mental tales como estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, negación, ira y temor. Dentro de los factores asociados con un alto impacto psicológico y niveles elevados de estrés, síntomas de ansiedad y depresión son el sexo femenino, ser estudiante, tener síntomas físicos específicos y una percepción pobre de la propia salud. La pandemia plantea pues el desafío de cuidar la salud mental del personal de salud tanto como la de la población general.

Estos problemas de salud mental no solo pueden afectar la calidad de atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, lo que podría dificultar la lucha contra la infección del COVID-19, sino que también pueden tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida. Por tanto, es muy importante proteger la salud mental del personal de salud para el adecuado control de la epidemia y para cuidar su propia salud

El motivo por el cual se decidió llevar a cabo la presente investigación se basa en el hecho de que existe una marcada tendencia a un incremento en la frecuencia de los trastornos de ansiedad en el personal en formación que puede asociarse con una falta de apoyo social, a través de la principal fuente de apoyo, que es la familia, los amigos y los compañeros de trabajo, aspecto que pocas veces se aborda y que puede ser un factor para evitar la aparición de un trastorno de ansiedad en el personal médico.



Con base en lo anterior, se planteó el objetivo: Determinar la asociación entre apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF No 33.

## **ANTECEDENTES**

La ansiedad se caracteriza por ser una alteración de orden mental que se da por un exceso de temor o aprensión al futuro y desastre inminentes que se pueden asociar a su ritmo de vida en la actualidad. La cual en ciertas cantidades o condiciones son válidas o buenas para el desarrollo del individuo. (1)

La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Es sinónimo de congoja, preocupación ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre. Es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos ubicados en cualquier región de la geografía corporal. Implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto. Se afirma a menudo que el tipo de vida de la sociedad actual tecnológica, urbanizada y competitiva genera mucha ansiedad. Sin embargo, ansiedad ha habido siempre en toda época. Existe una ansiedad normal, ligada a las situaciones que vivimos, que cumple una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas. Sin embargo, la ansiedad puede ser patológica cuando no se presenta como respuesta proporcionada frente a un estímulo o si su intensidad y duración exceden de los límites aceptables. En tales condiciones pierde su función de adaptación y se convierte en un problema para el individuo. (2)

En la actualidad se estima que el 17% de los adultos presentan alguna alteración o comorbilidad de salud mental al año. En el caso particular de la ansiedad, se ha reportado una incidencia en adultos de 18.1%. Lo cual ha sugerido que la ansiedad afecta hasta 30 millones de personas, de las cuales 17-22 millones sufren adicionalmente de depresión. (3)

Sin embargo, los estudios epidemiológicos demuestran una cruel paradoja. Al mismo tiempo que avanzan nuestros conocimientos y mejora la eficacia de los medios de tratamiento, se constata que un alto porcentaje de las personas que padecen trastornos emocionales no son identificados y, por consiguiente, no reciben tratamiento adecuado ni se benefician de los avances de la investigación en este campo. Por otro lado, las personas que padecen sintomatología ansiosa, aun cuando les provoca sufrimiento y discapacidad

están temerosas de hablarlo con el profesional de salud por que suele considerarle como producto de una debilidad de carácter. Sin embargo, todo médico puede diagnosticar y tratar estos trastornos sin recurrir a técnicas sofisticadas; solo se requiere de una buena relación médico-paciente, escuchar con atención, preguntar diligentemente e indicar medidas educativas, farmacológicas y psicosociales sencillas. (4).

El trastorno de ansiedad es un padecimiento que afecta grandemente el desempeño laboral, académico y social, consume muchos recursos de salud y es un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares. Cuando se presenta como comorbilidad de la depresión mayor, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y los trastornos severos de la personalidad, se convierte en el principal obstáculo para tratar esas enfermedades. Los trastornos mentales son conceptualizados como trastornos del neurodesarrollo, con factores etiológicos genéticos, congénitos, perinatales, del apego, del desarrollo de la personalidad, de traumas psicológicos severos y otros, que se expresan en alteraciones permanentes de los circuitos cerebrales. Estos circuitos cerebrales pueden ser identificados con estudios de imágenes cerebrales (desde la vida intrauterina) y tratados con base a esos hallazgos. En el caso de los trastornos de ansiedad ya está bien establecido que su base neurobiológica está en las alteraciones del circuito cerebral del miedo. (5)

De forma general, la ansiedad se ha asociado con alteraciones en la secreción y liberación de los neurotransmisores de serotonina, norepinefrina y Ácido aminobutírico (GABA); así como hiperactividad de la amígdala y otros componentes del sistema límbico. La ansiedad realmente es el resultado de una compleja interacción entre componentes biológicos, psicológicos, temperamentales y factores ambientales; los cuales alcanzan su cenit en el momento en que la ansiedad se vuelve compleja o genera déficits para la toma de decisiones con un incremento en interconexiones erróneas que respondan a cada evento. La ansiedad representa un papel importante en la clínica ya que puede influir en el resultado final de prácticamente todas las enfermedades médicas. Por ello es importante que todos los profesionales de la salud se familiaricen con el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad. (6,7)

Lo anterior, conlleva a la sobre estimación de riesgos y una inapropiada respuesta en el estímulo real del riesgo, dando como resultado un incremento de la actividad del circuito del miedo y generando alteraciones en el comportamiento, que se manifiestan a través de los síntomas de ansiedad. (8)

Al respecto, los individuos que cursan con trastorno de ansiedad se caracterizan por presentar miedo o temor excesivo con desconfianza al ambiente o situaciones sociales o no familiares; así como conjuntos de sensaciones internas, siendo todo el tiempo respuestas desmedidas, además de síntomas como palpitaciones, dolor torácico, respiraciones cortas y otros cambios endocrinos. La presencia de estos síntomas, puede originar alteraciones o disfunciones no solo sociales, sino que también involucra alteraciones laborales. (9)

Adicionalmente, ciertas situaciones se han asociado a un incremento en la ansiedad por cambios directos que se presentan a nivel fisiológico como pueden ser cambios en la secreción de cortisol, secreción adrenal hipopituitaria. Una situación fisiológica como esta se ha reportado directamente en situaciones como la presentación de exámenes ya sea escritos u orales. (10)

Por otro lado, se han descrito efectos a nivel cognitivo y en la reparación del sueño cuando los individuos presentan niveles de ansiedad elevados. La memoria también se ve reducida de forma considerable. (11)

Se han desarrollado diversos instrumentos aplicables o auto aplicables para determinar la presencia de síntomas de ansiedad y la severidad de los mismos. Dentro de estos, se puede mencionar, el test de ansiedad de Beck, el cual es un instrumento autoaplicado creado hace 30 años, cuya finalidad es identificar los niveles de ansiedad aun en países de alta producción científica. (12)

Actualmente están aconteciendo una serie de cambios en la sociedad en cuanto a sus expectativas, sus necesidades y en sus aspectos socioculturales, lo que origina nuevas prioridades y áreas de actuación para el profesional en salud. Debido a los múltiples estudios existentes entre apoyo social y el estado de salud individual y colectiva, se ha determinado que, a mayor apoyo social, existe una mejoría de la salud, tanto física como psíquica; el buen apoyo social baja las tasas de mortalidad y aumenta el uso de los servicios de salud. La percepción de apoyo social al individuo dependerá de la atención que reciba del entorno profesional, familiar comunitario. (13)

Por otra parte, el apoyo social son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están

constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo. Este apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros. (14)

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.). Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social las cuales pueden ser la familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos, etc., Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el individuo. (19)

En un estudio realizado por Matud et al. (2002) en relación a apoyo social y salud en mujeres y hombres, y las variables sociodemográficas, encontraron que el apoyo social correlaciona con el nivel de estudios, y en sentido negativo con el número de hijos y la edad, no hay diferencias de género entre los casados, pero los solteros perciben menos apoyo social que las solteras. Tanto mujeres como hombres profesionales tienen más apoyo social que las personas que desempeñan un empleo manual y las amas de casa informan de menos apoyo social que aquellas que tienen un empleo no manual y las profesionales. Por otra parte, pacientes con síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave correlacionaron significativamente con un bajo apoyo social. (15)

Por su parte Felman et al. (2008) llevo a cabo un estudio de tipo no experimental, descriptivo, correlacional, transversal en 321 estudiantes universitarios de Venezuela, encontrando que un mayor apoyo social (sobre todo de la familia y los amigos) con una media de 5.25 y 2.35, también se encontró que la intensidad del estrés académico correlaciono negativamente con el apoyo de amigos ( $p < 0.001$ ) y positivamente con la opinión acerca del apoyo social ( $r = 0.123$ ). (16)

En este sentido, el apoyo social ha mostrado tener un impacto directo en la función cognitiva de los individuos, en especial el apoyo social que es fomentado por adecuadas relaciones sociales se ha relacionado con un mejor desempeño cognitivo de los integrantes de la familia. (17)

Así mismo, el apoyo social ha demostrado tener un impacto directo en el control de la ansiedad en diversos tipos de poblaciones y grupos de edad. Además, en la actualidad, se ha considerado integrar a la familia en conjunto con las condiciones farmacéuticas, terapéuticas clínicas y cambios en el estilo de vida como un elemento importante en la terapéutica de la ansiedad. (18)

Al respecto, en el estudio realizado por Franco et al. (2010), con diseño cuasiexperimental con un grupo de control y un grupo experimental, en el cual se incluyeron 38 médicos del primer nivel de atención empleando la escala de estrés percibido, el cuestionario de Strain y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo donde se encontró en un primer tiempo altos niveles de ansiedad y que tras una intervención de curso de manejo de estrés orientado para médicos se encontró una reducción significativa ( $p=0.005$ ) del estrés y se asoció esta reducción con un mayor rendimiento ( $p<0.0001$ ). (20)

Por otro lado, en un estudio realizado por Aguirre-Hernández et al. (2011) de tipo transversal con 71 médicos residentes de diversas especialidades de Hospitales de Nayarit, mediante la aplicación de la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Inventario de Beck se encontró que la prevalencia de la ansiedad y la depresión en los médicos residentes fue de 59.1% y 32.3% respectivamente, las cuales son mayores a la población en general. Además, el 29.6% de los estudiantes presento ambos trastornos del estado de ánimo. (21)

