



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°9
“SAN PEDRO DE LOS PINOS”

TESIS

REALIZADA PARA OBTENER EL GRADO COMO ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

**“ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN
MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 IMSS”**

REGISTRO

R – 2022 – 3609 – 022

P R E S E N T A

PABLO GUTIÉRREZ PÉREZ

Médico Residente de Medicina Familiar

DIRECTORA DE TESIS

DRA. PATRICIA SÁNCHEZ ALMAZÁN

Médico Adscrito a Medicina Familiar. Profesor Titular. Curso de Especialización en Medicina Familiar. UMF N° 9 “San Pedro de los Pinos”. IMSS

ASESORA CLINICA

DRA. LETICIA GARIBAY LOPEZ

Médico Adscrito a Medicina Familiar en Hospital General de Zona / Medicina Familiar N°26 IMSS

ASESOR METODOLÓGICO

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI

CIUDAD DE MEXICO, AGOSTO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°9
“SAN PEDRO DE LOS PINOS”
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN
MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 IMSS”**

DRA. PAEZ DE LA CRUZ ALMA DELIA
DIRECTORA DE LA UMF N° 9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”

DR. GARCÍA CABAZOS SERGIO LUIS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UMF N° 9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”

DRA. SÁNCHEZ ALMAZAN PATRICIA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF
N° 9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”

AUTORIZACIÓN DE TESIS

**“ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN
MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 IMSS”**

DRA. PATRICIA SÁNCHEZ ALMAZÁN

MÉDICO ADSCRITO A MEDICINA FAMILIAR. PROFESORA TITULAR. CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR. UMF N°9 “SAN PEDRO DE LOS PINOS”. IMSS
DIRECTORA DE TESIS

DRA. LETICIA GARIBAY LOPEZ

Médico Adscrito a Medicina Familiar en Hospital General de Zona / Medicina Familiar N°26 IMSS
ASESORA CLÍNICA

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI
ASESOR METODOLÓGICO

**“ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN MÉDICOS
RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 IMSS”**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

PABLO GUTIÉRREZ PÉREZ
RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES

DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR DIVISION DE
ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES E INVESTIGADORES RESPONSABLES

PRESENTA

PABLO GUTIÉRREZ PÉREZ

Residente de tercer año de Medicina Familiar

Matricula: 97376319.

Adscripción: Residente UMF No.9 "San Pedro de los Pinos" IMSS

Dirección: Av. Revolución S/N, esquina Calle 7, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México.

Teléfono: 52770077 ext. 21420 Celular: 5527513324

Fax: No fax.

Email: drpablogp88@gmail.com

DIRECTORA DE TESIS

PATRICIA SANCHEZ ALMAZAN

Médica especialista en Medicina Familiar.

Matricula: 99352434.

Adscripción: Médico Familiar en UMF No. 9 "San Pedro de los Pinos".

Dirección: Av. Revolución S/N, esquina Calle 7, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, 03800, Ciudad de México.

Teléfono: 52770077 ext. 21420 Celular: 5514035510

Fax: No Fax.

Email: drapatyalmazan@gmail.com

ASESORA CLÍNICA

LETICIA GARIBAY LÓPEZ

Médica especialista en Medicina Familiar.

Médico Adscrito a Medicina Familiar. Turno Matutino

Matricula: 99231366

Adscripción: Hospital General de Zona / Medicina Familiar N°26 IMSS.

Dirección: Tlaxcala N°159, Hipódromo Condesa, Cuauhtémoc, 06100, Ciudad de México. Teléfono: 55-40-63-76-62

Fax: sin fax

Email: garibayletty0509@gmail.com

ASESOR METODOLÓGICO

EDUARDO VILCHIS CHAPARRO

Médico especialista en Medicina Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias para la Familia. Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud

Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI

Matricula: 99377278

Adscripción: Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Teléfono: 5556276900 ext. 21742

Fax: No Fax

Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3609,
H GRAL ZONA 1 Carlos Mc Gregor

Registro COPEPRIS 13 CI 09 014 189

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 016 2017061

FECHA Miércoles, 13 de julio de 2022

M.E. Patricia Sánchez Almazán

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9 IMSS** 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 **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3609-022

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. Arturo Hernández Paniagua

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3609

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida y la oportunidad de nacer en la familia que tengo. A mis padres Consuelo y Leopoldo por todo su esfuerzo, amor y dedicación para educarme y proporcionarme lo necesario para poder ser un hombre con valores educación y felicidad. A mi esposa Lorena por estar a mi lado, por su paciencia y por el empeño que me ha demostrado para poder seguir juntos. A mi familia por sus enseñanzas y por los recuerdos tan bellos que me han motivado en estos últimos años, por apoyarme siempre en cada decisión y por enseñarme que de cada momento de la vida debo tomar lo mejor. A la Dra. Paty por su dedicación, apoyo y paciencia para poder lograr este proyecto y por su sabiduría para poder continuar a pesar de los obstáculos. A la Dra. Leticia, al Dr. Eduardo, y al Dr. Pino por su asesoría, siempre oportuna, su apoyo y ayuda en los momentos difíciles de este camino.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	I
RESUMEN	II
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO	2
JUSTIFICACIÓN.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	24
OBJETIVOS:	25
OBJETIVO GENERAL	25
OBJETIVO ESPECÍFICO.....	25
HIPÓTESIS.....	26
Hipótesis nula (H_0).....	26
Hipótesis alterna (H_1).....	26
MATERIALES Y MÉTODOS.....	27
TIPO DE INVESTIGACIÓN:	27
DISEÑO DEL ESTUDIO	28
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	28
TAMAÑO DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO	29
MUESTREO PROBABILÍSTICO.....	31
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	32
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	32
VARIABLES	33
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES	34
DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES	36
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	39
INSTRUMENTO DE RECOLECCION.....	40
PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.....	41
SESGOS	42
PRUEBA PILOTO	45
ASPECTOS ÉTICOS.....	46
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	53
TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	54
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	67
CONCLUSIONES	70
CONFLICTO DE INTERÉS.....	71
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	72

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 73

ANEXOS 81

 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS..... 92

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO..... 99

ABREVIATURAS

BAI - Inventario de ansiedad de Beck.

DSM-V - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5ta edición).

FACES IV - Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales – Fourth Edition (Escala de Evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar cuarta edición).

HARS - Hamilton Anxiety Rating Scale. (Escala de Hamilton para la Ansiedad)

TAG -Trastorno de ansiedad generalizada.

TOC - Trastorno obsesivo compulsivo.

TP - Trastorno de pánico.

R1MF - Médico Residente de primer año de medicina familiar.

R2MF - Médico Residente de segundo año de medicina familiar.

R3MF - Médico Residente de tercer año de medicina familiar.

UMF N°9 IMSS SPP – Unidad de Medicina Familiar número 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social, San Pedro de los Pinos

X² – Prueba de chi-cuadrado

RESUMEN

“ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°9 IMSS”

Autores: Pablo Gutiérrez Pérez¹, Patricia SánchezAlmazán², Leticia Garibay López³, Eduardo Vilchis Chaparro⁴.

1 Médico Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. UMF No.9 “San Pedro de los Pinos” IMSS

2 Profesora Titular De La Especialidad De Medicina Familiar De La UMF No. 9 “San Pedro De Los Pinos”.

3 Médica Familiar Adscrita en Hospital General de Zona / Medicina Familiar N°26 IMSS.

4 Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI

INTRODUCCIÓN: La ansiedad es una respuesta fisiológica y natural ante una situación de estrés, pudiendo llegar a generar cambios físicos y mentales. Se ha complicado su identificación en el personal de salud y más aún en el personal becario, lo que repercute en su formación médica y su atención hacia los derechohabientes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuál es el grado del nivel de asociación entre el funcionamiento familiar y la ansiedad en médicos residentes de la unidad de medicina familiar N° 9 del IMSS?

OBJETIVO: Determinar la asociación que existe entre el funcionamiento familiar con el grado de ansiedad en médicos residentes de la unidad de medicina familiar N° 9.

MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional, transversal, analítico y correlacional. Criterios de inclusión: Médicos residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°. 9 IMSS; cuenten con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Criterios de exclusión: médicos residentes externos a la UMF N°. 9 y que no deseen participar en el estudio. Muestra de estudio: 41 sujetos. A los cuales se les aplicó el instrumento FACES IV y Test de Hamilton para ansiedad, previa firma de consentimiento informado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se llevó a cabo a través de estadística inferencial bivariada. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes. Se realizó la medida de asociación por razón de prevalencias considerando como efecto relativo del desarrollo de algún grado alto de ansiedad secundario a la función familiar desbalanceada y de esta manera se determinó su prevalencia. Para establecer la asociación entre variables, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrada, utilizando la paquetería ofimática Excel y su análisis mediante el software SPSS 26.0.0.0 de Windows.

RESULTADOS: De este estudio se obtuvo que la función familiar desbalanceada en la dimensión caótica y la función comunicación, representan una asociación significativa con la presencia de ansiedad, siendo la primera la más representativa. Y por su contraparte, la dimensión cohesión balanceada, flexión balanceada, desligada, enmarañada, rígida y función satisfacción no presentan una significancia estadística respecto a la presencia de ansiedad; siendo la de menor significancia la dimensión rígida.

CONCLUSIÓN: La asociación entre las funciones familiares balanceadas con ansiedad no son estadísticamente significativas; mientras que de las funciones familiares desbalanceadas, la única que se relacionó con un grado de ansiedad, es la dimensión caótica, así como la función comunicación; lo que demuestra que una alteración de estas dos, en el médico residente, se asocia con la presentación de un grado de ansiedad significativo, la cual puede agravarse durante situaciones estresantes, cómo lo es la residencia médica, pudiendo desarrollar alguna complicación como la aparición de depresión y sus complicaciones.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, Función Familiar, Médicos Residentes, FACES IV, Hamilton.

**“ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO
FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN MÉDICOS
RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR N° 9 IMSS”**

INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad es uno de los problemas médicos y sociales más frecuentes a nivel mundial y parte de su problemática radica en que es difícil identificarlo, ya que éste se caracteriza por un conjunto de síntomas fluctuantes, que varían desde preocupación constante, fatiga, insomnio, falta de concentración e irritabilidad, y que en la mayoría de los casos se asocian como parte “*normal*” dentro de la formación del médico. Pero dependiendo del estudiante, puede llegar a generar un trastorno más grave y sus complicaciones resultantes, como el bajo rendimiento académico, toma de decisiones erróneas en la salud del paciente, deserción, depresión e inclusive llegar al suicidio. Esta problemática abarca desde el inicio de la licenciatura, hasta que el médico decide terminar de estudiar; viéndose un aumento del problema en los grados superiores, como en la residencia médica, por el aumento de la responsabilidad.

En la sociedad, la familia es el primer núcleo donde el ser humano desarrolla sus habilidades emocionales para enfrentar las distintas adversidades durante su formación como ser humano, siendo relevante el cómo se enfrenta ante una situación estresante como lo es la especialidad médica. Por lo que es importante identificar la función familiar y su relación con el desarrollo de las distintas alteraciones mentales, que en este caso es el grado de ansiedad, considerando la cohesión y flexibilidad como parte fundamental en la investigación.

El objetivo de este estudio es proporcionar información sobre la asociación de la función familiar y el grado de ansiedad que presentan los médicos becarios en el transcurso de la residencia, en específico de la especialidad de medicina familiar. Para que, en futuros estudios, se pueda indagar sobre la disfunción familiar que pueda generar un trastorno de ansiedad y evitar de manera temprana sus complicaciones.

MARCO TEÓRICO

Uno de los principales problemas sanitarios y sociales en México son los trastornos mentales, los cuales llegan a afectar desde la infancia, repercutiendo en mayor medida en la adolescencia y extendiéndose hasta el adulto mayor; esta problemática modifica el desarrollo personal y colectivo, asociándose con diversos problemas sociales, como el consumo de sustancias psicoactivas a edades tempranas, embarazo en el adolescente, abandono escolar y conductas antisociales o delictivas.

La salud mental favorece los aspectos de la vida humana por sus valores sustanciales e intrínsecos en cada individuo, así como en la sociedad y el desarrollo cultural. Como personal de salud, debemos considerar los problemas de salud mental, como parte indivisible en cada paciente, no como algo aislado de las demás enfermedades. De igual manera con el efecto que conlleva en la afección a las funciones sociales y productividad escolar o laboral. Debemos considerar que estas afecciones son el resultado de múltiples factores biológicos, psicológicos y contextuales.

Una de las principales patologías mentales que prevalecen en nuestro medio es la depresión, una enfermedad que padecen 15 de cada 100 personas en nuestro país, y como factor predisponente se encuentra el Trastorno de Ansiedad Generalizada, que aún es más difícil de identificar y diagnosticar. La ansiedad es una respuesta fisiológica y natural que se define como un estado afectivo displacentero que se acompañan por cambios físicos y mentales que se presentan como una reacción para adaptarse ante un evento que causa estrés.

La ansiedad puede ser normal o adaptativa en cuanto a las conductas de seguridad y protección que permitan la solución de problemas, pero el punto que nos llama la atención a los médicos es cuando ésta es se magnifica y se presenta de manera desadaptativa, si ocurre cuando no existe un estímulo presente o su duración de intensidad se prolonga y desarrolla alteración en la funcionalidad o adaptación. La ansiedad como respuesta fisiológica se refiere a la actividad del sistema nervioso que

prepara al individuo para responder ante una situación amenazante. Esta respuesta incluye el incremento en la frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca e irrigación de los músculos necesarios para reaccionar rápidamente; así como modificación en el componente cognoscitivo, el cual incluye atención selectiva y enfocada a discernir de amenazas y formas de protegerse a uno mismo, mediante el escape. Una sobre activación de estas respuestas generará una preocupación extrema, temor excesivo, ocasionando malestar y posteriormente un deterioro clínicamente significativo en la función y adaptabilidad. Y este trastorno de ansiedad para los médicos son una bandera roja si se presentan desde edades tempranas, ya que se pueden considerar un factor desencadenante de trastorno depresivo en etapas posteriores. ⁽¹⁾

El trastorno de ansiedad a menudo es un problema poco reconocido y no abordado de manera adecuada. De acuerdo al DSM-V, existen diversos trastornos de ansiedad: Trastorno de ansiedad Generalizada (TAG), Trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y ansiedad debido a otra condición médica. En este estudio nos centraremos en el TAG, el cual se caracteriza por presentar al menos tres de los siguientes síntomas: Intranquilidad o impaciencia, Fatigabilidad fácil, Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco, Irritabilidad, Tensión muscular, Alteraciones del sueño (dificultad para iniciar o mantener el sueño); y estos síntomas deberán presentarse por al menos 6 meses. Otras características a tomar en cuenta son que los pacientes con este diagnóstico también presentan hiperreactividad a la amenaza y con menor capacidad de enfrentar una situación emocional negativa, aunado a esto, es el acumulo de emociones negativas, consecuente de este mecanismo compensatorio. ⁽²⁾

La relación que implica la asociación entre mayores niveles de factores estresantes con la aparición de episodios depresivos, es cada vez mayor, esto se debe al importante aumento en la prevalencia del Trastorno de ansiedad en nuestro país; se considera que, en el año 2030, será la primera causa de discapacidad de acuerdo a la OMS, siendo su frecuencia mayor en mujeres, produciendo un impacto negativo en áreas familiares, sociales y laborales. ⁽³⁾

A nivel mundial los trastornos de ansiedad presentan una prevalencia estimada de 7.3% y son la novena causa de años perdidos por discapacidad. De manera importante, cabe señalar que en las mujeres se presentan con mayor medida en el grupo de edad de los 35 a 55 años, presentando comorbilidades como depresión y estrés postraumático. La crisis sanitaria por covid-19, llevó a un aumento hasta un 48% de las estadísticas en las distintas escalas realizadas, debido al confinamiento, aumento de trabajo doméstico, pérdida de ingresos, aumento de home office, así como la inseguridad alimentaria; los cuales son factores predisponentes para el desarrollo de ansiedad. ⁽⁴⁾

En nuestro país, en la población adulta, se encuentra una prevalencia del 12%, iniciando a una edad promedio de 15 años, alcanzando su máximo entre los 25 y 45 años. Los trastornos de ansiedad más frecuentes en orden descendente son el TAG, trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y trastorno de pánico (TP). La prevalencia por años perdidos por discapacidad debido a estos trastornos corresponde a 14.3%. En la consulta de primer nivel de atención la prevalencia es del 5 al 7% ⁽⁵⁾

Al ser el trastorno de ansiedad una sensación no placentera, difusa, que en ocasiones se acompaña de síntomas vegetativos como taquicardia, sudoración, náuseas, diarreas, mareos y dolor retroesternal; es importante que identifiquemos otras causas que podamos discernir de los variados diagnósticos diferenciales.