Así mismo, en un estudio de Pereira et al. (2015) de tipo no experimental, descriptivo, transversal con un total de 305 médicos residentes, de ambos géneros, de diferentes especialidades, de áreas clínicas y quirúrgicas de un hospital brasileño fueron evaluados utilizando los siguientes instrumentos: Inventario de Síndrome de Burnout, Inventario de Habilidades Sociales y Cuestionario de Salud del Paciente-4. Se verificaron altas tasas de agotamiento y problemas de salud mental y las habilidades sociales se asociaron negativamente con dimensiones del agotamiento como el agotamiento emocional, el desapego emocional y la deshumanización, pero se asociaron positivamente con la realización personal. Además, los residentes con indicadores de problemas presentaron medias de habilidades sociales significativamente más bajas que los residentes sin indicadores de burnout, ansiedad o depresión. (22)

Otro estudio realizado por Castilla et al. (2016) de tipo descriptivo de corte transversal compuesto por una población total de 154 estudiantes, 78 estudiantes que cursaban el

segundo año en la Escuela de Enfermería y 76 estudiantes de la Facultad de Medicina de Chile, se buscaba determinar los niveles de ansiedad e identificar las fuentes generadoras de estrés académico, mediante el State- Trait Anxiety Inventory y el Inventario de Estrés Académico se obtuvo de resultado que los estudiantes de enfermería mostraron mayores niveles de ansiedad que los estudiantes de Medicina. Solo para ansiedad estado se observó una frecuencia significativamente diferente, encontrándose las diferencias en los grupos que manifiestan un nivel de ansiedad leve (Enfermería 32.1% y Medicina 56.6%) y ansiedad severa (Enfermería 20.5% y Medicina 9.2%). (23)

Por otra parte, un estudio realizado por Loria et al. (2009) de tipo observacional, de corte transversal con un total de 56 médicos residentes demostró que tanto el patrón como la calidad del sueño se encuentra deteriorado significativamente tras iniciar la residencia ( $p < 0.001$ ), así como estar asociado a diversos factores, especialmente a ansiedad y depresión. (24)

Otro estudio realizado por Dávila et al. (2011) presentaron una tesis sobre la ansiedad, depresión y redes de apoyo social en estudiantes de odontología en Chile, este estudio de tipo transversal, longitudinal, descriptivo, correlacional y con una muestra de 440 estudiantes, tenía como objetivo comprobar en dos momentos del semestre académico si las exigencias curriculares aumentaban sus niveles de ansiedad y depresión. Se obtuvo como resultado nivel de ansiedad en alumnos en la primera evaluación de 37.5% mientras que en la segunda evaluación este corresponde al 45.9%, por otra parte, el nivel de depresión informado en la primera evaluación fue de 7.8%, mientras que en la segunda fue de 9.9%, observándose un incremento en el porcentaje de casos en ambas variables. Se concluye que los estudiantes se encuentran considerablemente más ansiosos que deprimidos, especialmente lo de género femenino y aquellos que cursan tercer y cuarto año, así como también se demostró que la ansiedad requería de manera general mayor apoyo social por parte de las familias; además de que la ansiedad y la necesidad de apoyo incrementa en los periodos de mayor exigencia. (25)

Otro estudio realizado por Prieto et al. (2013) de tipo descriptivo, longitudinal donde se aplicaron 137 encuestas a 45 médicos residentes, la edad promedio fue de 26.9+- 2.93; 18 (40%) fueron sexo femenino y 27 (60%) del masculino, obteniendo como resultado presencia de Burnout y deterioro de calidad de vida en médicos residentes que estudian

posgrado y se mantiene durante el primer año de residencia. Agotamiento emocional alto 48.8% en la primera prueba, 55.5% en la segunda y 46.6% en la tercera prueba. (26)

Un estudio realizado por Mascarúa et al. (2014) en 56 médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar acerca de grado de Ansiedad y depresión que podrían presentar los médicos encontraron como resultado con relación a la ansiedad 23 casos (41.1%), siendo ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. Respecto a la depresión, se identificaron 11 casos (19.7%) de depresión leve, encontrándose sobre todo en residentes de segundo año con 5 casos (45.4%), y en cuanto al estado civil, 6 (45.5%) eran solteros. (25)



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud mental se ha convertido en últimas fechas, en un problema frecuente y a nivel mundial, identificando grupos más susceptibles de enfermar como ciertas profesiones en las que se incluye el personal de salud. El trastorno de ansiedad, es un padecimiento que está siendo frecuente en médicos en formación, lo que les genera dificultad para desempeñarse de forma adecuada en sus actividades académicas y laborales, además de afectar de forma importante su calidad de vida.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario, se han realizado investigación para determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en médicos residentes, sin embargo, no se ha considerado determinar el apoyo social que reciben los residentes, factor que puede tener un efecto protector o ser un factor concionante de un trastorno mental como la ansiedad.

Con base en lo anterior, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuál es la asociación entre apoyo social y ansiedad apoyo de los médicos residentes de la UMF No 33 y la ansiedad que presentan?**

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Determinar la asociación entre apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF No 33.

### **Objetivos específicos**

- Describir los factores sociodemográficos relacionados con apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF No 33.
- Describir la frecuencia de ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.
- Describir la frecuencia de apoyo social en médicos residentes de la UMF 33.
- Describir las características de la familia en médicos residentes de la UMF 33.

## **SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS**

El presente estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" de la delegación Norte de la Ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N, Colonia El Rosario alcaldía Azcapotzalco, Ciudad de México. La finalidad de esta investigación fue determinar la asociación entre apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF No 33.

Se realizó un estudio de casos y controles, de tipo observacional, transversal y retrospectivo, en médicos residentes. El tipo de muestro fue de tipo no probabilístico por conveniencia, encontrándose un total de 60 residentes inscritos al Curso de Especialización en Medicina Familiar. Fueron excluidos los médicos residentes que se encontraban en el servicio social, de incapacidad o convenio por la contingencia por Covid 19 y residentes que cursaban con algún trastorno mental. Fueron eliminados aquellos residentes que no contestaron el cuestionario en su totalidad o bien, que lo contestaron de forma inadecuada.

Para determinar el apoyo social se aplicó la Escala de Duke-UNC, cuestionario estructurado de autoevaluación, que consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Un puntaje mayor de 32 determina un buen apoyo social y un puntaje menor de 32 indica una mala percepción de apoyo social.

El grupo de casos, fue conformado por 18 residentes, a los cuales, al aplicar el cuestionario Escala de Duke-UNC obtuvieron una puntuación menor de 32 puntos, es decir que presentaron una mala percepción de apoyo social. Y el grupo de controles fue conformado por 42 residentes, que obtuvieron una puntuación mayor o igual de 32 puntos, es decir buena percepción de apoyo social.

Por otro lado, para determinar el grado de ansiedad, se utilizó el Inventario de ansiedad de Beck, considerando ansiedad leve si obtuvo una puntuación entre 0 a 21 puntos, ansiedad moderada de 22 a 35 puntos y ansiedad severa más de 36 puntos.

Así mismo, se determinaron variables sociodemográficas de interés, tales como edad y sexo, estado civil y tener hijos.

Para determinar la asociación entre las variables, se empleó la prueba estadística  $\chi^2$  (ji cuadrada) utilizando el programa Epidat V. 4.1. Los resultados se esquematizaron en tablas de contingencia.

El análisis estadístico se realizó a través de estadística inferencial. La representación gráfica de los resultados se realizó utilizando gráficos de barras.

La presente investigación se llevó conforme a los lineamientos y aspectos éticos que modulan la investigación biomédica a nivel internacional, nacional e institucional.

## **RESULTADOS**

En la presente investigación se aplicó un cuestionario para determinar la asociación entre apoyo social percibido y la presencia de ansiedad en médicos residentes. El grupo de casos estuvo conformado por 18 residentes sin apoyo social mientras que el grupo control se integró por 42 residentes con apoyo social, obteniendo los siguientes resultados:

En relación con la distribución de acuerdo al grado de apoyo social percibido y ansiedad en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio, se obtuvo lo siguiente: de los 18 (100%) residentes sin apoyo social (casos), 12 (67%) presentaron ansiedad leve y 6 (33%) ansiedad moderada a severa. Y de los 42 (100%) residentes con apoyo social (controles), se observó que 29 (69%) presentaron ansiedad leve y 13 (31%) ansiedad moderada a severa. No se encontró asociación entre el apoyo social percibido y la presencia y severidad de la ansiedad (*OR: 1.1153, IC 95%: 0.3433-3.6236,  $\chi^2: 0.0147, p=0.9036$* ). (Tabla y gráfico 1)

Respecto a la distribución de acuerdo con la relación entre sexo y apoyo social en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 18 (100%) médicos residentes sin apoyo social (casos), 6 (33%) son hombres y 12 (67%) mujeres. De los 42 (100%) residentes con apoyo social (controles), se observó que 14 (33%) son hombres y 28 (67%) mujeres. No se encontró asociación entre el apoyo social percibido y el sexo. (*OR: 1.0000, IC 95%: 0.3099-3.2261,  $\chi^2: 0.0893, p=0.7651$* ). (Tabla y gráfico 2).

Con base a la distribución de acuerdo con el grupo de edad y apoyo social percibido en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 18 (100%) residentes sin apoyo social (casos), 16 (89%) se encontraron en el rango de los 24 a 34 años y 2 (11%) igual o mayor de 35 años. En cuanto a los 42 (100%) residentes con apoyo social (controles), se observó que 32 (76%) pertenecen al grupo de 24 a 34 años y 10 (24%) igual o mayor de 35 años. Sin encontrarse asociación entre el grupo de edad y el apoyo social percibido. (*OR: 2.5000, IC 95%: 0.4886-12.7914,  $\chi^2: 0.6002, p=0.4385$* ). (Tabla y gráfico 3).

De acuerdo con la distribución en cuanto a vivir solo o acompañado y el apoyo social percibido, en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 18 (100%) residentes sin apoyo social (casos), 15 (83%) viven con algún

familiar (padres, hermanos, otros), pareja, hijos) y 3 (17%) viven solos. Por su parte de los 42 (100%) residentes con apoyo social (controles), se obtuvo que 34 (81%) viven con algún familiar (padres, hermanos, otros), pareja, hijos y 8 (19%) viven solos. No se encontró asociación entre vivir solo o acompañado y el apoyo social percibido. (OR: 0.8500, IC 95%: 0.1975-3.6577,  $\chi^2$ : 0.0212,  $p=0.8842$ ). (Tabla y gráfico 4).

Respecto a la distribución de acuerdo con el apoyo social percibido y el grado académico en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 18 (100%) residentes sin apoyo social (casos), 4 (22%) se encuentran cursando el primer año de la especialidad y 14 (78%) se encuentran cursando el segundo o tercer año de la especialidad. Del grupo de 42 (100%) residentes con apoyo social (controles), se observó que 16 (38%) están en el primer año de la especialidad y 26 (62%) en segundo y tercer año. No se encontró una asociación entre el grado académico y la percepción de apoyo social. (OR: 0.4642, IC 95%: 0.1298-1.6595,  $\chi^2$ : 0.8036,  $p=0.3700$ ). (Tabla y gráfico 5).

Con base a la distribución de acuerdo con la relación sexo y presencia de ansiedad en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 41 (100%) residentes con ansiedad leve, 11 (27%) son hombres y 30 (73%) son mujeres. Respecto a los 19 (100%) residentes con ansiedad moderada-severa, 9 (47%) son hombres y 10 (53%) son mujeres. No se encontró asociación entre el sexo y la severidad de la ansiedad. (OR: 0.4074, IC 95%: 0.1309-1.2675,  $\chi^2$ : 1.6271,  $p=0.2021$ ). (Tabla y gráfico 6).

Referente a la distribución de acuerdo a grupo de edad y ansiedad en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 41 (100%) médicos residentes con ansiedad leve, 36 (88%) tienen entre 24 y 34 años y 5 (12%) son de 35 años o más. Por su parte de los 19 (100%) médicos residentes con ansiedad moderada-severa, 12 (63%) están en el grupo de 24 a 34 años de edad y 7 (37%) igual o mayor de 35 años. No se encontró asociación entre el grupo de edad y la severidad de la ansiedad. (OR: 4.2000, IC 95%: 1.1213-15.7313,  $\chi^2$ : 3.5093,  $p=0.0610$ ). (Tabla y gráfico 7).

De acuerdo a la distribución de la cohabitación y la presencia de ansiedad en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 41 (100%) residentes con ansiedad leve, 40 (98%) viven con algún familiar (padres, hermanos, otros), pareja,

hijos y 1 (2%) vive solo. Por su parte de los 19 (100%) residentes con ansiedad moderada-severa, se obtuvo que 18 (95%) viven con algún familiar (padres, hermanos, otros), pareja, hijos y 1 (5%) vive solo. No se encontró asociación entre vivir solo o acompañado y la severidad de la ansiedad. (OR: 2.2222, IC 95%: 0.1315-37.5467,  $\chi^2$ : 0.0425,  $p=0.8367$ ). (Tabla y gráfico 8).

Respecto a la distribución de acuerdo con el grado académico en curso y la presencia de ansiedad en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 42 (100%) residentes con ansiedad leve, 13 (31%) se encuentran cursando el primer año de la especialidad y 29 (69%) se encuentran cursando el segundo o tercer año de la especialidad. Del grupo de 18 (100%) residentes con ansiedad moderada-severa, se observó que 7 (39%) están en el primer año de la especialidad y 11 (61%) en segundo y tercer año. No se encontró una asociación entre el grado académico y la severidad de la ansiedad. (OR: 1.4195, IC 95%: 0.4488-4.4900,  $\chi^2$ : 0.0893,  $p=0.7651$ ). (Tabla y gráfico 9).

En cuanto a la distribución de acuerdo con la participación en equipo de respuesta covid y la presencia de ansiedad en los 60 médicos residentes que participaron en el estudio se obtuvo lo siguiente: de los 39 (100%) residentes con ansiedad leve, 7 (18%) forman parte de equipos de respuesta covid y 32 (82%) no participan. Mientras que de los 21 (100%) residentes con ansiedad moderada-severa, 15 (71%) se encuentran en equipo de respuesta covid y 6 (29%) no. Encontrándose una asociación entre la participación en equipo de respuesta covid y la presencia de ansiedad moderada-severa. (OR: 11.4285, IC 95%: 3.2708-39.9321,  $\chi^2$ : 14.5875,  $p=0.0001$ ). (Tabla y gráfico 10).

Con los resultados previamente obtenidos se establece no existe asociación entre el apoyo social percibido y la severidad de la ansiedad, ni con la presencia de acompañantes en la misma casa o vivir solo ni el grado académico en curso de los residentes participantes como se muestra a continuación: severidad de ansiedad (OR: 1.1153, IC 95%: 0.3433-3.6236,  $\chi^2$ : 0.0147,  $p=0.9036$ ); Vivir acompañado o solo (OR: 0.8500, IC 95%: 0.1975-3.6577,  $\chi^2$ : 0.0212,  $p=0.8842$ ); Grado académico (OR: 0.4642, IC 95%: 0.1298-1.6595,  $\chi^2$ : 0.8036,  $p=0.3700$ ).



Respecto a la distribución de acuerdo a la asociación entre apoyo social percibido y variables sociodemográficas, se determinó que no existe asociación con las variables de interés, como se muestra a continuación: Sexo: (OR: 1.0000, IC 95%: 0.3099-3.2261,  $\chi^2$ : 0.0893,  $p=0.7651$ ); Edad: (OR: 2.5000, IC 95%: 0.4886-12.7914,  $\chi^2$ : 0.6002,  $p=0.4385$ ).

Asimismo, no se encontró asociación entre la severidad de la ansiedad y vivir con otras personas en la misma casa o solo, ni con el grado académico en curso, como se muestra a continuación: Vivir acompañado o solo (OR: 2.2222, IC 95%: 0.1315-37.5467,  $\chi^2$ : 0.0425,  $p=0.8367$ ); Grado académico (OR: 1.4195, IC 95%: 0.4488-4.4900,  $\chi^2$ : 0.0893,  $p=0.765$ ).

En cuanto a la severidad de la ansiedad y su relación con variable de interés sociodemográfico, no se identificó asociación significativa con ninguna de la variables de interés, como se muestra a continuación: Sexo: (OR: 0.4074, IC 95%: 0.1309-1.2675,  $\chi^2$ : 1.6271,  $p=0.2021$ ). Grupo de edad: (OR: 4.2000, IC 95%: 1.1213-15.7313,  $\chi^2$ : 3.5093,  $p=0.0610$ ).

Además, se determinó que existe asociación entre la severidad de la ansiedad y la participación en equipos de respuesta Covid (OR: 11.4285, IC 95%: 3.2708-39.9321,  $\chi^2$ : 14.5875,  $p=0.0001$ ).

## TABLAS Y GRÁFICOS

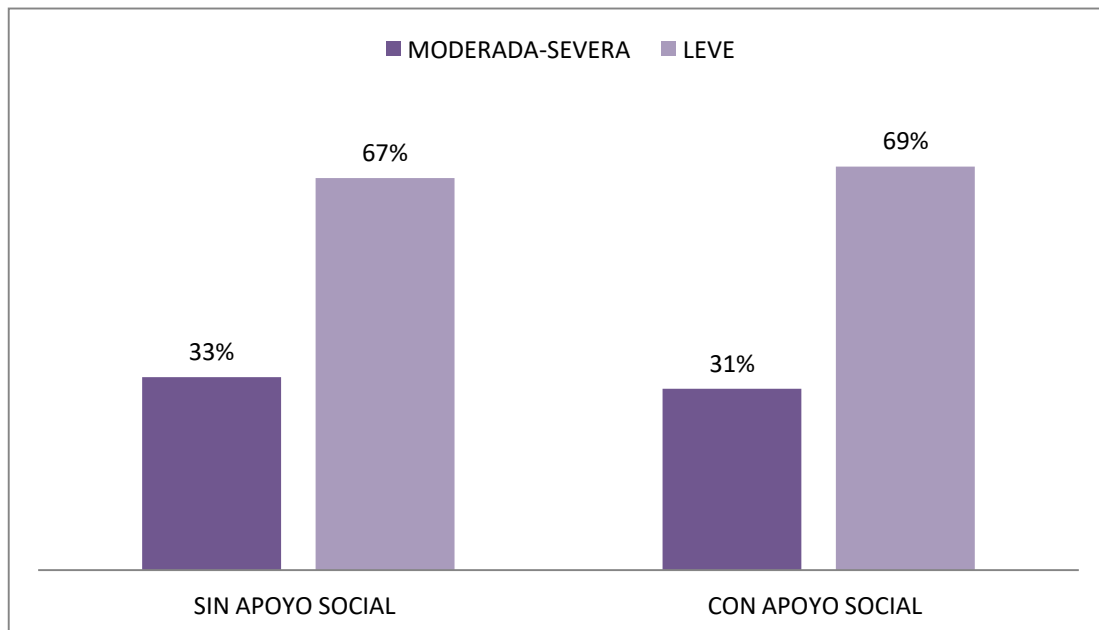
**TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO CON EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

ANSIEDAD	SIN APOYO SOCIAL (CASOS)	PORCENTAJE (%)	CON APOYO SOCIAL (CONTROLES)	PORCENTAJE (%)
MODERADA-SEVERA	6	33%	13	31%
LEVE	12	67%	29	69%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 1.1153 IC 95%: 0.3433-3.6236  $\chi^2$ : 0.0147 p=0.9036

Fuente: Cuestionario "Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33".

**GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO CON EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF

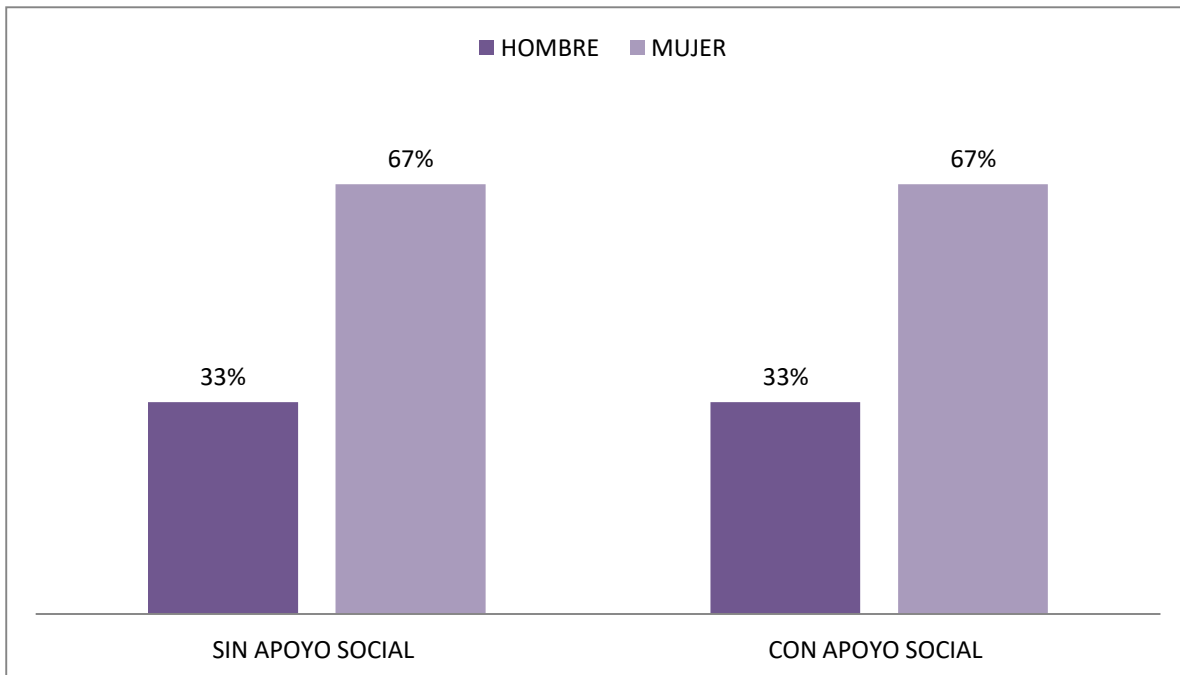
**TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SEXO EN MÉDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

SEXO	SIN APOYO SOCIAL (CASOS)	PORCENTAJE (%)	CON APOYO SOCIAL (CONTROLES)	PORCENTAJE (%)
MUJER	12	67%	28	67%
HOMBRE	6	33%	14	33%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 1.0000 IC 95%: 0.3099-3.2261  $\chi^2$ : 0.0893  $p=0.7651$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SEXO EN MÉDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

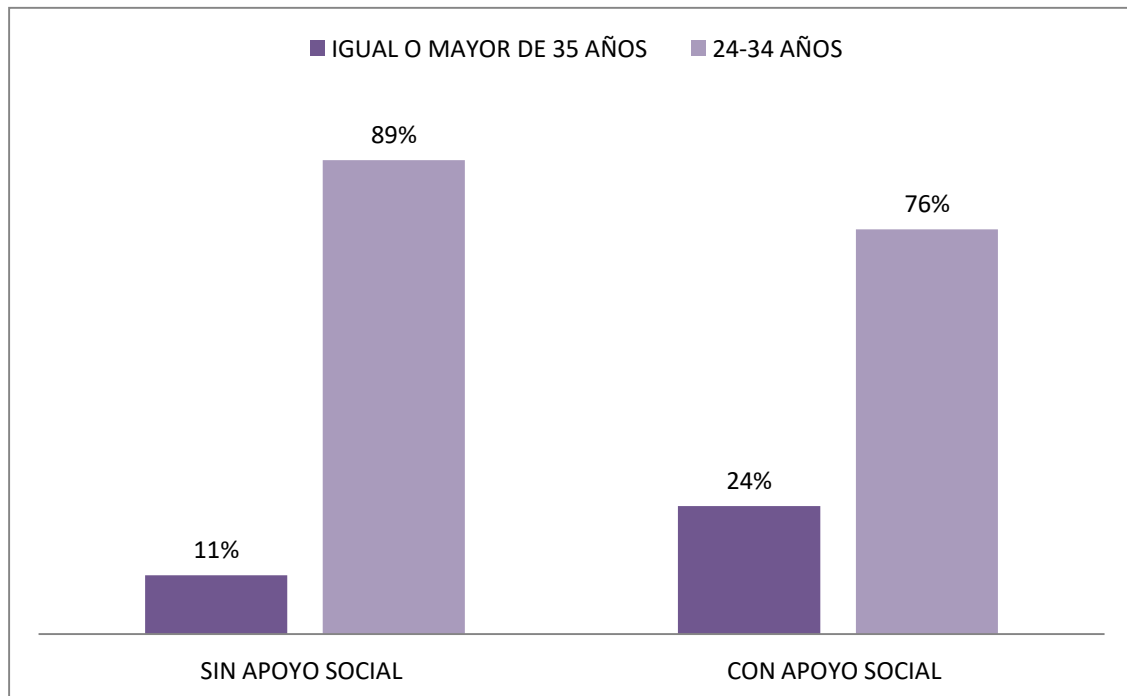
**TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y GRUPO DE EDAD EN MÉDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

EDAD	SIN APOYO SOCIAL (CASOS)	PORCENTAJE (%)	CON APOYO SOCIAL (CONTROLES)	PORCENTAJE (%)
IGUAL O MAYOR DE 35 AÑOS	2	11%	10	24%
24-34 AÑOS	16	89%	32	76%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 0.4000 IC 95%: 0.0781-2.0466  $\chi^2$ : 0.6002  $p=0.4385$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y GRUPO DE EDAD EN MÉDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



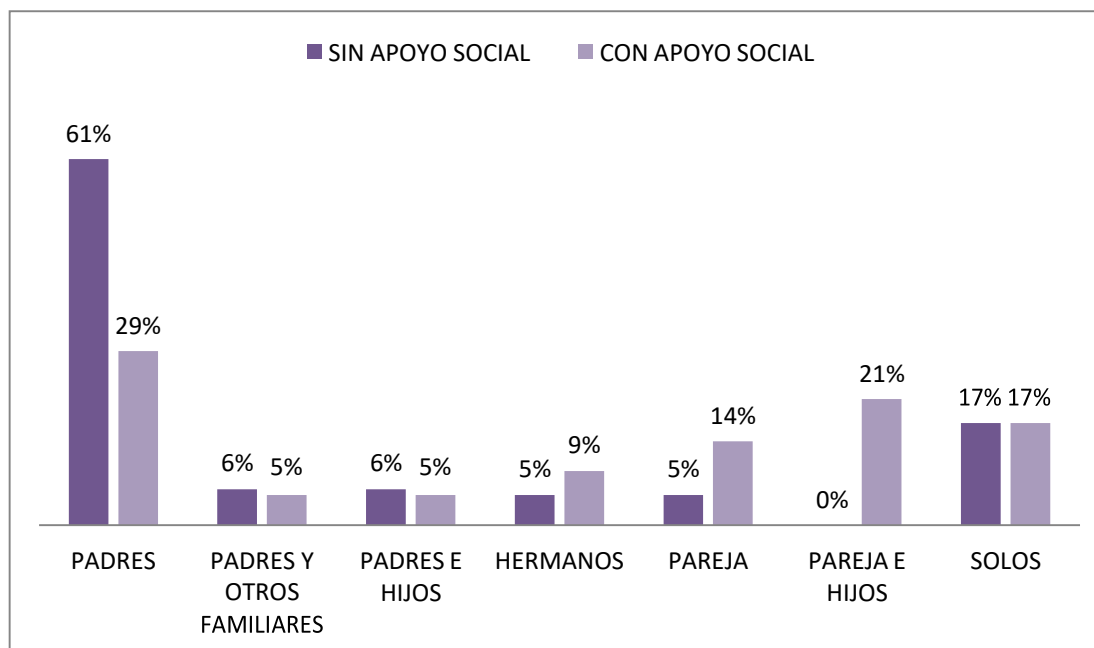
Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y EL NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	SIN APOYO SOCIAL	PORCENTAJE (%)	CON APOYO SOCIAL	PORCENTAJE (%)
PADRES	11	61%	12	29%
PADRES Y OTROS FAMILIARES	1	6%	2	5%
PADRES E HIJOS	1	6%	2	5%
HERMANOS	1	5%	4	9%
PAREJA	1	5%	6	14%
PAREJA E HIJOS	0	0%	9	21%
SOLOS	3	17%	7	17%
TOTAL	18	100%	42	100%

Fuente: Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y EL NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