Como se mencionó anteriormente, el TAG, se llega a desarrollar con otras comorbilidades, como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, migraña, síndrome de colon irritable y trastorno disfórico premenstrual, por tomar algunos como ejemplo. E inclusive es posible y recomendable realizar una clasificación de éstas por edad, como por ejemplo en la población de adultos mayores donde se relación con enfermedades de fatiga crónica, aumento del riesgo de caídas y deterioro cognitivo.

Debido a esto es la importancia del reconocimiento de los factores de riesgo, los cuales, dependiendo del autor, los podemos dividir en: Factores genéticos: como la reactividad fisiológica y la baja inhibición al estímulo, los cuales predisponen a la

alteración en la autorregulación de los distintos neurotransmisores implicados en las situaciones de ansiedad y estrés. Los factores individuales o temperamentales: como el sesgo atencional a estímulos amenazantes, la variable sensibilidad a los elementos fisiológicos de la ansiedad, una regulación emocional pobre, habilidades de afrontamiento dirigidas principalmente a la emoción y el poco desarrollo de habilidades de resolución de problemas. Los factores familiares: TAG en uno de los padres, apego inseguro (ansiedad de separación), sobreprotección o sobre control por parte de los padres, rechazo de los padres, falta de apoyo emocional, afectación del proceso “Servir y disolver”. Factores sociales: se encuentren en soledad o escaso contacto social, relaciones problemáticas con pares, victimización de los pares, baja aceptación de los compañeros, eventos negativos o traumáticos, pobreza o precariedad económica, exposición a la violencia. En las últimas investigaciones se ha encontrado que todos estos factores sociales desencadenan cambios a nivel de los receptores de glucocorticoides, disfunción del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y aumento en la liberación de citocinas, lo cual lleva a una situación de estrés físico y psicológico, desarrollando ansiedad, esto conlleva a ingresar en un bucle, por el contacto necesario y constante con la sociedad. ⁽⁶⁾

Para el médico de primer contacto es importante la identificación del estado mental de los miembros de la familia, así como la relación con los progenitores. Es de importancia mencionar, que la prevalencia del desarrollo de ansiedad aumenta si es la madre, es la que presenta el diagnóstico. Y esto no sólo con el factor de convivencia, sino que se ha demostrado que estos pacientes presentan similitud de los biomarcadores neuroendocrinos, como cortisol, dopamina y serotonina; entre ellos y sus hijos. De igual manera se ha demostrado similitud en los estudios, como el electroencefalograma. Estas investigaciones son de suma importancia no sólo para la identificación de la problemática, sino también para un mejor beneficio en el control y tratamiento de los pacientes, a corto y largo plazo.

Tomando en cuenta los biomarcadores encontrados en el desarrollo de Ansiedad, se relacionan como factor de riesgo para la obesidad; esto tiene su relación, debido a que

los mismos neurotransmisores tienen influencia sobre el apetito, sueño y actividad con el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal.

Pocos estudios han especificado los valores de los neurotransmisores durante la infancia, pero se considera que en éstos pacientes con diagnóstico de Ansiedad o Depresión en uno de los padres, durante los primeros años de vida presentan un aumento de los niveles de cortisol, los cuales determinan una disminución del umbral ante una situación de estrés y esto conlleva a una respuesta precipitada y por un largo periodo de estrés físico y psicológico, durante el crecimiento y desarrollo del paciente. Y por consiguiente una futura vulnerabilidad a la ansiedad. Motivo por el que es importante analizar la función familiar en el primer nivel de atención, ya que si se presenta una enfermedad mental en uno de los padres se relaciona con un funcionamiento familiar alterado. Asociándose con un aumento de conflictos, menos adaptabilidad y cohesión; así como un patrón desorganizado de planificación diaria y asignación de tareas. ⁽⁷⁾

Se ha demostrado una asociación entre los síntomas depresivos de los padres y el comportamiento problemático de sus hijos en la vida diaria. En familias con depresión y trastorno bipolar, la disfunción familiar persistió durante el episodio depresivo y el intervalo no depresivo; esta disfunción es aún mayor cuando en el caso de la madre, presenta un trastorno límite de la personalidad; en estos casos se observa un comportamiento de crianza insensible, sobreprotectora y hostil del progenitor hacia el niño, resultando aumento de angustia en su desarrollo.

El funcionamiento familiar es de suma importancia en el desarrollo del ser humano, ya que influye como moderador importante en la influencia de los trastornos mentales. Diversos estudios han precisado que las condiciones familiares caóticas sirven como predictor independiente del riesgo de los hijos de desarrollar una enfermedad mental afectiva o un trastorno de pánico. De igual forma un adecuado funcionamiento familiar impacta en la disminución de la violencia familiar o el abuso infantil. ⁽⁸⁾

El aumento de las comunicaciones y de la expansión de las redes sociales, ha hecho que sea parte de nuestro día a día, llegando a desarrollar una dependencia encubierta. En el caso de los estudiantes de medicina, facilita el acceso a la información médicas de rápido y relativamente fácil acceso, que anteriormente se necesitaba de días o meses para acceder a dicha información. Estos cambios han influenciado en el desarrollo como persona y laboral, principalmente en la redefinición de las relaciones con la familiar, los grupos pares y la sociedad, la función de la identidad, la autonomía y la intimidad.

Diversos autores mencionan problemática en el uso de estos medios, debido a la adicción y el asilamiento que éstos generan y la adicción con todos los cambios bioquímicos, personales, familiares y sociales que se generan. Como en cualquier otra adicción, las principales modificaciones en la persona son el deterioro intrapersonal, alteración en la autorregulación, impulsividad, ansiedad, síntomas depresivos y el aislamiento resultante; que a la vez la probable adicción a internet, puede ser una estrategia para manejar el sufrimiento psicológico resultante de otros problemas psicopatológicos personales, familiares o sociales. Es donde distintos estudios han mencionado la relación entre el desarrollo de estas alteraciones con la disfunción familiar.

(9)

La familia es un elemento importante en todas las sociedades, el cuidado de la misma se vuelve una tradición en los hogares, donde en la gran mayoría la encargada es la mujer quien se encarga; esto conlleva a un aumento en los factores desencadenantes de angustia en el género femenino. En diversas enfermedades se ha estudiado la repercusión de las enfermedades en la función familiar, principalmente se involucra a los miembros de la familia que se encargan de cumplir los aspectos del desarrollo familiar, como por ejemplo en el cáncer, que hay una relación directa con un aumento del estrés emocional y disfunción psicosocial en todos los integrantes de la familia, así como en el caso del cuidador primario donde se ve excedido en sus responsabilidades y en los demás integrantes, que se ven obligados a cambiar o retrasar sus planes personales a futuro. (10)

La salud de los padres influye directamente en los síntomas depresivos de sus hijos, e influye directamente en causar depresión y ansiedad. Ya que existe una relación directa del funcionamiento familiar con la autoestima de los hijos. Por lo tanto, la función familiar puede desempeñar un papel importante en la interacción de la emoción negativa entre la familia. El modelo circunflejo de Olson es una forma relativamente sencilla de explicar el modelo familiar. La cohesión familiar es el vínculo afectivo que la pareja y los miembros de la familiar tienen entre sí. La adaptabilidad familiar es el vínculo afectivo que la pareja y los miembros de la familia tienen entre sí. La adaptabilidad familiar es la cantidad de cambios el liderazgo, las relaciones de rol y las reglas de relación. Estas definiciones en conjunto ilustran la dependencia de los individuos de cada miembro de una familia y su propia adaptabilidad. De los tres tipos de familia, el tipo equilibrado es el tipo de familia más ideal y el tipo extremo es el peor. ⁽¹¹⁾

La adaptabilidad familiar es el grado de flexibilidad de una familiar cuando ocurren problemas o cambios, la cohesión familiar es el grado en que los miembros de la familia experimentan un vínculo emocional entre ellos. Otras alteraciones donde se ve una afección debido a alteraciones en la flexibilidad, adaptabilidad y cohesión, es en la infertilidad, ya que las mujeres con este diagnóstico, deseaban una mayor adaptabilidad familiar, pero la mayoría de ellas no estaban satisfechas con su actual adaptabilidad y cohesión familiar. También en este estudio se ha demostrado que el estrés se relaciona directamente con la infertilidad masculina, y como puntos a considerar es el nivel educativo, ya que es inversamente proporcional el grado académico con el desarrollo de ansiedad, y por lo tanto infertilidad. ⁽¹²⁾

Otros problemas relacionados en el desarrollo de ansiedad con afectación a la función familiar, es la alteración del sueño en los individuos. El sueño se define como el estado fisiológico-rítmico, perteneciente al ciclo circadiano de sueño y vigilia, en el cual existe una pérdida gradual, recurrente y reversible de la conciencia con una disminución de la percepción y la capacidad de respuesta.

Se ha demostrado que la disminución de las horas de sueño o en su calidad, se asocia con un aumento de la morbilidad física y psiquiátrica, así como deterioro de la función cognitiva, desarrollo de obesidad. Todo esto contribuye a una mala calidad de vida, estados de estrés, ansiedad, depresión y disminución del aprendizaje, Condiciones que si se mantienen de manera mantenida, repercutirán en el comportamiento, estado de ánimo, memoria, capacidad de atención y la cognición del individuo, incluyendo velocidad de procesamiento y raciocinio; convirtiéndose en un círculo vicioso, ya que se relaciona que una actividad de descargas adrenérgicas continuas y mantenidas que estimulan el sistema activador reticular ascendente, con ello el locus cerúleo, induciendo el estado de vigilia activa. Las licenciaturas como medicina, se relaciona con factores asociados a la afectación del ciclo sueño-vigilia, por el acortamiento del tiempo de sueño, la carga laboral; afectándose la comprensión, la memoria y la capacidad de análisis de información durante el estudio. ⁽¹³⁾

En los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el proceso de la información. De igual forma en el caso de la ansiedad, la percepción del peligro y la subsiguiente valoración de sus capacidades para enfrentar ese peligro, aparece sesgado en una sobreestimación del grado de peligro y de una infravaloración de las capacidades de enfrentamiento. A mayor puntaje en las distintas escalas de ansiedad, aumenta la dificultad para conciliar el sueño, demostrándose que el insomnio y la mala calidad del sueño, son complicaciones frecuentes en las personas con TAG. Otras de las quejas frecuentes en estos pacientes es que despiertan unas horas antes de lo necesario. ⁽¹⁴⁾

De igual manera el sueño es importante para el sistema inmune, ya que están directamente relacionados. Algo importante a tomar en cuenta en los últimos años con el confinamiento en caso debido al COVID-19 y el temor a contraer la enfermedad; esto llevo a cambios en los hábitos de sueño. ⁽¹⁵⁾

Otra enfermedad de importancia en relación con la ansiedad, es la migraña, ya que influye en la calidad del sueño, y por lo tanto en el desarrollo de distintas

enfermedades como ansiedad, que predispone a un aumento en la sintomatología de la cefalea migrañosa. ⁽¹⁶⁾

Se ha demostrado que la situación laboral de los residentes médicos, constituye un riesgo para la salud mental del mismo residente. Ya que conlleva años de hiperactivación general y afrontamiento de nuevas situaciones. Algunos tienen la capacidad para enfrentar estas adversidades, pero para otros es un incremento de la respuesta al estrés del organismo, que llega a desembocar en un cuadro de agotamiento y burnout, acompañándose en varias ocasiones con ansiedad, tristeza e irritación. Siendo el estrés un estado biológico complejo que resulta del procesamiento cerebral de la interacción del sujeto con el entorno.

El estrés incontrolable es un estado biológico de transición hacia la enfermedad, derivándose en enfermedades cardiovasculares, digestivas, musculoesqueléticas, ansiedad y depresión. El estrés laboral es la respuesta que se produce cuando las demandas y las presiones laborales no se corresponden con el conocimiento y habilidades del trabajador y sobrepasan sus capacidades para hacerles frente. Y tienen mayor repercusión, cuando no compensan con factores de recompensa, como el salario, la estima, la promoción profesional o la seguridad en el trabajo. Antes de la pandemia por el COVID-19, las profesiones sanitarias ya eran consideradas como altamente estresantes, actualmente los médicos residentes, han demostrado, que este grupo de profesionales es especialmente vulnerable y presenta una elevada proporción de burnout. Los factores de riesgo relacionados son las variables sociodemográficas, los rasgos de la personalidad (grado de resiliencia), la especialidad médica, y factores protectores.

De acuerdo a varias investigaciones, las guardias médicas son las situaciones que crean más estrés en los residentes, esto se debe a la inexperiencia, situaciones de escasa supervisión, riesgo de equivocarse, enfrentarse a situaciones de posible riesgo vital y la alteración periódica del ritmo circadiano; en estos estudios se realizó la medición de los niveles de cortisol durante las guardias y como se suponía la elevación del mismo

se aumenta junto a la elevación “propia” de la inversión del ciclo sueño-vigilia. Los factores protectores de estrés y burnout durante la residencia son sencillos de definir, pero difícil de llevar a cabo, ya que se recomienda el realizar actividad física, mejorar la alimentación, así como paradójicamente incrementar las horas de sueño y disminuir la carga laboral.

Una alternativa práctica que se ha estudiado y demuestra adecuada efectividad por la practicidad de su aplicación es el “mindfulness”, como protector del burnout en los médicos residentes. De igual forma se relaciona como factor de riesgo la ingesta de alcohol y de otras sustancias psicoactivas, ya que aumentan estas actividades hasta en 4 o más ocasiones a la semana. Y paradójicamente otro de los factores descritos en la literatura, que se pueden considerar como protectores son disponer de tiempo para revisar las notas clínicas, conversar con los pacientes y tiempo para revisar artículos y estudiar, así como complementar con espacios donde relajarse y mantener charlas distintas a la actividad laboral, lo cual a su vez se vio afectado durante la pandemia. ⁽¹⁷⁾

Un adecuado funcionamiento familiar, produce cambios productivos en el desempeño familiar, lo que a su vez refuerza los sentimientos de crecimiento individuales y colectivos, por su contraparte cuando se presente un mal funcionamiento no existe este soporte familiar. Esta función familiar representa una indicación relevante en la aparición, exacerbación o mantenimiento de emociones negativas. ⁽¹⁸⁾

Los problemas que se desarrollan en el seno familiar derivados de disfunción familiar, negligencia y separación, etc., pueden ser el resultado de ansiedad y depresión en algunos de los integrantes, y estos es directamente proporcional el número de individuos con este diagnóstico a la función familiar. Factores a tomar en cuenta en estas alteraciones son la presencia de analfabetismo, desnutrición infantil y desocupación absoluta; en diversos estudios esto ha causado controversia con la relación de ansiedad en la que no se haya una relación directa entre la disfunción familiar con la ansiedad (estado), pero que si hay una relación positiva entre la disfunción y la ansiedad (rasgo), en la que también se encontró relación con el tipo de familia, observándose la mayor

alteración entre la cohesión familiar y la ansiedad, Demostrándose que hacen falta más estudios donde se puede hallar la función que desempeña si el mejorar problemas emocionales, de comunicación, escasez de límites y/o reglas e inadecuada distribución de roles, lleguen a fomentar la función familiar en relación con la ansiedad. ⁽¹⁹⁾

El grupo más importante en una sociedad es la familia, diversos autores la definen como “un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, las cuales son las que constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca”, esto quiere decir que se rige por un marco de normas comunes, donde se aprende los valores y se transmite la cultura, la cual será filtrada y orientada por cada sistema. De igual manera es importante la ubicación geográfica de este sistema, ya que también determina las características de la organización y los roles que se desempeña en ella. Para fines de este estudio se mencionan las características de importancia en cada tipología familiar.

La familia nuclear se caracteriza por presentar mayor flexibilidad, ya que promueva la comunicación, así como otros valores. En las familias extendidas, se observa que existe un aspecto positivo donde todos los integrantes se involucran en la crianza de los más pequeños, pero que diversos autores lo describen como punto negativo, ya que no están marcados los límites en ese grupo. En las familias monoparentales, los hijos presentan un bajo rendimiento escolar, perturbaciones emocionales o problemas de conducta, por la probable poca atención que reciben. En las familias reconstruidas, ocurre algo parecido que, con las familias extendidas, en la delimitación de los límites.

Respecto al funcionamiento familiar Minuchin menciona que es la forma a través de la cual la familia propone soluciones a diversos problemas, o de forma más sencilla, la adaptación frente a distintas situaciones que afectan a la familia. Éste mismo autor describe a la familia en el presente de cada sujeto sin olvidar su pasado, puesto que éste resulta determinante en la actual organización familiar. Su modelo estructural consiste en el conjunto invisible de requerimientos funcionales que regula las formas en

las que los integrantes de una familia interactúan; esto quiere decir que se fija cómo, cuándo, dónde y con quien se relacionan los referidos integrantes, de modo que se regula la conducta de cada uno de ellos.

Otros autores como Olson, lo definen como la interacción entre la cohesión y la adaptabilidad familiar, las cuales son las dimensiones principales de la vida familiar. El modelo que desarrolló (Anexo 1), describe como interactúan los integrantes de una familia, a un nivel emocional y funcional de las habilidades individuales del sistema familiar, para modificar su estructura de poder, roles, normas y reglas, ante una situación difícil. De esto, debemos considerar que la estructura familiar debe ser relativamente fija o estable, con el fin de poder respaldar a la familia en la ejecución de sus tareas y funciones, y así proteger a la familia de las fuerzas externas, brindando un sentido de pertenencia a los miembros de la misma. Sin dejar de ser inflexible con cada uno de los individuos, de acuerdo a las reglas o normas establecidas. Sobre el modelo de Olsen y colaboradores, el fin consiste en evaluar la percepción del funcionamiento familiar bajo los parámetros de cohesión y adaptabilidad y la variable comunicación.

La cohesión familiar delimita dos elementos: el vínculo emocional y la autonomía individual, con las cuales se pueden llegar a relacionar el vínculo emocional, la independencia y los límites familiares, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, los intereses y el ocio. Para el abordaje de ésta se ha dividido en 4 tipos para una mejor comprensión: Cohesión Desprendida: aquella que predomina el “yo” y la ausencia de vínculos afectivos entre los miembros de la familia, por lo que existe una alta independencia personal y se carece de fidelidad de la familia. Cohesión Separada, prevalece el “yo” con la presencia del: “nosotros”. Se establece un moderado vínculo afectivo entre los miembros de la familia, pero también se exhibe una tendencia hacia la independencia. En la Cohesión Unida, prevalece el “nosotros” con la presencia del “yo”, donde se categoriza por la predominancia de los vínculos afectivos y por la lealtad entre los miembros de la familia, existiendo una tendencia a la dependencia. La Cohesión Enredada, es predominante el “nosotros”, de modo que se exhibe un máximo vínculo entre los miembros de la familia, la fidelidad a la misma y una alta dependencia

respecto de la toma de decisiones en común. De igual forma se debe abordar la adaptabilidad familiar, en la que se describe la capacidad en la familia de cambiar la estructura de poder, roles y reglas. Y se desglosan de la siguiente manera: Adaptabilidad Caótica, donde no existe liderazgo por parte de ningún miembro de la familia; además los cambios en los roles son permanentes y la disciplina se caracteriza por su irregularidad. En la Adaptabilidad Flexible se exhibe el liderazgo y los roles se comparten, la disciplina es democrática y se suscitan cambios sólo cuando son requeridos e indispensables. La Adaptabilidad Estructurada, tanto el liderazgo como los roles, se comparten, existiendo cierto grado de disciplina democrática y los cambios se producen cuando se requieren. Adaptabilidad rígida, donde se muestra un liderazgo autoritario, roles invariables y una disciplina inflexible sin opción de cambios. El último punto importante a mencionar es la comunicación familiar, la cual se concibe como una variable modificable y se halla en ambas dimensiones, en la cohesión y adaptabilidad.

Para generar una comunicación efectiva es necesaria la empatía, los comentarios de apoyo y la escucha activa. Debemos de investigar de manera adecuada el desarrollo de una comunicación inapropiada, como por ejemplo los dobles mensajes, los dobles vínculos, las críticas destructivas, etc.

En base a todo esto, debemos de definir lo que es una familia balanceada. En los sistemas abiertos, se precisa que los individuos se caracterizan por su habilidad para experimentar y equilibrar los extremos de la independencia familiar, además de que el funcionamiento es dinámico, pueden cambiar. La familia posee libertad para desplazarse en la dirección que la situación, el ciclo vital o la socialización de cada integrante lo requiera. Las familias balanceadas, que son concebidas como las más funcionales, ya que son moderadas en ambas dimensiones y se dividen en flexiblemente separadas, flexiblemente conectadas, estructuralmente separadas y estructuralmente conectadas. Las familias en rango medio, que presentan algunas dificultades sólo en una de las dimensiones, las cuales generan situaciones de estrés y ansiedad: Flexibilidad desligadas, flexibilidad amalgamadas, caóticamente separadas, caóticamente conectadas, estructuralmente desligadas, estructuralmente amalgamadas, rígidamente

separadas, rígidamente conectadas. Y por último las familias extremas se caracterizan por su funcionamiento disfuncional, en las que pueden desempeñar las funciones familiares sin problema alguno, mientras cada individuo lo ansíe; éstas se clasifican en caóticamente desligadas, caóticamente amalgamadas, rígidamente desligadas, rígidamente amalgamadas. Esta clasificación es al que describe Olson en su modelo circunflejo. ⁽²⁰⁾

El modelo de Olson relacionó que a mayores niveles de cohesión y menores niveles de adaptabilidad (rigidez) en la familia se asocian con mayores niveles de ansiedad social en los niños pequeños y su desarrollo, junto a niveles más bajos de flexibilidad psicológica y autocompasión. En adolescentes se encontró que niveles muy altos de cohesión, donde los límites entre los miembros de la familia son difusos y rígidos con el exterior, se asoció con síntomas más ansiosos y depresivos. En los adultos, una relación familiar cercana y flexible se relacionan con una menor percepción de estrés. Puntuaciones más altas en adaptabilidad y cohesión se relacionan positivamente con un mayor nivel de inteligencia emocional. De igual manera se ha investigado que el funcionamiento familiar se relacionaba positivamente con la diferenciación del yo, de tal forma que a mayor grado de percepción del funcionamiento familiar como saludable, mayor grado de diferenciación. ⁽²¹⁾

Para los fines de este estudio de investigación se debe de correlacionar el modelo circunflejo de Olson con la adaptación al FACES IV (Anexo 2). Un factor determinante en los últimos años ha sido la violencia intrafamiliar, y más la de tipo filio-parental, ya que se diferencia en que presenta una inversión paradójica de los roles de poder tradicionales dentro del sistema familiar, siendo las víctimas legalmente los cuidadores de sus agresores. ⁽²²⁾

Diversos estudios confirman que conforme avanza el becario en los grados académicos de la licenciatura, disminuye los síntomas de ansiedad y la mala calidad del sueño, pero que se observa un mayor cambio cuando se da el cambio de años de asistencia a las aulas a los años de rotación clínica. Para fines de este estudio es

importante mencionar el caso de los estudiantes de medicina, que de acuerdo a estadísticas de diversos países de América latina; en el que se ha demostrado que los primeros años de la carrera es cuando se alteran los ciclos del sueño en un 81% de los estudiantes, de recién ingreso y en el último año de la licenciatura en el 71% de los casos. Tiene una prevalencia mayor en el sexo femenino, presentando estados de ansiedad leve, esto se puede explicar debido a la teoría biológica y psicosocial de la intensificación del papel de sexo, la exposición a mayor adversidad y la mayor reactividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal ante el estrés. La ansiedad se presenta en el 23.3% de los estudiantes de medicina en países de América latina, comparados con 33.8% a nivel mundial.

Como se revisó previamente, estos dos factores se relacionan de manera directa, convirtiéndose en un ciclo vicioso, viéndose la calidad de vida altamente afectada, así como el desarrollo académico y aumentar la tasa de deserción. Como factor importante a considerar de acuerdo a los estudios estadísticos, se describe que a menor edad el estudiante, presente mayor grado de ansiedad y alteraciones del sueño. ⁽²³⁾ Esto repercute de manera directa en la atención al paciente ya que en un estudio se encontró que los estudiantes de medicina con un alto nivel de ansiedad, se presentaron menos empáticos y menos entusiastas al cuidar al paciente con enfermedades crónicas. Ya que los médicos con ansiedad tienden a demostrar poca eficacia en el trabajo. ⁽²⁴⁾

No contamos con un estudio de investigación en el que nos describa la ansiedad en los médicos residentes de nuestro país, pero para poderlo realizarlo es importante mencionar que el promedio de ingreso a la especialidad es de 25 a 29 años, con una edad promedio de 28.3 años; un factor, como ya se mencionó, influyente en el desarrollo de esta enfermedad. ⁽²⁵⁾ Sin dejar de mencionar que quienes tienen un mayor acceso a internet y smartphones, presentan mayores niveles de insomnio, sumándose a los factores de la residencia médica. ⁽²⁶⁾ Los cuales, por mencionar los más importantes para este protocolo de investigación son las alteraciones físicas: jornadas superiores a 24 hrs, tiempo inadecuado de descanso, privación del sueño; Ambientales como la falta de cordialidad, respeto o reconocimiento, maltrato emocional (humillaciones públicas).

Organizacionales como las instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro, y de apoyo burocráticos, baja remuneración, etc. Personales como la edad, sexo, historia familiar, experiencias personales, religión, entre otras. ⁽²⁷⁾

La ansiedad en los médicos no es un tema de poca cosa, ya que en Estados Unidos cada año se suicidan anualmente alrededor de 400 médicos. Se ha relacionado con la pérdida de interés en el trabajo, lo que lleva a una disminución progresiva de la satisfacción de ejercer la profesión en la práctica cotidiana. El cambio que estamos viviendo de la transición de los registros médicos a los registros electrónicos es que fue diseñado para maximizar los ingresos económicos en lugar de mejorar la atención clínica. Y como han mencionado algunos investigadores; que con el paso del tiempo los médicos residentes en formación están más en las computadoras que en los pacientes y sin atender a sus necesidades. Esta situación de estrés y ansiedad laboral, lleva al médico en formación a requerir del uso de medicamentos auto recetados, ya que son más propensos que la población general a usar tranquilizantes, sedantes y estimulantes. ⁽²⁸⁾

El estrés en los estudiantes de medicina, afecta negativamente al bienestar psicológico y potencia el riesgo de psicopatología. Datos indican que la ansiedad promueve la conducta de aversión al riesgo. Lo que, en el ámbito del personal de salud, se redirige a la toma de decisiones para los pacientes. ⁽²⁹⁾

El impacto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2, va más allá del espectro de las manifestaciones clínicas, sino que también debemos de pensar en las afectaciones en la salud mental y muchos menos la afectación que ha generado en el personal de salud. Debemos considerar algunos datos de importancia como palpitaciones, cefaleas constantes, incapacidad para relajarse cuando no está de servicio, problemas para conciliar el sueño, pesadillas, aumento en el uso de sustancias como el alcohol, tabaco o drogas ilegales. Alteraciones de humor como frustración, enojo fácil, tristeza profunda, alteraciones en el equilibrio emocional. Dificultad para la toma de decisiones, desorientación, confusión, dificultad para recordar instrucciones. Toma de riesgos

innecesarios, como el no usar adecuadamente el equipo de protección, poner en peligro a los miembros del equipo. Todos estos datos son un ejemplo de algunos de las banderas rojas a tener en cuenta en el abordaje de los médicos referente al trastorno de ansiedad, para identificarlo con antelación. ⁽³⁰⁾

Si bien el aislamiento en una pandemia es una medida beneficiosa, se debe de tomar en cuenta el impacto en la salud mental de las familias e individuos, ya que se contribuye al empeoramiento de los síntomas de ansiedad, depresión y por lo tanto al deterioro del funcionamiento familiar. También influye el ingreso económico en una familia, ya que, si éste es menor a cien mil pesos mexicanos anuales, se agrava el desarrollo de estas patologías. ⁽³¹⁾

En un estudiante de medicina se estima que la tasa de ansiedad y agotamiento superan el 50%, siendo sólo igualado por las enfermedades neoplásicas y el suicidio como las principales causas de muerte en los médicos residentes. Con una prevalencia mayor del suicidio en las especialidades de oftalmología y anestesiología y menor en cirujanos, pediatras, radiólogos y patólogos. En México, de acuerdo a un reporte en unidades médicas de alta especialidad de IMSS, la prevalencia de ansiedad en médicos residentes es del 39% al 69.9%, con mayor prevalencia en residentes de segundo año. Lo que confirma que el simple hecho de cursar una especialidad ética, es un factor de riesgo para generar malestar emocional y por lo tanto la probabilidad de desarrollar estrés, ansiedad y depresión. ⁽³²⁾