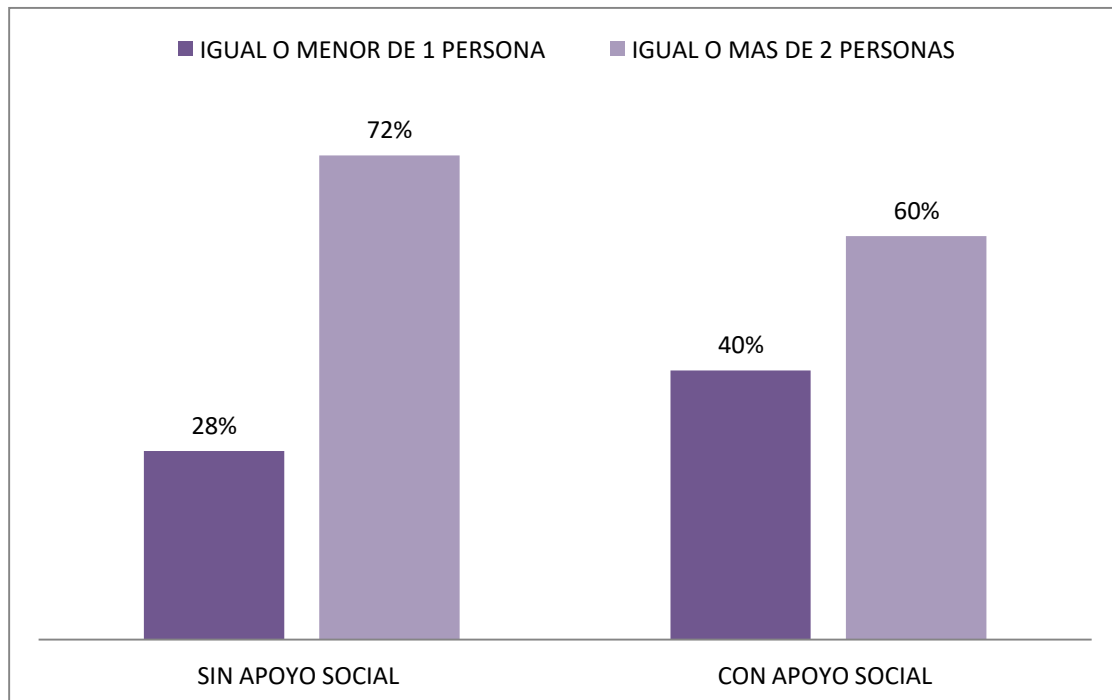
**TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y EL NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	SIN APOYO SOCIAL (CASOS)	PORCENTAJE (%)	CON APOYO SOCIAL (CONTROLES)	PORCENTAJE (%)
IGUAL O MENOR DE 1 PERSONA	5	28%	17	40%
IGUAL O MAS DE 2 PERSONAS	13	72%	25	60%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 0.5656 IC 95%: 0.1701-1.8805  $\chi^2$ : 0.4135  $p=0.5202$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y EL NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

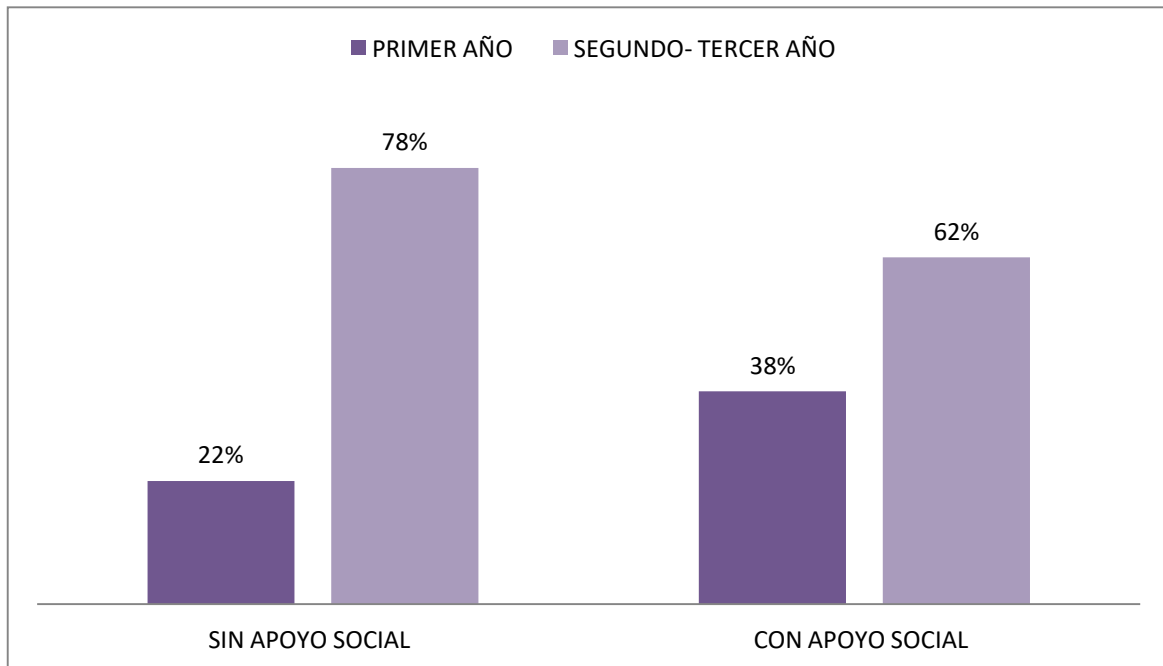
**TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL Y EL GRADO ACADÉMICO PERCIBIDO DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

GRADO ACADÉMICO	SIN APOYO SOCIAL (CASOS)	PORCENTAJE (%)	CON APOYO SOCIAL (CONTROLES)	PORCENTAJE (%)
PRIMER AÑO	4	22%	16	38%
SEGUNDO-TERCER AÑO	14	78%	26	62%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 0.4642 IC 95%: 0.1298-1.6595  $\chi^2$ : 0.8036  $p=0.3700$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL APOYO SOCIAL Y EL GRADO ACADÉMICO PERCIBIDO DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.



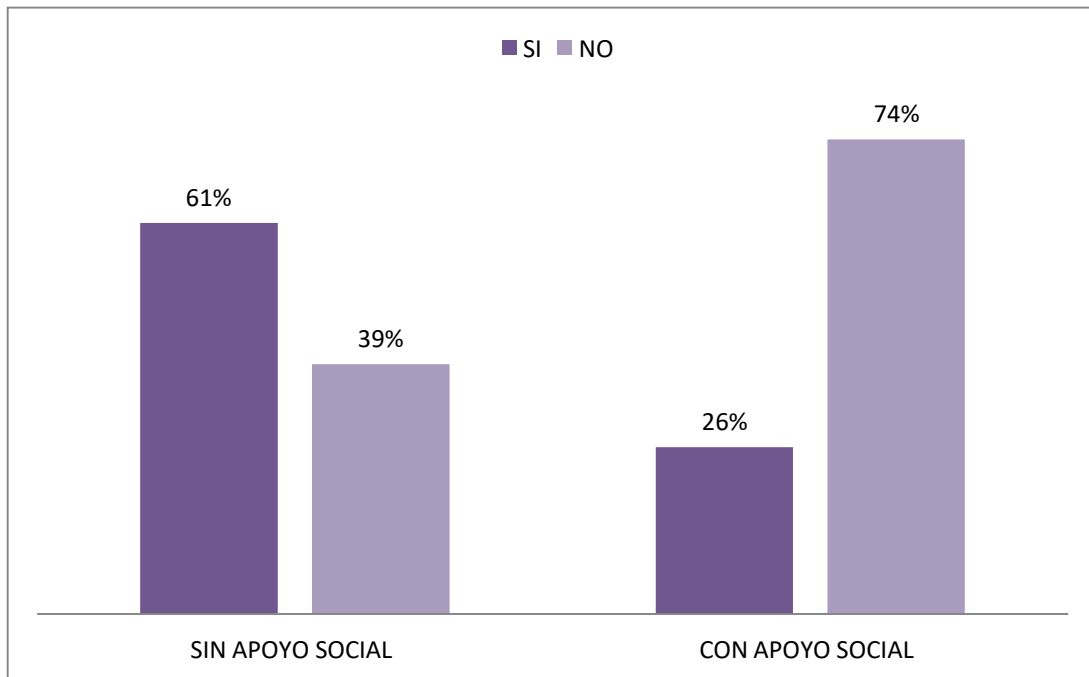
**TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A APOYO SOCIAL Y PARTICIPACION EN EQUIPO DE RESPUESTA COVID DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

EQUIPO DE RESPUESTA COVID	SIN APOYO SOCIAL (CASOS)	PORCENTAJE (%)	CON APOYO SOCIAL (CONTROLES)	PORCENTAJE (%)
SI	11	61%	11	26%
NO	7	39%	31	74%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 4.4285 IC 95%: 1.3731-14.2825  $\chi^2$ : 5.1982  $p=0.0226$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A APOYO SOCIAL Y PARTICIPACION EN EQUIPO DE RESPUESTA COVID DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

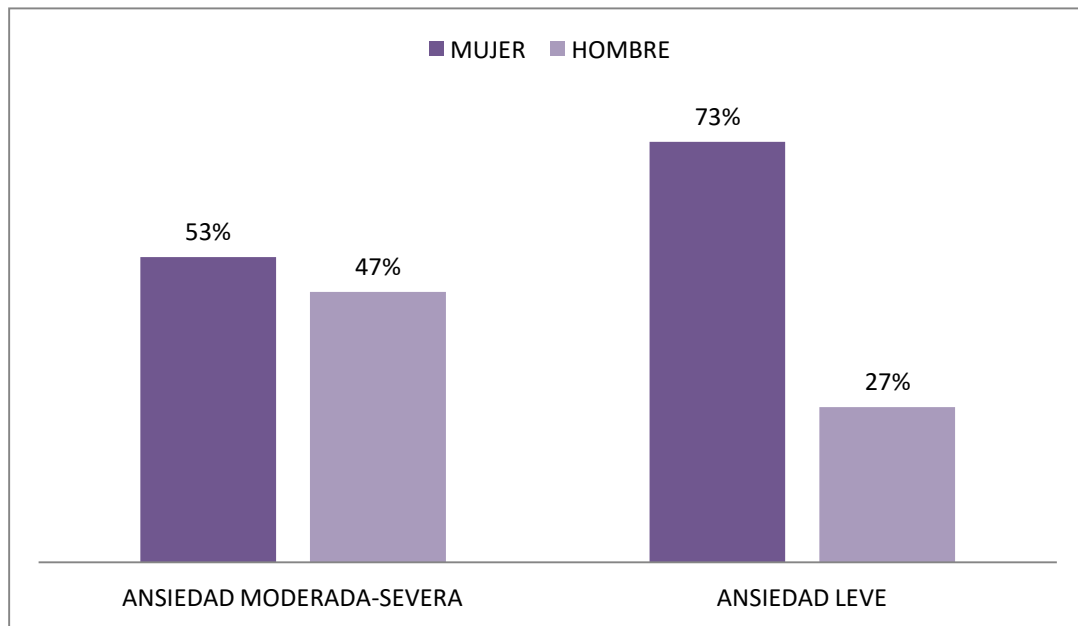
**TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y SEXO DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