Existen diversos instrumentos para la medición de los trastornos de ansiedad; uno de los más básicos es el GAD-7, el cual es un instrumento confiable, fácil y rápido de usar para la detección de los síntomas de ansiedad generalizada en personal médico. Éste se desarrolló originalmente en inglés como instrumento de detección breve capaz de detectar la ansiedad, reportándose una confiabilidad y validez adecuada. ⁽³³⁾ Sin embargo, este instrumento carece del análisis de signos y síntomas, de manera individual y objetiva. Para lo cual la escala de ansiedad de Hamilton (Anexo 3) los contempla para su estudio e intentar marcar la diferencia entre ansiedad como estado de ansiedad como

rasgo. Ésta fue desarrollada en 1959 por M. Hamilton, y adaptada a una versión en español en 1984 con 14 ítems, de los cuales 13 hacen alusión a signos y síntomas ansiosos y el último ítem está destinado a valorar el comportamiento del sujeto de estudio durante la entrevista. Esta evaluación contempla la intensidad en la que se presentan los síntomas ansiosos basándose en una escala de tipo Likert de 5 valores categoriales basados en: ausente, leve, moderado, grave y muy grave (o incapacitante). Obteniéndose un puntaje máximo de 56 puntos y clasificándose de la siguiente manera: ansiedad leve, ansiedad moderada, ansiedad severa, ansiedad muy severa. Además de poderse obtener dos puntuaciones extras en el caso de presentar ansiedad psíquica o ansiedad somática. La escala de ansiedad de Hamilton posee una consistencia interna de 7 y un alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86 para la población de habla hispana. Posee una validez de correlación de la HARS con el BAI de 0.56.⁽³⁴⁾

La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, es una escala clínica calificada, que está destinada a proveer un análisis de la severidad de la ansiedad en adultos, jóvenes, y niños. De cada uno de los 14 ítems calificados individualmente, se rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56 puntos, se interpretan de la siguiente manera: con menos de 17 puntos indica leve severidad de ansiedad; de 18 a 24 puntos indica leve a moderada severidad de ansiedad, finalmente una puntuación mayor a 24 puntos indica severidad moderada a severa. La escala de ansiedad de Hamilton califica la severidad de la ansiedad en un paciente; para este caso la ansiedad puede referirse a cosas tales como un estado mental, una unidad una respuesta a una situación particular, un rasgo de personalidad o un desorden psiquiátrico. Debemos considerar que la parte débil de esta escala es el mismo tiempo en el que vivimos, ya que los cambios constantes de la definición de ansiedad, las nuevas tecnologías e investigaciones tienen efecto sobre la misma escala, ya que el concepto de ansiedad es cambiante con los nuevos descubrimientos.⁽³⁵⁾

Al ser también el objetivo de este estudio el funcionamiento familiar, se decide la utilización del instrumento FACES, en su cuarta versión (Anexo 4). Y u respectiva adaptación al modelo de Olson (Anexo 2)⁽³⁶⁾. Ya que, de acuerdo a diversos autores, es

adecuado para medir la problemática social por medio de una escala, en comparación con otra medición de función familiar como el APGAR, la ventaja que presenta es que mediante ésta es posible evidenciar se según el tipo de función familiar se puede presentar diversos comportamientos sociales, ya sean correctos o incorrectos, así como enfermedades crónicas con un evento de agudización que originen impacto en la función familiar. Y al ser un instrumento mundialmente conocido, se cuenta con la ventaja de la adaptación a nuestro medio para su uso, permitiendo utilizarlo con un mejor enfoque clínico y social. ⁽³⁷⁾

La última modificación de la escala FACES IV, se realizó en el año 2000, y se relaciona directamente con el modelo circunflejo de Olson (Anexo 2), que, mediante la aplicación de este instrumento, se pretende obtener un diagnóstico relacional, destacando áreas saludables (balanceadas) y problemáticas (desbalanceadas) en los sistemas que se estudian, en este caso: la familia. La escala FACES, ha sido modificada en varias ocasiones, para mejorar sus propiedades psicométricas llegando a su última versión en la cual se mejoró la interrelación con el modelo circunflejo en su totalidad y así reflejar su relación el funcionamiento familiar. En su versión II y III, representaban el modelo familiar de una manera lineal, comparado a la curva del modelo en su versión IV. El cuestionario esta desarrollado a partir de tres dimensiones: la cohesión, flexibilidad y comunicación familiar, cuenta con 42 ítems: 14 para escalas balanceadas o funcionales (cohesión balanceada y flexibilidad balanceada) y 28 para escalas no balanceadas o disfuncionales (enmarañada, desligada, rígida y caótica). Además de incluir ítems que comprenden la comunicación y satisfacción familiar, 10 ítems por cada una. ⁽³⁸⁾

La escala FACES IV está concebida para que sea contestado por todos los miembros de la familia mayores de 12 años. FACES IV nos muestra en sus resultados seis porcentajes que corresponden a cada una de las escalas, así como un puntaje proporcional para la dimensión cohesión, un puntaje para flexibilidad y un puntaje proporcional total, éste nos permite obtener la proporción de cuán balanceado/desbalanceado es el sistema familiar, funcional o disfuncional respectivamente; ya que los niveles equilibrados de cohesión y flexibilidad son más

propicios para un funcionamiento familiar saludable y los niveles desequilibrados de cohesión y flexibilidad están asociados con un funcionamiento familiar más problemático (Anexo 2). En los resultados se posibilita la comparación de los seis tipos de familia, de la más balanceada a la más problemática. La validación más reciente del FACES IV, fue realizada en el año 2007, en la cual se describe de manera individual el alfa de Cronbach de la siguiente manera: Para cohesión balanceada de 0.89, desligada de 0.87, caótica de 0.86, flexibilidad balanceada de 0.84, rígida de 0.82, enmarañada de 0.77; y adaptada a la población hispano hablante. Lo cual nos dice que es un instrumento con un índice de confiabilidad aceptable para el abordaje de la función familiar. ⁽³⁸⁾

En la literatura no se ha descrito la relación que existe entre un funcionamiento familiar alterado con el desarrollo de un trastorno de ansiedad en el personal de salud. Y como ya se describió, la importancia que implica el estudiar a una población de riesgo como los son los médicos residentes, por su carga laboral y mal remunerada tanto económico, como emocionalmente. Con el fin de que se identifiquen a tiempo los factores de riesgo en los becarios de medicina para el desarrollo de enfermedades mentales y la afectación directa hacia el paciente en su toma de decisiones. ⁽³⁹⁾ De igual manera es importante tomar en cuenta el uso de las redes sociales, por su potencial adictivo y la alta probabilidad de generar depresión y ansiedad, afectando mayoritariamente a las mujeres. ⁽⁴⁰⁾ Siete de cada diez médicos generales llegan a presentar síntomas de ansiedad y estrés laboral durante su desarrollo laboral, el cual aumentó durante la pandemia por COVID-19. Se requieren estrategias de apoyo y resiliencia para los estudiantes de medicina y para mujeres en particular. Ya que es en la población en quien menos es identificado el diagnóstico, con toda la barrera que involucra como la propia negación del paciente, prejuicios del médico y falta de formación en abordaje biopsicosocial de la enfermedad. ⁽⁴¹⁾

JUSTIFICACIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada es un padecimiento crónico, con un difícil reconocimiento en el primer nivel de atención y mayor aún en el personal médico, así como su alta prevalencia en nuestro medio y problemática social que conlleva; lo que provoca no ser diagnosticado de manera adecuada y por ende un subregistro. Motivo por el que se decide realizar este estudio y proporcionar una opción de identificación temprana del trastorno de ansiedad en médicos residentes. La cual será mediante una asociación con la identificación de pertenecer a una familia con función desbalanceada, definida como una familia problemática con una probabilidad de desarrollar una alteración en sus funciones, por los factores de riesgo que presenta, siendo identificada mediante el modelo de Olson en familia enmarañada, desligada, rígida y caótica, así como contar con una comunicación y satisfacción familiar baja, medidas y analizadas por el instrumento FACES IV.

Magnitud: El trastorno de ansiedad generalizado y sus complicaciones afectan en la sociedad por su bajo porcentaje de identificación, diagnóstico y tratamiento. En nuestro país la prevalencia de complicaciones va en aumento por esta enfermedad, el cual es aún más complicado debido al estigma social que representa ante los demás padecer un problema mental.

Viabilidad: El Programa Nacional de Salud y los programas prioritarios de atención, contemplan el Trastorno de Ansiedad Generalizada como áreas prioritarias de atención por nuestro sistema de salud.

Vulnerabilidad Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la identificación y prevención de complicaciones por un trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitará citar a los médicos residentes y su consentimiento para contestar el instrumento y la hoja de recolección de datos.

Trascendencia: Este padecimiento se espera que traiga repercusiones sociales, económicas y académicas en el personal médico en formación, pues al ser un trastorno subdiagnosticado, conlleva al desarrollo de múltiples complicaciones. Que requieren un abordaje más especializado y con mayor costo de nuestro sistema de salud. El cual puede ser evitable con una identificación temprana desde el primer nivel de atención.

Difusión de la Investigación: Es una responsabilidad del médico investigador, ya que constituye la democratización del conocimiento, realimentando las divulgaciones preexistentes y comunicar los resultados a la comunidad formada por los especialistas en la materia. Con una mayor importancia en su difusión por ser una patología de alta prevalencia en nuestra sociedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Un problema frecuente en los médicos residentes es el trastorno de ansiedad generalizada, por su difícil identificación previo al desarrollo de complicaciones. Por lo que en este estudio se promueve la identificación del grado de ansiedad, mediante la escala de Hamilton para ansiedad y su relación el funcionamiento familiar, en específico de las escalas no balanceadas del modelo de Olsen, medidas mediante la escala de FACES IV, en los médicos residentes de la UMF N°9 IMSS y de esta manera poder identificar y prevenir el desarrollo de complicaciones.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el grado del nivel de asociación entre el funcionamiento familiar y la ansiedad en médicos residentes de la unidad de medicina familiar N° 9 del IMSS?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar la asociación que existe entre el funcionamiento familiar con la ansiedad en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar N°. 9 del IMSS.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar la asociación entre la función cohesión balanceada y la ansiedad en el médico residente.
- Identificar la asociación entre la función flexión balanceada y la ansiedad en el médico residente.
- Identificar la asociación entre la función desbalanceada enmarañada y la ansiedad en el médico residente.
- Identificar la asociación entre la función desbalanceada desligada y la ansiedad en el médico residente.
- Identificar la asociación entre la función desbalanceada rígida y la ansiedad en el médico residente.
- Identificar la asociación entre la función desbalanceada caótica y la ansiedad en el médico residente.
- Identificar la asociación entre la comunicación y la ansiedad en el médico residente.
- Identificar la asociación entre la satisfacción y la ansiedad en el médico residente.

HIPÓTESIS

La función familiar desbalanceada se asocia con un mayor grado de ansiedad en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar N°. 9 IMSS.

Hipótesis nula (H_0)

- La función familiar desbalanceada no se asocia con un mayor grado de ansiedad en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar N°9 IMSS.

Hipótesis alterna (H_1)

- La función familiar desbalanceada se asocia con un mayor grado de ansiedad en los médicos residentes de la unidad de medicina familiar N°. 9 IMSS.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este es un estudio observacional, transversal, correlacional múltiple, analítico.

- a) **OBSERVACIONAL:** Ya que no se realizó ninguna intervención que modifique las variables.
- b) **TRANSVERAL:** Ya que se midió la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo.
- c) **ANALÍTICO:** Ya que se recolectó la información acerca de la exposición y la enfermedad con el objetivo de comparar las diferencias en las condiciones de la enfermedad entre quienes estuvieron o no, expuestos al factor de riesgo.
- d) **CORRELACIONAL MÚLTIPLE:** Ya que se evaluó dos variables (función familiar, comunicación y ansiedad con ansiedad), siendo el propósito de conocer el grado de relación entre ambas.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se identificó a los médicos residentes adscritos a la unidad de medicina familiar número 9 del IMSS San Pedro de los Pinos, de acuerdo a la coordinación de educación e investigación en salud de la misma sede y se les invitó a participar en este proyecto de investigación con fecha de inicio en julio de 2022.

El universo total de la muestra comprende a todos los médicos residentes de la unidad de medicina familiar N°9 del IMSS San Pedro de los Pinos, de la Ciudad de México, a partir de la cual se realizó el cálculo de la muestra, para establecer un número estadísticamente significativo. Se les informó, bajo consentimiento informado y una vez firmado, se continuó el procedimiento para el llenado de la hoja de recolección de datos y la aplicación de los instrumentos FACES-IV y HARS.

La evaluación, análisis y valoración de los resultados se realizó a partir del mes de julio de 2022. Tomando en cuenta que las variables principales del estudio: función familiar (cohesión y flexibilidad balanceada, enmarañada, desligada, rígida o caótica) y el grado de ansiedad, al ser variables cualitativa nominal politómica y cualitativa ordinal politómica respectivamente. La forma de análisis correspondiente se realizó mediante la prueba de Chi². Se recabaron los datos obtenidos mediante el programa ofimático Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico inferencial bivariado, mediante el software SPSS 26.0

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Médicos residentes adscritos a la unidad de medicina familiar N° 9 IMSS San Pedro de los Pinos, Ciudad de México. Se realizó el muestro en el periodo del 15° julio al 31 julio de 2022. en las instalaciones de esta unidad médica.

TAMAÑO DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Para el desarrollo de esta tesis, mediante los datos de la coordinación clínica de educación e investigación en salud de la unidad de medicina familiar N°9 IMSS, se extrajo el dato de médicos residentes inscritos, con un total de 41 médicos de la especialidad de medicina familiar, divididos de la siguiente manera: 16 médico residentes de primer año, 18 médico residentes de segundo año, 8 médicos residentes de tercer año, con un total de 41 médicos adscritos al momento de realizar el estudio. Cifra a la cual se considera el universo total y de la que se realiza el cálculo con un intervalo de confianza de 99%, con amplitud de total del intervalo de confianza de 99%:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

Definición de conceptos del tamaño de la muestra:

Donde se conoce el tamaño finito de la población.

n: Total de la población a estudiar (número de encuestas a realizar).

k: Constante que depende del nivel de confianza. El cual para este caso buscaremos el 95% de nivel de confianza (*k* = 1.96).

k	1.15	1.28	1.44	1.65	1.96	2	2.58
Nivel de Confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95.5%	99%

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio, en este caso para maximizar el tamaño muestral se utilizará: (5% = 0.05).

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es 1-*p*. (1-0.05 = 0.95).

N: Total de la población (41). El total de médicos residentes adscritos a la unidad de medicina familiar N°9 IMSS San pedro de los Pinos, adscritos en el momento de realizar el estudio (01 julio 2022)

e: es el error muestral deseado. Se tomará en cuenta como el 5% de error muestral. (5% = 0.05).

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

$$k = 1.96$$

$$p = 0.05$$

$$q = 0.95$$

$$N = 41$$

$$e = 0.05$$

Sustituyendo los valores, obtenemos la siguiente fórmula y resultado:

$$n = \frac{1.95^2 * 0.05 * 0.95 * 41}{(0.05^2 * (41 - 1)) + 1.95^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{3.8025 * 0.05 * 0.95 * 41}{(0.1) + 3.8025 * 0.05 * 0.95}$$

$$n = \frac{7.4053}{0.1948}$$

$$n = 38.01$$

De acuerdo a esta fórmula el tamaño de la muestra fue de 38 sujetos de estudio que necesitan ser encuestados para obtener una proporción adecuada del estudio y sea estadísticamente significativo.

Ya que se decide realizar la invitación al 100% de los residentes, no se tomará en cuenta el resultado de la fórmula y se tomarán a los 41 sujetos para su estudio.

MUESTREO PROBABILÍSTICO

Por el tipo de investigación que se realizó y la población seleccionada, se consideró al grupo universo total para su estudio (41 médicos residentes adscritos a la UMF N°9 IMSS). Por lo que no se realizó una aleatorización para su selección.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todo médico residente adscritos a la unidad de medicina familiar N°9 IMSS San Pedro de los Pinos al momento de iniciar el estudio.
- Todo médico residente que acepte participar en el estudio, firmando el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Todo médico residente que sea externo de la UMF N°9 IMSS.
- Todo médico residente que no deseen participar en el estudio por cuestiones personales.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos residentes que decidan retirarse del estudio antes de haberlo concluido y aquellos que contesten de manera incompleta o respuestas ilegibles el cuestionario.

VARIABLES

Variables independientes:

- FACES IV
- Comunicación
- Satisfacción

Variable dependiente:

- Ansiedad

Variables Universales:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Religión
- Escolaridad
- Ocupación laboral secundaria

Variables de Control:

- Comunicación
- Satisfacción
- Tipología Familiar
- Médico Residente
- Enfermedad crónica subyacente

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

- **FACES IV:** “Escala de Evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar cuarta edición”. Mide las dimensiones de cohesión y flexibilidad utilizando dentro del cuestionario seis escalas: dos escalas balanceadas o funcionales de 7 ítems cada una (Cohesión balanceada y Flexibilidad balanceada) y cuatro escalas desbalanceadas o disfuncionales, también de 7 ítems cada una, que evalúan los extremos superiores e inferiores de la cohesión y la flexibilidad del modelo de Olson. (Enmarañada y Desligada, Rígida y Caótica, respectivamente). Se completa con una escala que evalúa la Comunicación Familiar, compuesta por 10 ítems, y otra que indaga Satisfacción Familiar, compuesta por otros 10 ítems, sumando el paquete un total de 62 ítems.
- **Comunicación:** Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.
- **Satisfacción:** Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.
- **Ansiedad:** Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. Se clasifica en leve, moderada, severa, muy severa.
- **Edad:** Tiempo que ha vivido un individuo a partir de su nacimiento.
- **Sexo:** Género al que pertenece un individuo; variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre
- **Escolaridad:** Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

- Ocupación laboral secundaria: Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa, de la actividad laboral que realiza que considera como primaria.
- Religión: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.
- Tipología familiar: Las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para el estudio de la familia: socio dinámica, sociodemográficas, por su desarrollo, integración, composición, complicaciones o su funcionalidad.
- Médico Residente: Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes.
- Estado Civil: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- Enfermedad crónica subyacente: Enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

VARIABLE	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Valores
FACES IV	Cualitativa	Escala de Evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar cuarta edición	De acuerdo al resultado obtenido por FACES-IV y en base al modelo de Olson, se realizará la clasificación de las funciones familiares balanceadas o funcionales y desbalanceadas o disfuncionales.	Nominal Politómica	1 = cohesión balanceada 2 = flexibilidad balanceada 3 = enmarañada 4 = desligada 5 = rígida 6 = caótica
Comunicación	Cualitativa	Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor.	Como se siente el sujeto de estudio respecto a la comunicación familiar y si presenta alguna cantidad de preocupación. A menor puntuación, mayor preocupación sobre la calidad de la comunicación en la familia.	Nominal Politómica	1 = muy bajo 2 = bajo 3 = moderado 4 = elevado 5 = muy alto
Satisfacción	Cualitativa	Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.	Como se siente el sujeto de estudio respecto a la satisfacción familiar y si presenta alguna cantidad de preocupación. A menor puntuación, mayor grado de insatisfacción y preocupación por su familia.	Nominal Politómica	1 = muy bajo 2 = bajo 3 = moderado 4 = elevado 5 = muy alto
Ansiedad	Cualitativa	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad	De acuerdo al resultado obtenido por HARS	Ordinal	1 =leve 2 =moderada 3 =severa 4 =muy severa
Edad	Cualitativa	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Grupo de Edad.	Nominal Politómica	1 =20 a 25 años 2=26 a 30 años 3 =31 a 35 años 4 =36 a 40 años 5 =41 a 45 años

VARIABLE	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Valores
Género	Cualitativa	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Mujer u Hombre	Nominal Dicotómica	1 =Mujer 2 =Hombre
Escolaridad	Cualitativa	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Si cuenta con un posgrado, distinto al que se encuentra realizando.	Nominal Dicotómica	1 = Si 2 = No
Ocupación Laboral Secundaria	Cualitativa	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Si realiza otra actividad laboral con ingreso económico, distinta a la residencia médica.	Nominal Dicotómica	1 = Si 2 = No
Religión	Cualitativa	Conjunto de creencias, normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una deidad divina.	Religión que profesa.	Nominal Politómica	1 = cristianismo (y variantes) 2 = Otra 3 = Irreligioso
Estado Civil	Cualitativa	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	El estado civil que tiene el médico residente en el momento del estudio.	Nominal Politómica	1 = Soltero 2 = Casado o unión libre.
Médico Residente	Cualitativa	Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes.	El año que se encuentra cursando el médico becario en el momento del estudio.	Ordinal Politómica	1 = Primer Año 2 = Segundo Año 3 = Tercer Año

VARIABLE	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Valores
Tipología Familiar	Cualitativa	Las diversas clasificaciones que algunos autores u organizaciones han propuesto para el estudio de la familia: socio dinámica, sociodemográficas, por su desarrollo, integración, composición, complicaciones o su funcionalidad.	La tipología familiar que presenta el médico residente en el momento del estudio.	Ordinal Politémica	1 = Nuclear 2 = Monoparental 3 = Extensa 4 = Reconstruida 5 = No parental 6 = Nuclear sin hijos 7 = Unipersonal
Enfermedad Crónica Subyacente	Cualitativa	Enfermedad o afección que por lo general dura 3 meses o más, y es posible que empeore con el tiempo.	Presencia de alguna enfermedad crónica en el momento del estudio.	Ordinal Politémica	1 = Patologías Metabólicas 2 = Patologías Cardiovasculares 3 = Patologías Respiratorias 4 = Patologías Neuropsiquiátricas 5 = Patologías endócrinas 6 = Patologías renales 7 = Patologías reumatológicas 8 = Cáncer 9 = Dos o más de las anteriores. 10 = Otras.

Elaboró: Pablo Gutiérrez Pérez, Patricia Sánchez Almazán, Leticia Garibay López, Eduardo Vilchis Chaparro.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través de estadística inferencial bivariada. Las variables categóricas se describirán mediante frecuencias y porcentajes. Por el tipo de estudio, al ser de tipo transversal se realizará la medida de asociación por razón de prevalencias (prevalence ratio, PR) considerando como efecto relativo del desarrollo de algún grado alto de ansiedad secundario a la función familiar desbalanceada y de esta manera se determinó su prevalencia.

Para establecer la asociación entre variables, las cuales son dos variables son dos variables cualitativas nominal y ordinal, se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrada (χ^2) utilizando la paquetería ofimática Excel y su análisis mediante el software SPSS 26 de Windows. Los resultados se esquematizaron en tablas de contingencia de 2 por 2 (para cada una de las funciones familiares del modelo de Olson y del grado de ansiedad). El valor de significancia aceptado será con un valor de $p < 0.05$.

Para el análisis de los resultados se utilizarán medidas de tendencia central y de dispersión, estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. De acuerdo al número de individuos resultantes en cada resultado del FACES y de HARS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

La escala FACES-IV, la cual es un autoinforme de lápiz y papel, compuesto por 62 ítems de tipo Likert. Esta escala en su versión IV, es adecuada para medir la función familiar, ya que, de acuerdo a diversos autores, presenta una ventaja para evidenciar la cohesión, flexibilidad y comunicación familiar, los cuales están directamente relacionados con el modelo de Olson (Anexo 2), y de esta manera determinar diversos comportamientos sociales sean correctos o incorrectos, así como enfermedades crónicas con impacto en la función familiar como lo es el trastorno de ansiedad generalizado. Validación al español con un alfa de Cronbach 0.77 a 0.89, dependiendo la función familiar obtenida (cohesión y flexibilidad balanceada, enmarañada, desligada, rígida o caótica)⁽³⁶⁾ (Anexo 4).

De igual manera al ser un estudio correlacional múltiple con el grado de ansiedad, se utilizó la escala de Hamilton para ansiedad. La característica principal de ésta, es que marca la diferencia de ansiedad como rasgo de como estado. Adaptada en su última versión al español, con 14 ítems, de tipo Likert, con alusión a signos y síntomas ansiosos, se obtienen resultados del grado ansiedad, con un rango de 0 a 56 puntos, interpretándose de la siguiente manera: con menos de 17 puntos indica leve severidad de ansiedad; de 18 a 24 puntos indica leve a moderada severidad de ansiedad, finalmente una puntuación mayor a 24 puntos indica severidad moderada a severa. La adaptación al español, presenta un alfa de Cronbach de 0.86⁽³⁴⁾ (Anexo 3). Ambas pruebas son destinadas preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la función familiar, así como del grado de ansiedad.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Se realizó dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N° 9 del Instituto Mexicano del Seguro Social “San Pedro de los Pinos”, por medio de la coordinación clínica de educación e investigación en salud, mediante la cual se obtendrá el número total de médicos residentes adscritos a dicha unidad. Se realizará difusión del estudio a los sujetos de manera verbal.

Se les informó a todos los sujetos de estudio, sobre el proyecto de investigación y los motivos por los cuales se realizó el estudio. Posterior a recibir esta información y de manera individual se les interrogó sobre su aceptación de participar en este estudio, así como resolución de alguna duda que se presente. Una vez que aceptaron participar, se les otorgó el consentimiento informado para su firma de autorización (Ver Anexo: Carta de Consentimiento Informado) y poder participar en el estudio. Posteriormente se procedió a aplicar tanto la hoja de recolección que se creó para recabar la información de las variables sociodemográficas (Ver Anexo: Hoja de Recolección de Datos), así como los instrumentos de evaluación FACES-IV y HARS (Ver Anexo: Instrumentos de Evaluación). El tiempo de resolución de estas escalas es de 30 a 40 minutos. Una vez obtenido los datos, se manejaron mediante números, que únicamente el investigador principal conoce, para proteger la identidad de cada individuo.

Se les indicó que, en caso de solicitar sus resultados, se entregarán de manera individual y confidencial. De igual manera se les informó que si se detecta algún médico residente con un grado de ansiedad moderada, severa o muy severa se realizará su derivación al servicio de medicina preventiva de la unidad, así como de psicología y/o de psiquiatría del instituto; para su atención correspondiente; así como obtener un grado alto de función familiar desbalanceada (desligada, enmarañada, rígida, o caótica), se ofrecerá la derivación oportuna a un servicio de terapia familiar. Para lo cual se informará también a los médicos coordinadores de educación correspondientes.

Posterior a esto se realizó el análisis de los resultados obtenidos.

SESGOS

Sesgo de información

- Se pueden encontrar errores que se introducen durante la medición de la exposición, de los eventos u otras covariables en la población de estudio.

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- El formato para la recolección de los datos se sometió a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Sesgos de Selección:

- Se presenta un error en la elección de los individuos o grupos a participar en un estudio científico.

Control de sesgos de selección:

- Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Sesgos de Medición:

- Se produce por la diferencia entre el promedio de varias mediciones realizadas sobre una pieza y el valor de referencia.

Control de sesgos de medición:

- Se aplicó a todos los médicos residentes en su periodo de formación de manera igualitaria, sin distinguir el grado académico en el que curse, las rotaciones, guardias u hospitales por los que se encuentren cursando.

Sesgo de Transferencia

- Un tipo de sesgo que se puede encontrar al momento de realizar la encuesta es que los médicos residentes seleccionados aleatoriamente no acepten o abandonen el estudio.

Control de Sesgo de Transferencia

- Para evitar este tipo de sesgo se les explicó de forma detallada la importancia de este estudio y lo indispensable de terminar la encuesta, logrando que no abandonen y acepten.

Sesgo de Susceptibilidad

- Otro sesgo en el que se puede caer, es en la selección de médicos residentes, el cual solo sea de forma voluntaria y no aleatorizada.

Control de Sesgo de Susceptibilidad

- De acuerdo al resultado obtenido por la formula previamente aplicada y con el motivo de que sea un resultado estadísticamente significativo, se tomó al total de la población de médicos residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N°. 9 IMSS San Pedro de los Pinos.

Sesgo de Entrevistador

- Error sistemático, variante del sesgo de información, debido a la recogida selectiva de datos, de manera consciente o inconsciente, por parte del entrevistador.

Control de sesgos de Entrevistador

- Con el fin de limitarlo se usan cuestionarios estructurados.

Sesgos de Análisis:

- Se produce al momento de transcribir, interpretar o modificar los datos obtenidos.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Los resultados se analizaron mediante el programa validado S.P.S.S versión 26.0.0.0 de Windows, que servirá para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados.

PRUEBA PILOTO

- En este estudio de investigación no se realizó prueba piloto.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobres los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de descritas previamente de los criterios de inclusión y exclusión, siendo una población de médicos becarios en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que 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”, el presente proyecto se puede clasificar como estudio de riesgo mínimo. Si bien se realizará una intervención que no plantea modificar la conducta de los participantes, las preguntas contenidas en los instrumentos de evaluación, podría llegar a incidir en la esfera emocional de los médicos residentes, para lo cual en caso de detectar un grado de ansiedad moderada, severa o muy severa se realizará su derivación al servicio de medicina preventiva de la unidad, así como de psicología y de psiquiatría del instituto; para su atención correspondiente; así como obtener resultados de función familiar desbalanceada, se ofrecerá la derivación oportuna a un servicio de terapia familiar, previo aviso y consentimiento de manera confidencial al médico residente y a los coordinadores de educación médica de la unidad.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrará en situación de necesitarlas.

Se explicará el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicará el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación**, y los **lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud**, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado será recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

1. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podrán solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo en su perjuicio.
2. Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

En tanto en el **artículo 17 de la Ley General de Salud** 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. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías:

- I. **Investigación sin riesgo:** Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta;

- II. **Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. En dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, y

- III. **Investigación con riesgo mayor que el mínimo:** Son aquéllas en que las probabilidades de afectar al sujeto son significativas, entre las que se consideran: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con los medicamentos y modalidades que se definen en el artículo 65 de este

Reglamento, ensayos con nuevos dispositivos, estudios que incluyan procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre mayor al 2% del volumen circulante en neonatos, amniocentesis y otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos y los que tengan control con placebos, entre otros.

Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante son respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitó que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar es a todos los médicos residentes de la UMF N°9 IMSS SPP, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación

sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio son determinar cuál es la asociación entre el funcionamiento familiar y la ansiedad que presentan los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar N°9 San Pedro de los Pinos. Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la posible implementación de identificación preventiva de ansiedad en médicos residentes con alteraciones en su función familiar y de esta manera evitar complicaciones. El desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, se realizará previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Contó con un consentimiento de informado.
- Se apegó a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apegó a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador: Pablo Gutiérrez Pérez
- Director de protocolo: Patricia Sánchez Almazán
- Aplicador de encuestas: Pablo Gutiérrez Pérez
- Recolector de datos: Pablo Gutiérrez Pérez
- Asesor clínico: Leticia Garibay López
- Asesor metodológico: Eduardo Vilchis Chaparro

Recursos Físicos:

- Unidad de Medicina Familiar N° 9. “San Pedro de los Pinos”, área de educación médica.