SEXO	ANSIEDAD MODERADA-SEVERA	PORCENTAJE (%)	ANSIEDAD LEVE	PORCENTAJE (%)
MUJER	10	53%	30	73%
HOMBRE	9	47%	11	27%
TOTAL	19	100%	41	100%

OR: 0.4074 IC 95%: 0.1309-1.2675  $\chi^2$ : 1.6271  $p=0.2021$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y SEXO DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

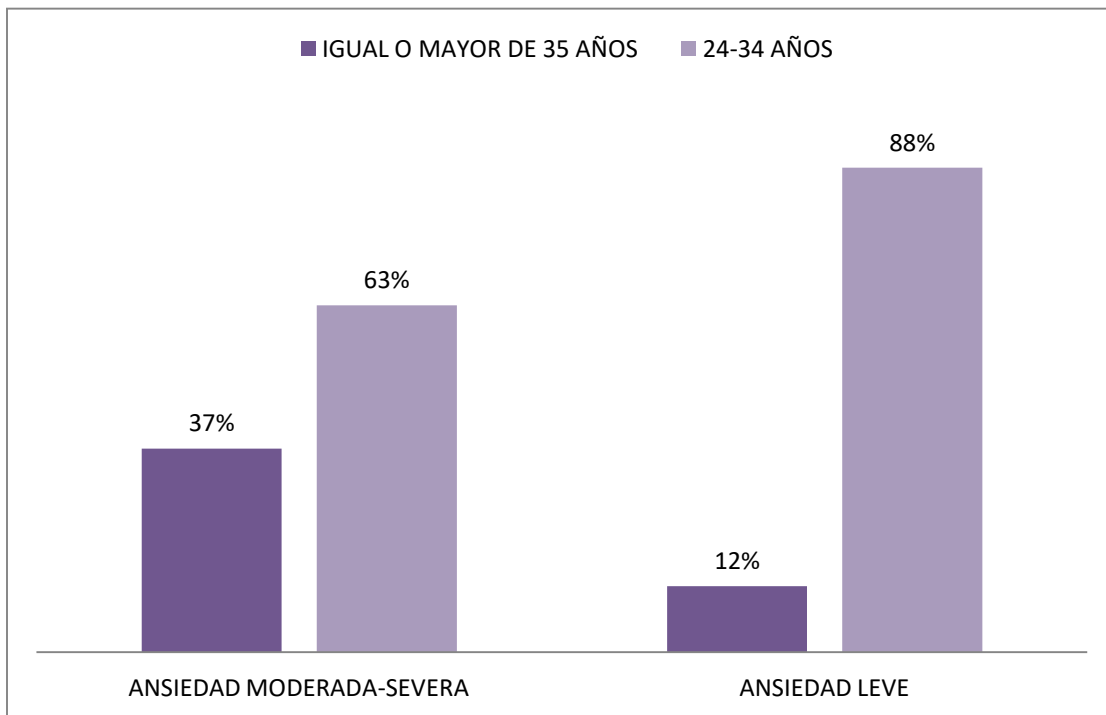
**TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y GRUPO DE EDAD DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

GRUPO DE EDAD	ANSIEDAD MODERADA-SEVERA	PORCENTAJE (%)	ANSIEDAD LEVE	PORCENTAJE (%)
IGUAL O MAYOR A 35 AÑOS	7	37%	5	12%
24-34 AÑOS	12	63%	36	88%
TOTAL	19	100%	41	100%

OR: 4.2000 IC 95%: 1.1213-15.7313  $\chi^2$ : 3.5093  $p=0.0610$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y GRUPO DE EDAD DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



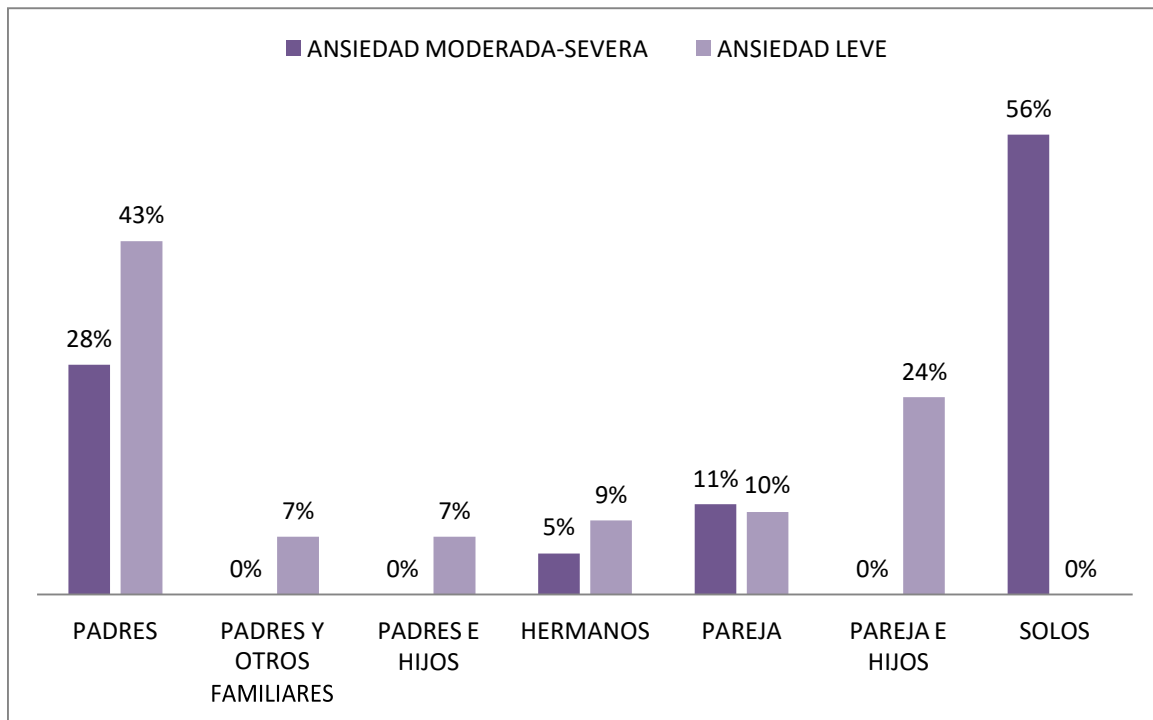
Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	ANSIEDAD MODERADA-SEVERA	PORCENTAJE (%)	ANSIEDAD LEVE	PORCENTAJE (%)
PADRES	5	28%	18	43%
PADRES Y OTROS FAMILIARES	0	0%	3	7%
PADRES E HIJOS	0	0%	3	7%
HERMANOS	1	5%	4	9%
PAREJA	2	11%	4	10%
PAREJA E HIJOS	0	0%	10	24%
SOLOS	10	56%	0	0%
TOTAL	18	100%	42	100%

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRAFICO 10. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

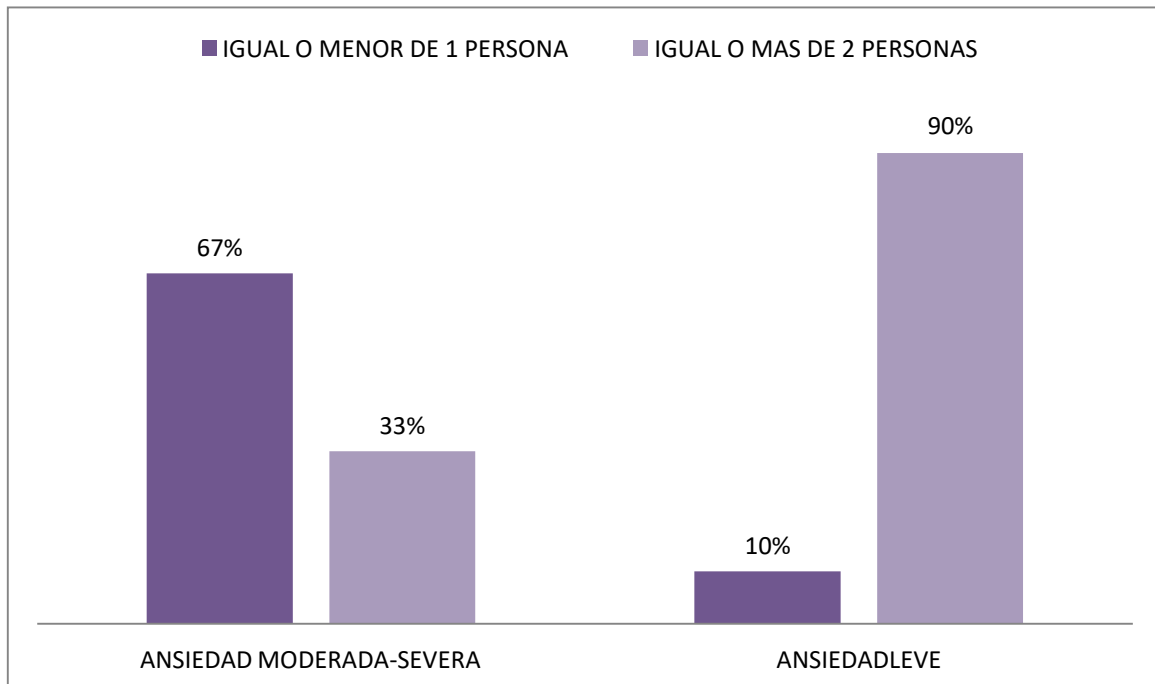
**TABLA 11. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y EL NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

PERSONAS CON LAS QUE VIVE	ANSIEDAD MODERADA-SEVERA	PORCENTAJE (%)	ANSIEDAD LEVE	PORCENTAJE (%)
IGUAL O MENOR DE 1 PERSONA	12	67%	4	10%
IGUAL O MAS DE 2 PERSONAS	6	33%	38	90%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 19.0000 IC 95%: 4.5838-78.7553  $\chi^2$ : 18.2183  $p=0.0000$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 11. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y EL NUMERO DE PERSONAS CON LAS QUE VIVEN LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