Recursos Materiales:

- Hoja de recolección de datos.
- Instrumentos: FACES-IV y HARS
- Computadora PC (Paquete de ofimática Excel y Software SPSS 26.0)
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Recursos Financieros:

- Los gastos que se generaron en este estudio se llevaron a cabo con recursos propios del investigador.

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	10,000.00
	Impresora	1	2500.00
	Tinta para impresora	1	1,000.00
	Hojas blancas	200	150.00
	Plumas	30	75.00
	Internet	1	400.00
	Fotocopias	200	100.00
	Calculadora	1	100.00
	Software IBM SPSS Statics 26	1	2,012.40
	Instrumento FACES IV	1	1930.26
	Diccionario	1	100.00
TOTAL	18,3667.66		
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por el investigador		

RESULTADOS

Se estudió a una población de 41 médicos residentes adscritos a la unidad de medicina familiar No.9 del IMSS, donde se encontró que la media de edad fue de 27.3 años y una mediana de 27, con una desviación estándar de 2.7 años, con un valor mínimo de 24 años y un valor máximo de 36 años. (ver tabla 1)

En el rubro de rango de edad se encontraron: 4 médicos (9.8%) entre 20 y 25 años, 20 médicos (48.8 %) entre 26 y 30 años, siendo este el grupo predominante, 16 médicos (39.0%) entre 31 y 35 años y 1 médico (2.4%) entre 36 y 40 años. (ver tabla 1)

El sexo femenino predominó en este estudio con una cantidad de 31 médicas residentes (75.6%), mientras que solo 10 (24.4 %) médicos residentes son del sexo masculino. (ver tabla 1)

De acuerdo a su grado de residencia de la especialidad de medicina familiar, 16 médicos (39.0%) corresponden al primer año de residencia, 18 (43.9%) pertenecen al segundo año y 7 (17.1%) al tercer año de residencia. (ver tabla 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de los médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS (n=41)		
Variable	n	%
Edad (años), Media ± DE (rango)	27.3 ± 2.7 (24-36)	
Rango de Edad		
Entre 20 – 25 años	4	9.8
Entre 26 – 30 años	20	48.8
Entre 31 – 35 años	16	39.0
Entre 36 – 40 años	1	2.4
Sexo		
Femenino	31	75.6
Masculino	10	24.4
Año de residencia		
Primer año	16	39.0
Segundo año	18	43.9
Tercer año	7	17.7
Posgrado Previo		
Si	2	4.9
No	39	95.1

Patologías en Médicos residentes		
Enfermedad endócrina	4	9.8
Enfermedad respiratoria	2	4.9
Enfermedad neuropsiquiátrica	1	2.4
Enfermedad dermatológica	1	2.4
Enfermedad neuropsiquiátrica y respiratoria	2	4.9
Enfermedad endócrina y respiratoria	1	2.4
Enfermedad endócrina y neuropsiquiátrica	1	2.4
Sin diagnóstico ni tratamiento medico por enfermedad	29	70.7
Actividad laboral externa		
Si realizan	5	12.2
Religión		
Religión católica	31	75.6
Otra religión	3	7.3
Irreligioso	7	17.1
Estado civil		
Soltero	29	70.7
Casado o unión libre	12	29.3
Tipología familiar		
Familia Nuclear	13	31.7
Familia Monoparental	4	9.8
Familia Extensa	7	17.1
Familia no parental	1	2.4
Familia Nuclear sin hijos	6	14.6
Familia unipersonal	10	24.4
Responsables de la economía en el hogar		
Cubren el gasto total	5	12.2
Compartido con alguien más	23	56.1
No contribuyen al gasto familiar	13	37.1

Los resultados se muestran en frecuencias y porcentajes, medias con Desviación Estándar.
 Abreviaturas: DE: desviación estándar, n : numero, %: porcentaje.

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En cuanto a la función familiar y valorado por el instrumento FACES IV, los resultados obtenidos de los 41 médicos residentes fueron los siguientes: de las escalas de función balanceada, en la dimensión de cohesión balanceada: 22 (53.7%) médicos residentes se encuentran en el rango conectado y 18 (43.9%) en el rango muy conectado (ver tabla 2).

Tabla 2

Dimensión Cohesión Balanceada por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
CB – Algo Conectado	2.5
CB – Conectado	53.7
CB – Muy Conectado	43.9
TOTAL	100

*CB = Cohesión Balanceada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En cuanto a la dimensión flexibilidad balanceada: 18 (43.9%) se encuentran en el rango flexible y 23 (56.1%) en el rango muy flexible (ver tabla 3).

Tabla 3

Dimensión Flexibilidad Balanceada por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
FB – Flexible	43.9
FB – Muy Flexible	56.1
TOTAL	100

*FB = Flexibilidad Balanceada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

De las escalas de función desbalanceada, en la dimensión desligada 32 (78.0%) se encuentran en el rango muy bajo y 6 (14.6%) en el rango (ver tabla 4).

Tabla 4

Dimensión Desligada por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
D – muy bajo	78.0
D – bajo	14.6
D – moderado	7.3
TOTAL	100

*D = Desligada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

De la dimensión enmarañada 17 (41.5%) se encuentran en el rango muy bajo, 19 (46.3%) en el rango bajo y 4 (9.8%) en el rango moderado (ver tabla 5).

Tabla 5

Dimensión Enmarañada por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
E – muy bajo	41.5
E – bajo	46.3
E – moderado	9.8
E – elevado	2.4
TOTAL	100

*E = Enmarañada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

De la dimensión rígida 20 (48.8%) en el rango bajo, 7 (17.7%) en el rango moderado y 7 (17.1%) en el rango elevado (ver tabla 6).

Tabla 6

Dimensión Rígida por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
R – muy bajo	9.8
R – bajo	48.8
R – moderado	17.1
R – elevado	17.1
R – muy alto	7.3
TOTAL	100

*R = Rígida

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

De la dimensión caótica 35 (85.4%) se encuentran en el rango muy bajo y 5 (12.2%) en el rango bajo (ver tabla 7).

Tabla 7

Dimensión Caótica por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
C – muy bajo	85.4
C – bajo	12.2
C – moderado	2.4
TOTAL	100

*C = Caótica

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

El instrumento FACES IV, también contempla dos dimensiones más: la comunicación y satisfacción, en los que se obtuvieron los siguientes resultados: En la función de comunicación 4 (9.8%) médicos residentes en el rango moderado, 15 (36.6%) en el rango elevado y 19 (46.3%) en el rango muy alto (ver tabla 8).

Tabla 8

Función Comunicación por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
Co – muy bajo	2.4
Co – bajo	4.9
Co – moderado	9.8
Co – elevado	36.6
Co – muy alto	46.3
TOTAL	100

*Co = Comunicación

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

De la función de satisfacción 5 (12.2%) médicos residentes en el rango moderado, 17 (41.5%) en el rango elevado, y 15 (36.0%) en el rango muy alto (ver tabla 9).

Tabla 9

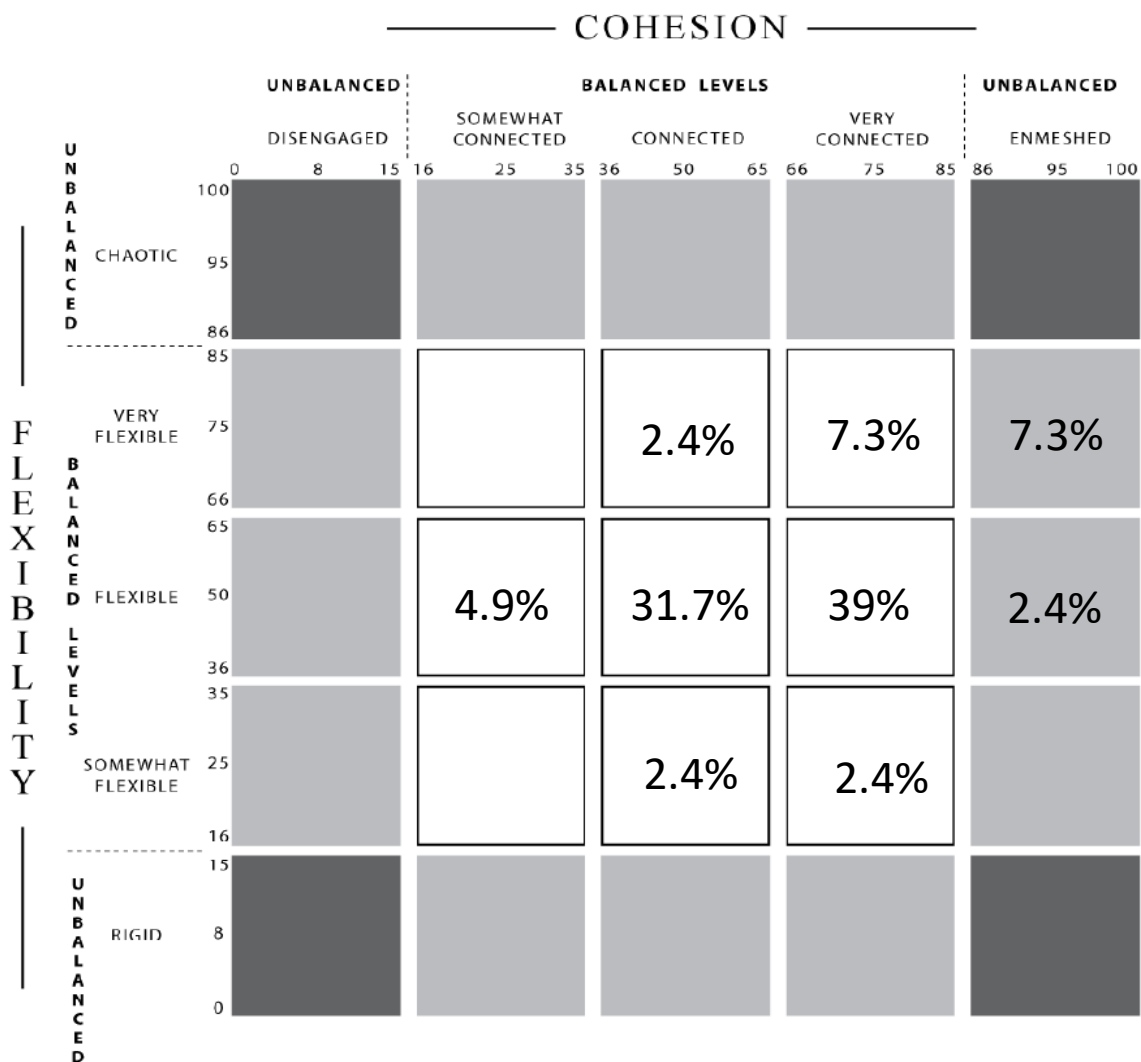
Función Satisfacción por FACES IV en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Dimensión Familiar	%
St – muy bajo	4.9
St – bajo	4.9
St – moderado	12.2
St – elevado	41.5
St – muy alto	36.6
TOTAL	100

*St = Satisfacción

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

Al aplicar las fórmulas de “puntaje de la dimensión cohesión” y de “puntaje de la dimensión flexibilidad” por cada individuo y al graficarlo en el modelo circunflejo de FACES IV, se obtuvo que 37 (90.2%) médicos residentes se encuentran en el puntaje balanceado y 4 (9.8%) en el puntaje de rango medio (ver figura 1).

Figura 1



Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

Los datos obtenidos por el instrumento Hamilton para ansiedad, reportan los siguientes resultados: 35 (85.4%) de los médicos residentes presentaron un grado de ansiedad leve, 5 (12.2%) ansiedad moderada y 1 (2.4%) ansiedad muy severa (ver tabla 10).

Tabla 10

Grado de Ansiedad por Hamilton en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS	
Grado	%
Leve	85.4
Moderada	12.2
Muy severa	2.4
TOTAL	100

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En cuanto a la asociación de la función familiar y el grado de ansiedad, de acuerdo a la dimensión cohesión balanceada, en el rango de cohesión conectado 19 (46.3%) de los médicos residentes presentaron un grado de ansiedad leve, 2 (4.9%) presentaron un grado de ansiedad moderada y 1 (2.4%) ansiedad muy severa; en el rango de cohesión muy conectado 16 (39.0%) presentaron un grado de ansiedad leve y 2 (4.9%) presentaron un grado de ansiedad moderado. Resultando una asociación con un valor de 8.259 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.083 (ver tabla 11).

Tabla 11

Asociación entre la Dimensión Cohesión Balanceada y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X²) (Significancia asintótica)
CB – Algo Conectado	0	2.4	0	2.4	
CB – Conectado	46.3	4.9	2.4	51.2	
CB – Muy Conectado	39.0	4.9	0	43.9	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	

*CB = Cohesión Balanceada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En la dimensión flexibilidad balanceada, en el rango flexible 14 (34.1%) de los médicos residentes presentaron un grado de ansiedad leve, 3 (7.3%) ansiedad moderada y 1 (2.4%) ansiedad muy severa; en el rango muy flexible 21 (51.2%) presentaron ansiedad leve. Resultando una asociación con un valor de 2.020 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.364 (ver tabla 12).

Tabla 12

Asociación entre la Dimensión Flexibilidad Balanceada y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X²) (Significancia asintótica)
FB – Flexible	34.1	7.3	2.4	43.9	
FB – Muy Flexible	51.2	4.9	0	56.1	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	

*FB = Flexibilidad Balanceada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En la dimensión desligada, en el rango muy bajo 28 (68.3%) de los médicos residentes presentaron un grado de ansiedad leve, 3 (7.3%) ansiedad moderada y 1 (2.4%) ansiedad muy severa; en el rango bajo 5 (12.2%) presentaron ansiedad leve. Resultando una asociación con un valor de 1.830 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.767 (ver tabla 13).

Tabla 13

Asociación entre la Dimensión Desligada y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X²) (Significancia asintótica)
D – Muy bajo	68.3	7.3	2.4	78.0	
D – Bajo	12.2	2.4	0	14.6	
D – Moderado	4.9	2.4	0	7.3	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	0.767

*D = Desligada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En la dimensión enmarañada, en el rango muy bajo 14 (34.1%) de los médicos residentes presentaron un grado de ansiedad leve y 3 (7.3%) ansiedad moderada; en el rango bajo 17 (41.5%) ansiedad leve y en el rango moderado 3 (7.3%) ansiedad leve. Resultando una asociación con un valor de 3.112 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.795 (ver tabla 14).

Tabla 14

Asociación entre la Dimensión Enmarañada y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X ²) (Significancia asintótica)
E – Muy bajo	34.1	7.3	0	41.5	
E – Bajo	41.5	2.4	2.4	46.3	
E – Moderado	7.3	2.4	0	12.2	
E – Elevado	2.4	0	0	2.4	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	0.795

*E = Enmarañada

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En la dimensión rígida, en el rango muy bajo 3 (7.3%) de los médicos residentes presentaron un grado de ansiedad leve; en el rango bajo 16 (39.0%) ansiedad leve, 3 (7.3%) ansiedad moderada y 1 (2.4%) ansiedad muy severa; en el rango moderado 7 (17.1%) ansiedad leve; en el rango elevado 6 (14.6%) ansiedad leve y 3 (7.3%) ansiedad leve. Resultando una asociación con un valor de 3.112 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.795 (ver tabla 15).

Tabla 15

Asociación entre la Dimensión Rígida y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X ²) (Significancia asintótica)
R – Muy bajo	7.3	2.4	0	12.2	
R – Bajo	39.0	7.3	2.4	48.8	
R – Moderado	17.1	0	0	17.1	
R – Elevado	14.6	2.4	0	17.1	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	0.912

*R = Rígida

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En la dimensión caótica, en el rango muy bajo 31 (75.6%) de los médicos residentes presentaron un grado de ansiedad leve, 4 (9.8%) ansiedad moderada; en el rango bajo 4 (9.8%) presentaron ansiedad leve y en el rango moderado 1 (2.4%) ansiedad muy severa. Resultando una asociación con un valor de 41.301 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.000 (0.0000000232) (ver tabla 16).

Tabla 16

Asociación entre la Dimensión Caótica y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X ²) (Significancia asintótica)
C – Muy bajo	75.6	9.8	0	85.4	
C – Bajo	9.8	2.4	0	12.2	
C – Moderado	0	0	2.4	2.4	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	

*C = Caótica

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En la función comunicación, en el rango bajo 2 (4.9%) de los medios residentes presentaron un grado de ansiedad leve; en el rango moderado 2 (4.9%) ansiedad leve y 1 (2.4%) ansiedad muy severa; en el rango elevado 13 (31.7%) ansiedad leve y 2 (4.9%) ansiedad moderada y en el rango muy alto 18 (43.9%) ansiedad leve. Resultando una asociación con un valor de 18.807 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.016 (ver tabla 17).

Tabla 17

Asociación entre la Función Comunicación y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X ²) (Significancia asintótica)
Co – Muy bajo	0	2.4	0	2.4	
Co – Bajo	4.9	0	0	4.9	
Co – Moderado	4.9	2.4	2.4	12.2	
Co – Elevado	31.7	4.9	0	36.6	
Co – Muy alto	43.9	2.4	0	46.3	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	0.016

*Co= Comunicación

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

En la función satisfacción en el rango moderado 4 (9.8%) de los médicos residentes presentaron ansiedad leve; en el rango elevado 14 (34.1%) ansiedad leve, 2 (4.9%) ansiedad moderada y 1 (2.4%) ansiedad muy severa y 15 (36.6%) en el rango muy alto 18 (43.9%) ansiedad leve. Resultando una asociación con un valor de 9.178 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.327 (ver tabla 18).

Tabla 18

Asociación entre la Función Satisfacción y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X²) (Significancia asintótica)
St – Muy bajo	2.4	2.4	0	4.9	
St – Bajo	2.4	2.4	0	4.9	
St – Moderado	9.8	2.4	0	12.2	
St – Elevado	34.1	4.9	2.4	43.9	
St – Muy alto	36.6	0	0	36.6	
TOTAL	87.8	11.9	2.4	100	0.327

*St= Satisfacción

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

Al realizar la asociación de la función familiar mediante el modelo circunflejo de FACES IV con el grado de ansiedad, se obtuvo que 31 (75.6%) de los médicos residentes que presentaron ansiedad leve, pertenecen a una familia con función familiar balanceada y 4 (9.8%) a una familia con función familiar rango medio; 5(12.2%) que presentaron ansiedad moderada pertenecen a una familia con función familiar en rango medio y 1 (2.4%) que presentó ansiedad muy severa pertenece a una familia con función familiar balanceada. Resultando una asociación con un valor de 0.760 de Chi-cuadrado de Pearson, con una significancia asintótica de 0.684 (ver tabla 19).

Tabla 19

Asociación entre la función familiar FACES IV y el grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9 IMSS					
Rango / Grado de Ansiedad	Leve (%)	Moderada (%)	Muy Severa (%)	TOTAL (%)	Valor de Chi-cuadrado de Pearson (X²) (Significancia asintótica)
Balanceada	75.6	12.2	2.4	90.2	
Rango Medio	9.8	0	0	9.8	
TOTAL	85.4	12.2	2.4	100	0.684

Fuente: Gutiérrez-PP, Sánchez-AP, Garibay-LL, Vilchis-CE. Asociación Del Funcionamiento Familiar Con La Ansiedad En Médicos Residentes De La Unidad De Medicina Familiar N° 9 IMSS.

DISCUSIÓN

El principal resultado de este estudio fue que en los médicos residentes de la UMF No. 9 del IMSS, la asociación de los resultados de la función familiar mediante el instrumento FACES IV con el grado de ansiedad mediante el test de Hamilton para ansiedad, convergen de manera global en que no existe una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=0.684$, $p<0.05$), pero al momento de descomponer las partes del instrumento FACES IV, demuestra que en dos de sus dimensiones: la función desbalanceada, en su dimensión caótica y la función de comunicación, son predictores de una asociación con la presentación de algún grado de ansiedad ($\chi^2=0.000$, $p<0.05$) y ($\chi^2=0.016$, $p<0.05$) respectivamente.

La prevalencia de ansiedad es distinta a investigaciones previas realizados en médicos residentes, ya que de acuerdo al estudio realizado por Lugo y cols. (2018)(32), menciona un grado más alto de ansiedad en médicos residentes, del 39 al 69.9% en médicos residentes del IMSS comparado con 12.2 y 2.4% en grado moderado y muy severo de nuestro estudio; esta diferencia se puede deber a múltiples factores, principalmente el número de participantes, criterios de selección, como en nuestro estudio, que se centró en el análisis de residentes de sólo un especialidad médica; ya que desde nuestra perspectiva el comparar entre varias especialidades puede generar sesgos por la diferencia de actividades y responsabilidades que se llevan a cabo en cada una de ellas, inclusive el hecho de ser de una la misma especialidad pero en distintas sedes, puede generar alteración en los resultados. Siendo de esta manera, más objetiva la asociación directa entre una alteración de la función familiar con el desarrollo de un grado de ansiedad.

Un dato importante en comparación para reafirmar con otros estudios, como el de Navinés y cols. (2021), es que el factor protector identificado para la aparición de ansiedad es el grado de educación, el cual es inversamente proporcional al grado de ansiedad que se llegue a presentar. En nuestro estudio al analizar a los individuos en la realización de un postgrado observamos que el grado de ansiedad de manera global se encuentra en 85.4% en ansiedad leve. Lo cual confirma las investigaciones previamente

realizadas, la cual por el instrumento utilizado no es significativo. Complementando con nuestro estudio y el modelo de Olson, corroboramos que un grado de satisfacción alto promueve un funcionamiento familiar adecuado para el desarrollo de la persona, disminuyendo la aparición de patologías mentales, como la ansiedad, para el cual en nuestro estudio se obtuvo que el 70.7% de los médicos residentes presentaron un rango de satisfacción alto, confirmándolo como factor protector.

Consistente con otros trabajos, como el de Wiegand y cols. (2019) (8), una condición familiar caótica predispone de manera independiente el riesgo de cada individuo que la conforma, de desarrollar un grado de ansiedad, como se observa en nuestros resultados que la asociación entre la función caótica y el grado de ansiedad tiene una significancia asintótica cercana al 0, representado en la tabla 16. Pero de igual manera se asoció con una alteración en la función familiar de comunicación. En la función familiar desbalanceada, dimensión caótica, Olson lo define como un liderazgo limitado o ineficaz, donde no existe control y la disciplina es mínima, habiendo inconsistencia en sus consecuencias, las decisiones parentales son impulsivas y además donde existe una falta de claridad en los roles y frecuentes cambios en las reglas. Y la función de comunicación la cual, desde el punto de vista de la especialidad, debemos considerarla con sus cinco axiomas, reconociendo que es una función fundamental para que las demás funciones puedan llevarse con plenitud y adecuadamente; y en el momento en que alguno de los canales se ven afectados, la función familiar se ve entorpecida. Que, corroborando con la literatura mencionada, se relaciona con el desarrollo de un grado de ansiedad y posteriormente de depresión y sus complicaciones, las cuales durante el periodo de la residencia se ven aumentadas, por las distintas situaciones laborales que implican.

Es de suma importancia no sólo mencionar la asociación directa, ya que, de acuerdo a nuestros resultados, si tomamos los valores de las funciones que menos se relacionan, se puede deducir que la función desbalanceada, en su dimensión rígida es la más alejada de presentar un grado de ansiedad con menor asociación estadísticamente

significativa ($\chi^2=0.912$, $p<0.05$), que de alguna manera se puede considerar como factor protector mientras se encuentre en rangos bajos. Para su análisis es importante recordar la definición de la dimensión rígida, la cual se caracteriza por un liderazgo autoritario y fuerte control parental, donde se imponen las decisiones, existiendo una disciplina estricta con aplicación severa, los roles son rígidos y estereotipados, pero como desventaja principal es que no existe una posibilidad al cambio. Comparado a otros estudios realizados en el ámbito laboral médico, existen distintas formas de disminuir el grado de ansiedad, sin la necesidad de establecer una rigidez en su función familiar; como lo es la estimulación de factores de recompensa, como el salario, la estima, la promoción profesional o la seguridad del trabajo, que de manera no explícita, se llega a observar en el último año de residencia por el estrés generado de la incertidumbre laboral al momento de finalizar la residencia médica(17).

CONCLUSIONES

La familia es la base fundamental para el desarrollo de cada uno de sus miembros y conforma un apoyo fundamental durante las situaciones de estrés, que una de ellas, en la formación del médico especialista, es la residencia médica. El rol fundamental de la familia es el acompañamiento hacia el médico residente para afrontar todos los cambios que conlleva esta etapa y de ello dependerá el cumplimiento adecuado de sus tareas y funciones para su formación como médico especialista, así como la estructuración adecuada de un proyecto de vida más allá de la medicina; y poder obtener una estructura funcional eficaz que permita el desarrollo personal adecuado.

En investigaciones previas no se había estudiado la asociación de la función familiar con el grado de ansiedad en el personal de salud, de manera específica; y por tal motivo en este estudio se propuso realizar dicha investigación, con el fin de comprender e identificar diferentes factores de riesgo que sean desencadenantes de algún grado de ansiedad, en situaciones de alto estrés, como lo es la residencia médica. Se evidenció una asociación estadísticamente significativa en el rango caótico y la función de comunicación del modelo de Olson, con la presentación de un grado de ansiedad en médicos residentes de la UMF No. 9.

Estos resultados nos demuestran que, al observarse alteración en la dimensión familiar caótica y la función de comunicación, pueden llevar a comprometer el desarrollo durante la residencia médica y tener repercusiones importantes en el desarrollo laboral si no se han identificado y tratado estas alteraciones en su momento, llegando a presentar diversas alteraciones como lo es la depresión.

Si llegamos a identificar de manera oportuna estos factores de riesgo, es posible la ejecución de distintas soluciones por parte de las instituciones médicas y educativas, para generar un cambio en el sistema familiar y que esto lleve a un mejor funcionamiento familiar.

Por lo que se recomienda que desde la misma institución se implementen programas de identificación de algún grado de ansiedad de manera temprana, con el objetivo de informar, concientizar y sensibilizar la importancia de su funcionamiento familiar en el médico residente.

Se debería evaluar la cohesión y flexibilidad de toda la comunidad de residentes médicos aplicando el FACES IV con el objetivo de detectar alteraciones en las dimensiones familiares y tomar las medidas preventivas pertinentes en caso de identificar alteraciones de importancia, que promuevan el desarrollo de distintas patologías, como se evidencia en la literatura y se confirma en este estudio.

Así como también se da importancia al desarrollo de talleres de relajación para disminuir el estrés, la ansiedad y el burnout que llegan a presentarse durante la residencia médica.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe ningún conflicto de interés por parte de los investigadores, ni de la institución.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCENTRALADA SUR CDMX
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9
 "SAN PEDRO DE LOS PINOS"
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TÍTULO DEL PROYECTO:
 ASOCIACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR CON LA ANSIEDAD EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 9
 IMSS

2022

FECHA	ENE 2022	FEB 2022	MAR 2022	ABR 2022	MAY 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEP 2022
TÍTULO	X								
ANTECEDENTES	X								
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X								
OBJETIVOS		X							
HIPOTESIS		X							
PROPOSITOS		X							
DISEÑO METODOLÓGICO			X						
ANÁLISIS ESTADÍSTICO			X						
CONSIDERACIONES ETICAS				X					
RECURSOS				X					
BIBLIOGRAFIA					X				
ASPECTOS GENERALES						X			
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR SIRELCIS							X		
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR EL COMITÉ ETICA							X		
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO								X	
RECOLECCION DE DATOS								X	
ALMACENAMIENTO DE DATOS								X	
ANÁLISIS DE DATOS								X	
DESCRIPCION DE DATOS								X	
DISCUSIÓN DE DATOS								X	
CONCLUSION DEL ESTUDIO								X	
INTEGRACION Y REVICION FINAL								X	
REPORTE FINAL								X	
AUTORIZACIONES								X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO									X
PUBLICACION									X

(PENDIENTE + /REALIZADO X)

Elaboró: Pablo Gutiérrez Pérez, Patricia Sánchez Almazán, Garibay López Leticia, Eduardo Vilchis Chaparro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrillo M, León B, Ortiz S. Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el Inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. 1ra ed. México. Centros de Integración Juvenil, A.C. Para vivir sin adicciones [Internet]. 2018. p 5-29. Disponible en: <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>
2. Herrera A, Barrientos E, Salmerón L, Orozco J, Cruz M, Sifuentes M, et al. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; [Internet]. 2019. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
3. Gaytán E, García G, Gaytán D, Rosales M, Reyes H, Sánchez C, et al. Sintomatología depresiva, estrés y funcionamiento familiar en madres adultas del norte de México. Acta Universitaria Multidisciplinary Scientific Journal [Internet]. 2019; 29: e2063. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662019000100157
4. Gaitán P, Pérez V, Vilar M, Teruel G. Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. Salud Publica de México. [Internet]. 2021; 63(4):478-85. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12257>
5. Córdova A, De Santillana P, González H, Hernández M, Ramírez L. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaría de Salud [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

6. Cruz A. Trastorno de ansiedad generalizada. Revisión bibliográfica. Ocronos [Internet]. 2021; Vol IV; no3: 3. Disponible en: <https://revistamedica.com/trastorno-ansiedad-generalizada/>

7. Pinto I, Wilkinson S, Virella D, Alves M, Calhau C, Coelho R. Anxiety, Family Functioning and Neuroendocrine Biomarkers in Obese Children. Acta Medica Port. [Internet]. 2017; Apr 28;30(4):273-280. Disponible en: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7919/5001>

8. Wiegand S, Sell M, Filter B, Plass A. Family Functioning and Psychological Health of Children with Mentally Ill Parents. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019; Apr 10;16(7):1278. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6479670/>

9. Marzilli E, Cerniglia L, Ballarotto G, Cimino S. Internet Addiction among Young Adult University Students: The Complex Interplay between Family Functioning, Impulsivity, Depression, and Anxiety. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020; Nov 7;17(21):8231. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/8231>

10. Putri M, Dexi L. Correlation Between Family Functioning and Caregiver Burden among Family Caregivers of Patients with Breast Cancer. Advances in Social Science, Education and Humanities Research, Atlantis Press [Internet]. 2019; vol. 229 – 5 (1), 32–40. Disponible en: <https://www.atlantispress.com/proceedings/iciap-18/125916644#:~:text=In%20this%20study%2C%2035%20participants,of%20patients%20with%20breast%20cancer>