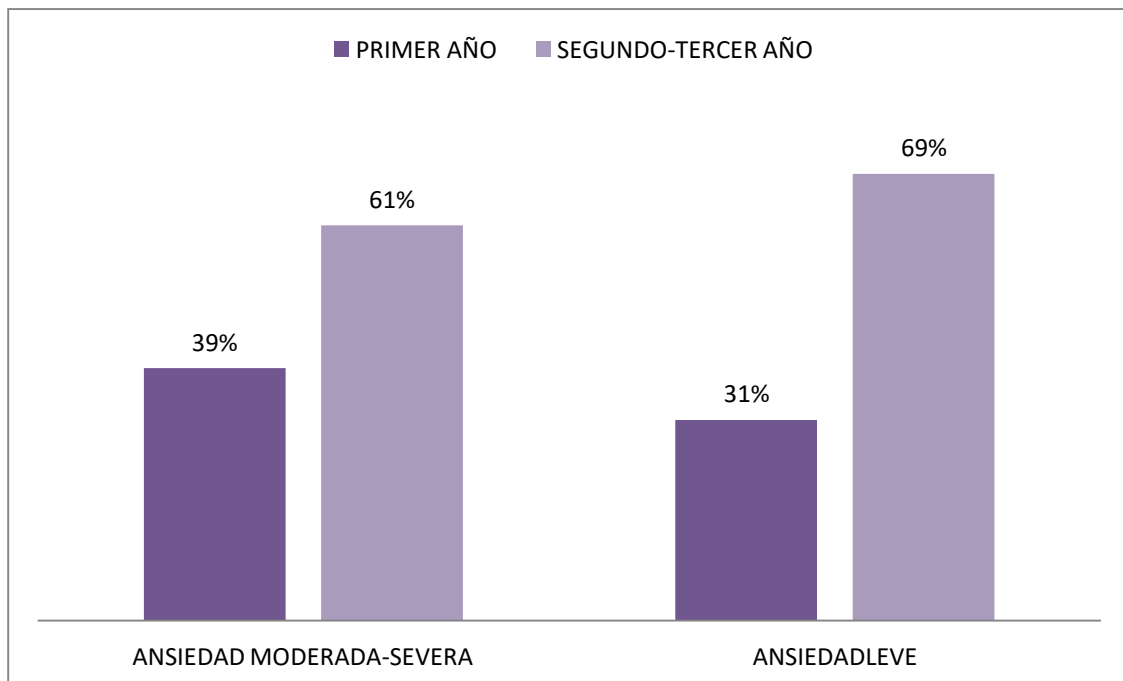
**TABLA 12. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y EL GRADO ACADÉMICO DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

GRADO ACADÉMICO	ANSIEDAD MODERADA-SEVERA	PORCENTAJE (%)	ANSIEDAD LEVE	PORCENTAJE (%)
PRIMER AÑO	7	39%	13	31%
SEGUNDO-TERCER AÑO	11	61%	29	69%
TOTAL	18	100%	42	100%

OR: 1.4195 IC 95%: 0.4488-4.4900  $\chi^2$ : 0.0893  $p=0.7651$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 12. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GRADO DE ANSIEDAD Y EL GRADO ACADÉMICO DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

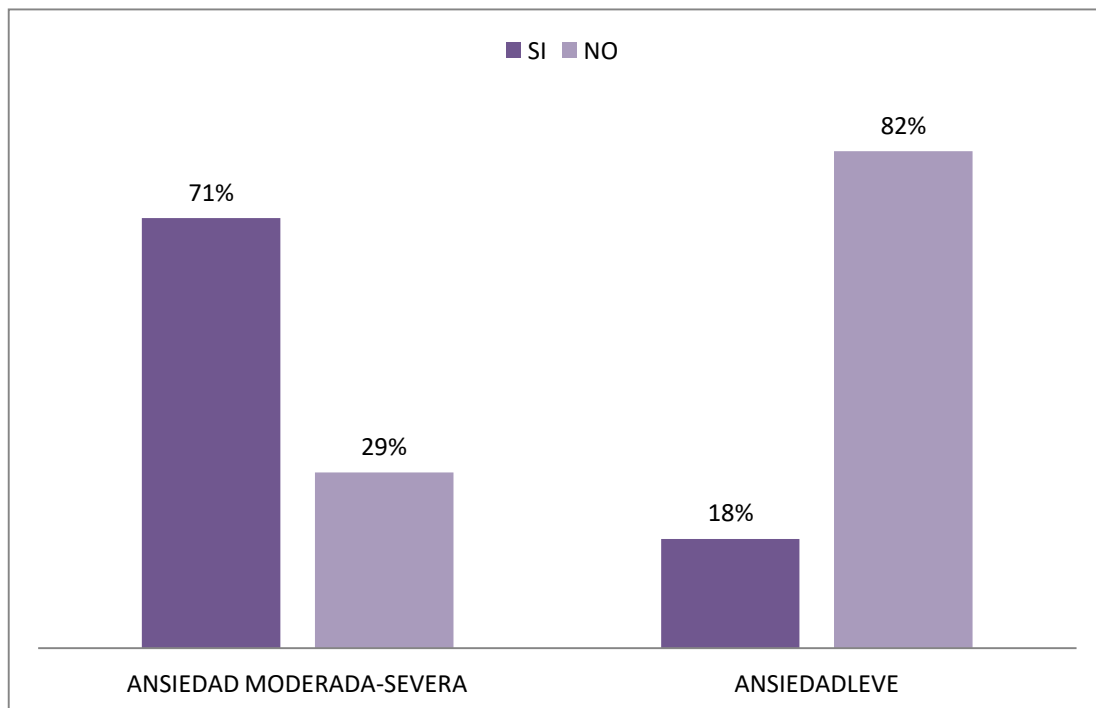
**TABLA 13. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A APOYO SOCIAL Y PARTICIPACION EN EQUIPO DE RESPUESTA COVID DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**

EQUIPO DE RESPUESTA COVID	ANSIEDAD MODERADA-SEVERA	PORCENTAJE (%)	ANSIEDAD LEVE	PORCENTAJE (%)
SI	15	71%	7	18%
NO	6	29%	32	82%
TOTAL	21	100%	39	100%

OR: 11.4285 IC 95%: 3.2708-39.9321  $\chi^2$ : 14.5875  $p=0.0001$

Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.

**GRÁFICO 13. DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO A APOYO SOCIAL Y PARTICIPACION EN EQUIPO DE RESPUESTA COVID DE LOS MEDICOS RESIDENTES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Cuestionario Asociación entre el apoyo social y ansiedad en médicos residentes de la UMF 33.



## **DISCUSIÓN**

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación y con base en la literatura documentada previamente, se pueden mencionar los siguientes puntos:

En la presente investigación se observó que no existe asociación entre el apoyo social percibido y la severidad de la ansiedad ( $p=0.9036$ ), a diferencia de Felman et al. (2008), quienes encontraron que la intensidad del estrés académico correlacionó negativamente con el apoyo de amigos ( $p < 0.001$ ) y positivamente con la opinión acerca del apoyo social ( $r= 0.123$ ), por lo que resulta fundamental la percepción de este apoyo para desarrollar ansiedad en algún momento de la vida.

En cuanto a la relación entre la severidad de la ansiedad y el grado académico que cursaban los residentes que participaron en la investigación, no se encontró una asociación significativa ( $p=0.3700$ ) a diferencia de Pereira et al. (2015), que verificaron altas tasas de agotamiento y problemas de salud mental y Loria et al. (2009) que demostraron que existe un deterioro en la calidad de sueño tras iniciar la residencia ( $p < 0.001$ ), situación que podría estar asociada a diversos factores, especialmente ansiedad, en este caso sería importante considerar diversos factores que pueden influir en los niveles de estrés en cada año de la especialidad de forma individual para identificar en cuál de ellos prevalece más este patrón de ansiedad o considerar la depresión como otro de los trastornos que pueden estar presentes en esta población.

De acuerdo con las variables de apoyo social y grupo de edad, sexo, cohabitación, no se encontró asociación significativa para ninguna de ellas, lo cual podría deberse a que la población de médicos residentes es heterogénea en relación con todas estas variables y eso podría condicionar que influyan otros factores que no se tomaron en cuenta en la presente investigación.

Asimismo se encontró asociación entre la severidad de la ansiedad y la participación en equipos de respuesta covid ( $p=0.0001$ ), situación que ha contribuido a presentar mayor nivel de estrés aunado al que se tiene habitualmente durante la práctica médica diaria, que valdría la pena considerar para la implementación de prácticas para el manejo de estrés ya que esto podría favorecer al rendimiento académico y la disminución en la prevalencia de trastorno de ansiedad y depresión en los médicos residentes, con lo demuestra Franco et al. (2010) donde se encontró en un primer tiempo altos niveles de ansiedad y que tras una

intervención de curso de manejo de estrés orientado para médicos se encontró una reducción significativa ( $p=0.005$ ) del estrés y se asoció esta reducción con un mayor rendimiento ( $p<0.0001$ ).

## **CONCLUSIONES**

En el presente estudio, se determinó que no existe asociación entre el apoyo social percibido y la severidad de la ansiedad ( $p=0.9036$ ), lo que pudo deberse al tipo de instrumento utilizado y la evaluación del mismo, ya que todos se reportan con algún grado de ansiedad, sin considerar otro tipo de trastornos como la depresión que también es altamente prevalente en esta población.

Por otra parte, se identificó asociación entre la severidad de la ansiedad y la participación en Equipos de Respuesta Covid ( $p=0.0001$ ). Además, no se identificó una asociación entre variables sociodemográficas sexo y grupo de edad con la percepción de apoyo social ni con la ansiedad ( $p=0.7651$ ).

Con base en los resultados obtenidos, consideramos que nuestra investigación será de utilidad, en primera instancia para los médicos familiares para considerar en su valoración integral la identificación oportuna de trastornos de ansiedad en grupos vulnerables, dado que existe una marcada tendencia a un incrementos en trastornos mentales en el personal en formación y que puede verse reflejado en su rendimiento académico.

Cabe mencionar, que nuestra investigación nos da la pauta para nuevas líneas de investigación donde se considere determinar la asociación entre el apoyo social y la presencia de depresión u otros trastornos afectivos, que pueden deteriorar de forma importante la calidad de vida de quien las padece, además de implementar estrategias para manejo del estrés en el personal de salud, con una atención especial en aquellos que forman parte de los equipos de respuesta covid, ya que esto es considerado como un factor asociado al aumento de este tipo de trastornos.

Finalmente, concluimos que considerar la ansiedad y la implementación de estrategias antiestrés, permitiría reducir el riesgo de desarrollar trastornos afectivos, mejorando así la calidad de vida de los médicos en formación y por supuesto su desempeño académico y finalmente esto se verá reflejado en su práctica profesional.

## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Langarita-Llorente R, Gracia-García P. Neuropsicología del trastorno de ansiedad generalizada: revisión sistemática. *Rev neurol.* 2019;59-67.
2. Reyes J. Trastorno de Ansiedad. Guía Práctica para Diagnóstico y Tratamiento.
3. Kessler R, Chiu W, Demler O, Merikangas K, Walters E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617-27.
4. Vallejo J. Introducción a la Psiquiatría. 7a Ed. Editorial Científico Médica. Barcelona. 1974.
5. Martínez M, López D. Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.* 2011; 44(3): Jul-Sep: 101-107
6. Damsa C, Kosel M, Moussally J. Current status of brain imaging in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry.* 2009;22(1):96-110.
7. Browning M, Behrens T, Jocham G, O'reilly J, Bishop S. Anxious individuals have difficulty learning the causal statistics of aversive environments. *Nature neuroscience.* 2015;18(4):590-6.
8. Craske M, Stein M. Anxiety. *Lancet.* 2016;388(10063):3048-59.
9. Craske M, Rauch S, Ursano R, Prenoveau J, Pine DS, Zinbarg R. What is an anxiety disorder? *Focus.* 2011;9(3):369-88.
10. Ringeisen T, Lichtenfeld S, Becker S, Minkley N. Stress experience and performance during an oral exam: the role of self-efficacy, threat appraisals, anxiety, and cortisol. *Anxiety Stress Coping.* 2019;32(1):50-66.
11. Rice V, Schroeder PJ. Self-Reported Sleep, Anxiety, and Cognitive Performance in a Sample of U.S. Military Active Duty and Veterans. *Military Medicine.* 2019;184(Supplement\_1):488-97.
12. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud.* 2014;25(1):39-48.
13. Roure RM, Reig A, Vidal J. Percepción del apoyo social en pacientes hospitalizados. *Rev Mult Gerontol* 2002;12 (2): 79-85.
14. Fernandez AM, Bujalance MJ, Leiva F, García AJ, Sánchez F. Salud autopercibida, apoyo social y familiar de los pacientes con EPOC. *MEDIFAM* 2001; 11 (9):530-539.
15. Matud P, Caballeira M, López M, Marrero R, Ibañez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental* 2002;25(2):32-37.

16. Felman L, Goncalves L, Chacon G, Zaragoza J, Bagés N, De Pablo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ Psychol* 2008; 7(3):739-751.
17. Kelly ME, Duff H, Kelly S, McHugh Power JE, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Systematic reviews*. 2017;6(1):259.
18. Wehry A, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current psychiatry reports*. 2015;17(7):52.
19. Jesús P B, Félix M. El apoyo social, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
20. Franco JC. Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Atención Primaria*. 2010;42(11):564-70.
21. Aguirre R, López JF, Flores FR. Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. CONACYT. 2011.
22. Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, health & medicine*. 2015;20(3):353-62.
23. Castillo-Pimienta C, Chacón T, Díaz-Véliz G. Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*. 2016;5:230-7.
24. Loría-Castellanos J, Rocha-Luna J, Márquez-Ávila G. Patrón y calidad subjetiva del sueño en médicos residentes y su relación con la ansiedad y la depresión. *Emergencias*. 2010;22:33-9.
25. Dávila FAR; Ruiz CR; Moncada SL; Gallardo RI. Niveles de ansiedad, depresión y percepción de apoyo social en estudiantes de Odontología de la Universidad de Chile. *Revista de Psicología*, vol. 20; num 2, 2011, pp 147-172.
26. Prieto-Miranda S; Rodríguez-Gallardo G; Jimenez-Bernanrdino C; Guerrero-Quintero L. Desgaste profesional y calidad de vida en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol 51, num 5, 2013, pp. 547-579.
27. Mallen MM, Garza DNL. Trastornos de ansiedad. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2017;44(3):101-7.
32. Reyes CC, Monterrosas RA, Navarrete MA, Acosta ME, Torruco U. Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en educación médica*. 2017;6(21):42-6.

28. García RR, Flores RAE, Gutiérrez ACP, Rojas MAÁ, Agraz FP. Ansiedad social en estudiantes universitarios: prevalencia y variables psicosociales relacionadas. *Psicología Iberoamericana*. 2008;16(2):54-62.
34. Mendiburu JC, Zavala CEM, Ugalde ACL, Hernández JFM. Niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en médicos residentes del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga, de México. *Correo Científico Médico*. 2020;24(1).
35. Mascarúa LE, Vázquez CE, Córdova SJ. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar. 2014.

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento Informado.

	<p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN</b>  <b>Y POLITICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b></p> <p><b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION</b>  <b>EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)</b></p>
Nombre del estudio:	Asociación entre apoyo social y ansiedad en médicos residente de la UMF 33.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar UMF No. 33 "el rosario". Azcapotzalco ciudad de México. 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Lo estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la asociación entre apoyo social y ansiedad en los médicos residentes de la UMF 33. El Rosario. La finalidad del presente estudio es generar información importante sobre la asociación existente entre apoyo social y ansiedad en médicos residentes, determinando la presencia de trastorno de ansiedad y el grado de apoyo social recibido.
Procedimientos:	Si usted acepta participar, se le aplicará un cuestionario que permite identificar síntomas de ansiedad así como aspectos relacionados con el apoyo social que usted recibe de sus personas cercanas a usted, además de aspectos sociodemográficos, como su edad, sexo y las personas que integran su familia.
Posibles riesgos y molestias:	Usted puede sentirse incomodo con algunas de las preguntas relacionadas con los síntomas de ansiedad o bien, al revisar aspectos relacionados con el apoyo que usted recibe de su familia. El tiempo empleado para contestar el cuestionario es de 20 minutos, el cual puede causarle la percepción de que tarda mucho.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. Un beneficio que usted recibirá es que al término de su participación se le informara si es que usted cursa con síntomas de ansiedad, aspecto que usted podrá considerar para buscar una atención oportuna. Así mismo, tome en cuenta que los resultados de esta investigación, serán de utilidad para estudios relacionados con la salud del personal de salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera algún cambio en los riesgos o beneficios en su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, misma que se respetará si desea o no continuar con su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre ó número de seguridad social) será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.
Marque con una X el enunciado que corresponda: <input checked="" type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio  <input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio	
<b>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</b> Investigador Responsable: Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno. Médico Familiar, Matricula: 99354207 Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ. e Invest en Salud. UMF 33 "El Rosario". Colaboradores: Dra. Monserrat Navarrete Suárez Matricula: 98355592 Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ. e Invest en Salud. UMF 33 "El Rosario".	
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del sujeto	Dra. Mónica Catalina Osorio Granjeno _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Clave: 2810-009-013	

## ANEXO 2. Instrumento.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DISTRITO FEDERAL  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33**

**Asociación entre ansiedad y apoyo social en médicos residentes de la UMF 33**

El siguiente cuestionario tiene la finalidad de identificar la asociación entre ansiedad y apoyo social en médicos residentes, no omito comentarle que la información que usted proporcione es **CONFIDENCIAL**. Agradezco la atención y el tiempo que usted preste para la realización de este cuestionario.

**Instrucciones:** Marque con una **X** la opción que más se asemeje a su realidad,

**1. ¿Cuál es su edad?**

- a) De 24 a 28 años
- b) De 29 a 34 años
- c) De 35 a 39 años
- d) 40 o más años

**2. ¿Cuál es su sexo?**

- a) Hombre.
- e) Mujer.

**3. ¿En qué año académico se encuentra?**

- a) Primer año
- b) Segundo año
- c) Tercer año

**4. ¿Con quién vive? (puede seleccionar varias opciones)**

- a) Vivo solo (a)
- b) Con padres
- c) Con pareja
- d) Con hijos
- e) Con hermanos
- f) Otros familiares
- g) Con amigos
- h) Otras personas

**5. ¿Cuántos hijos tiene?**

- a) 0 hijos
- b) 1 hijo
- c) 2 hijos
- d) 3 hijos
- e) Más de 3 hijos

**6. ¿Actualmente participa en equipo de respuesta COVID?**

- a) Si
- b) No

**Instrucciones:** Debajo hay una línea de síntomas comunes a la ansiedad. Por favor, lea cuidadosamente cada ítem de la lista. Indique cuanto usted ha presentado cada síntoma durante la semana pasada incluyendo hoy, colocando una (X) en el espacio correspondiente.

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareo, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
	<b>En absoluto</b>	<b>Levemente</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Severamente</b>
21. Con sudores, fríos o calientes.				



**CUESTIONARIO DUKE-UNC**

**INSTRUCCIONES:** En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación según los siguientes criterios:

	<b>Mucho menos de lo que deseo</b>	<b>Menos de lo que deseo</b>	<b>Ni mucho ni poco</b>	<b>Casi como deseo</b>	<b>Tanto como deseo</b>
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.					
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.					
3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.					
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.					
5. Recibo amor y afecto.					
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.					
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.					
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.					
9. Recibo invitaciones útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.					
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					
<b>PUNTUACION TOTAL</b>					