11. Li M, Li L, Wu F, Cao Y, Zhang H, Li X, et al. Perceived family adaptability and cohesion and depressive symptoms: A comparison of adolescents and parents

- during COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2021; May 15; 287:255-260. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032721002743?via%3Dihub>
12. Lei A, You H, Luo B, Ren J. The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific Reports* [Internet]. 2021; V. 11, 24220. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-03715-9>
13. Flores D, Boettcher B, Quijada J, Ojeda R, Matamala I, González A. Calidad del sueño en estudiantes de medicina de la Universidad Andrés Bello, 2019, Chile. *Méd. UIS* [Internet]. 2021; Dic 34(3): 29-38. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/12912>
14. Ortiz D, Armoa C. Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. *Sci. Am.* [Internet]. 2020; Dic; 7(2): 45-56. Disponible en: <https://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/scientiamericana/article/view/400>
15. Medina Oscar, Araque Franlet, Ruiz Luis, Riaño Manuel, Bermudez V. Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por COVID-19. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [Internet]. 2020; Oct; 37(4): 755-761. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000400755&lng=es.
16. Garrigós M, Segura E, Gracia M, La Touche R. Factores predictores de la calidad del sueño en pacientes con migraña crónica. *Neurología* [Internet]. 2019; Vol. 37. Núm. 2. p 101-109. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-factores-predictores-calidad-del-sueno-S0213485319300143>

17. Navinés R, Olivé V, Fonseca F, Martín R. Estrés laboral y burnout en los médicos residentes, antes y durante la pandemia por COVID-19: una puesta al día. *Medicina Clínica* [Internet]. 2021; 157(3), 130–140. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8101798/>
18. Pomares A, Pomares J, Santiesteban R, Regal V, Vázquez M, Relación entre el funcionamiento familiar, ansiedad y depresión en adultos mayores. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* [Internet]. 2021; Jun; 37(2): e1205. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000200004&lng=es.
19. García D, García C. Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *Journ of Neurosc and Pub H.* [Internet]. 2021; 1(1):19-6. Disponible en: <https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/128>
20. Bueno D. Funcionalidad familiar y ansiedad en adolescentes de una institución educativa nacional. Tesis Profesional. Lima, Perú. Universidad Nacional Federico Villareal. Facultad de Psicología [Internet]. 2019. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3833>
21. Dolz B, Oliver J. Relationship between family functioning, differentiation of self and anxiety in Spanish young adults. *PLOS ONE* [Internet]. 2021; 16(3). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246875>
22. Arias S, Lorence B, Hidalgo M. Parenting skills, family functioning and social support in situations of child-to-parent violence: a scoping review of the literatura. *Journal of Family Violence* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/127994>
23. Armas F, Talavera E, Cárdenas M, De la Cruz J. Trastornos del sueño y ansiedad de estudiantes de Medicina del primer y último año en Lima, Perú. *Rev de Fund*

- Educ Med. [Internet]. 2021; 24(3): 133-138. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322021000300005&lng=es.
24. Quek T, Tam W, Tran B, Zhang M, Zhang Z, Ho CS, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2019; Jul 31;16(15):2735. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31370266/>
25. López J, Ávila I, Pérez G, Ruíz A, León G, Fernández A, et al. Informes de Labores. Facultad de Medicina Ciudad Universitaria UNAM. México. [Internet]. 2003. [Consultado Feb 2022]. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/_documentos/informe/2003/presenta.html
26. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Uno de cada cuatro nuevos MIR es mayor de 30 años y ya ha hecho el examen más de una vez. España. EUROPA PRESS [Internet] [Consultado Feb 2022]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-cada-cuatro-nuevos-mir-mayor-30-anos-ya-hecho-examen-mas-vez-20130315145921.html>
27. García O, Rojas M, Socorro A, Med Gen Fam. Episodios graves y ansiedad en médicos becarios del Hospital General de Zona, Baja California Sur. Med Gen Fam. [Internet]. 2019 [Consultado Feb 2022]; 8(4): 141-145. Disponible en: <https://mgf.org/episodios-graves-y-ansiedad-en-medicos-becarios-hospital-general-zona-baja-california-sur/>
28. Ceriani J. Los trastornos en la salud de los médicos, un problema creciente. Arch Argent Pediatr. [Internet]. 2019;117(3):138-139. Disponible en: https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_editorial_15-4pdf_1554835064.pdf

29. Luna D, Urquiza Diana, Figuerola Rosa, Carreño C, Meneses F. Predictores académicos y sociodemográficos de ansiedad y bienestar psicológico en estudiantes mexicanos de medicina. Estudio transversal. Gac. Méd. Méx. [Internet]. 2020; Feb; 156(1): 40-46. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000100040&lng=es.
30. Torres V, Farias J, Reyes L, Guillen C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. Rev Mex Urol. [Internet]. 2020; 80(3):1-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94412>
31. Hwang P, Ipekian L, Jaiswal N, Scott G, Amirali EL, Hechtman L. Family functioning and mental wellbeing impairment during initial quarantining for the COVID-19 pandemic: A study of Canadian families. Curr Psychol. [Internet]. 2022, Jan 10:1-13. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35035192/>
32. Lugo A, Medina J, Yocupicio D. La Salud Mental y Suicidio del Médico en México: Un Tema Incómodo y Poco Explorado. Rev Med Clin. [Internet]. 2021 [Consultado Feb 2022]; 5(2): e14052105015. Disponible en: <https://medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/view/252>
33. Camargo L, Herrera J, Shelach S, Soto M, Porto M, Alonso M, et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. Rev Colomb Psiquiat. [Internet]. 2021; Jul 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8249708/>
34. López M, Mayorga P. Niveles de ansiedad en las y los trabajadores de los centros infantiles del buen vivir (cibv) del cantón Ambato. Tesis Profesional. [Internet]. Ambato, Ecuador. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de

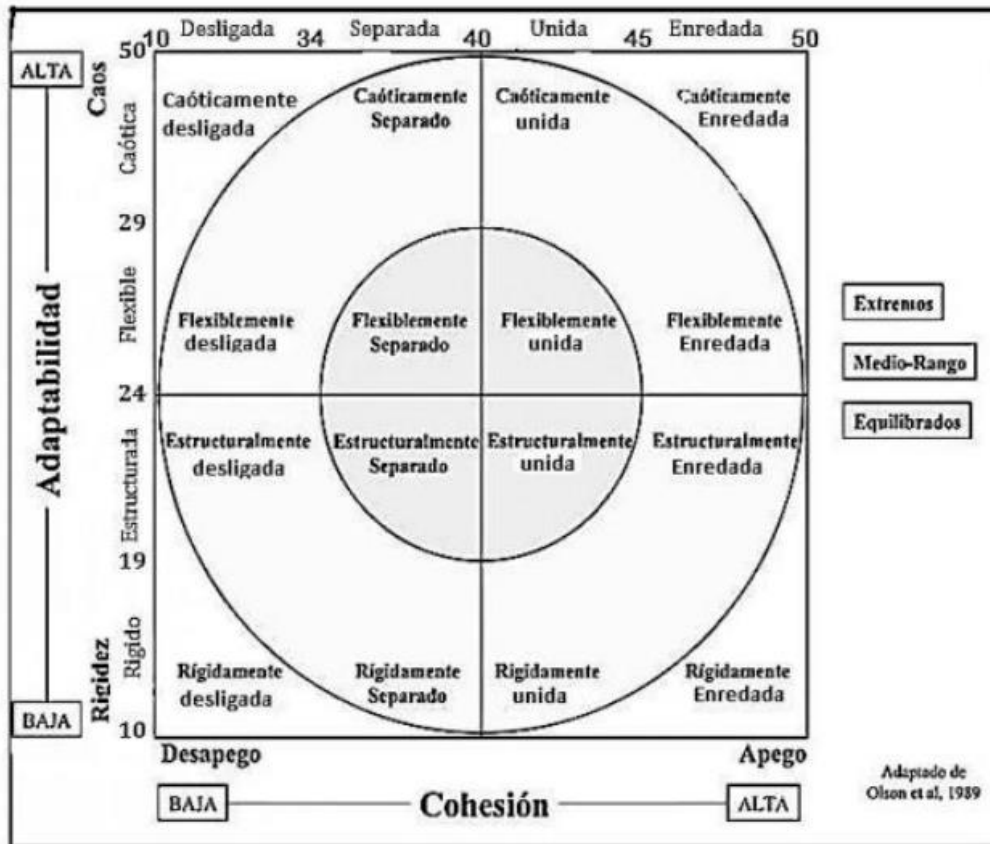
- Psicología. 2019. [Consultado Feb 2022]. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/2175>.
35. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales. *Med Clin*. [Internet]. 2002; Apr 13;118(13):493-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11975886/>
36. Olson, D.H. FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, (2011). 37, 1, 64-80.
37. Martínez A, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. [Internet]. 2006;6(2):317-338. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760207>
38. Costa D, González M, Nuria M. Agustina M, Del Arca D, Scafarelli L, Feibuscheurez A. Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar -Faces IV: Proceso De Adaptación A Montevideo, Uruguay. *Ciencias Psicológicas Prensa Médica Latinoamericana*. [Internet]. 2009; III (1): 43-56. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/2175>.
39. Montalbán J. Relación entre ansiedad y dinámica familiar. *Sociedad Española de Familia y Comunitaria* [Internet]. 1998; Vol. 21, Nº. 1, págs. 29-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-estadisticas-15004>
40. Lakasing E, Mirza Z. Anxiety and depression in young adults and adolescents. *Br J Gen Pract*. [Internet]. 2020; Jan 30;70(691):56-57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32001455/>

41. Monterrosa A, Dávila R, Mejía A, Contreras J, Mercado M., Flores Ch. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. MedUNAB [Internet]. 2020; 23(2): 195-213. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-807848>

ANEXOS

ANEXO 1

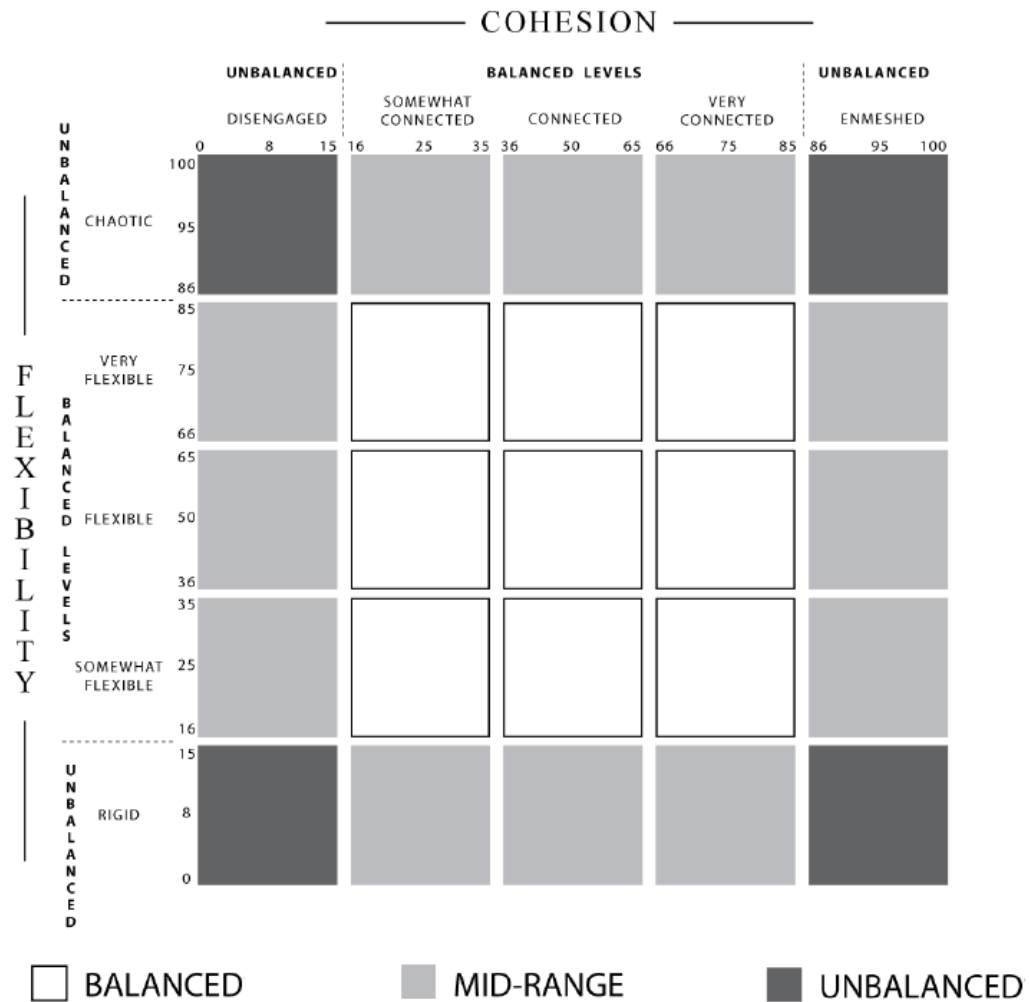
Modelo circunflejo de Olson



Fuente: Modificado por el autor con base en Martínez, Iraurgi, Galíndez y Sanz (2006).

ANEXO 2

Modelo Circunflejo de FACES IV



Coesion: Cohesión. Felxibility: Flexibilidad. Somewhat Connected: Algo Conectado. Connected: Conectado. Very Connected: Muy Conectado. Very Flexible: Muy Flexible. Flexible: Flexible. Somewhat Flexible: Algo Flexible. Disengaged: Desligada. Enmeshed: Enmarañada. Chaotic: Caótica. Rigid: Rígida. Balanced Levels: Niveles Balanceados. Mid-Range: Rangos Medios. Unbalanced: No balanceado.

ANEXO 3

Escala de Hamilton para Ansiedad

Instrucciones: Valore el grado y/o intensidad de ansiedad que ha experimentado en los últimos 15 días

Inciso	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
<p>1. Estado de ánimo ansioso.</p> <p>Como por ejemplo: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.</p>	0	1	2	3	4
<p>2. Tensión.</p> <p>Como por ejemplo: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.</p>	0	1	2	3	4
<p>3. Temores.</p> <p>Como por ejemplo: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.</p>	0	1	2	3	4
<p>4. Insomnio.</p> <p>Como por ejemplo: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.</p>	0	1	2	3	4
<p>5. Intelectual (cognitivo)</p> <p>Como por ejemplo: Dificultad para concentrarse, mala memoria.</p>	0	1	2	3	4
<p>6. Estado de ánimo deprimido.</p> <p>Como por ejemplo: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.</p>	0	1	2	3	4

<p>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</p> <p>Como por ejemplo: Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.</p>	0	1	2	3	4
<p>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</p> <p>Como por ejemplo: Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.</p>	0	1	2	3	4
<p>9. Síntomas cardiovasculares.</p> <p>Como por ejemplo: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.</p>	0	1	2	3	4
<p>10. Síntomas respiratorios.</p> <p>Como por ejemplo: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.</p>	0	1	2	3	4
<p>11. Síntomas gastrointestinales.</p> <p>Como por ejemplo: Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.</p>	0	1	2	3	4
<p>12. Síntomas genitourinarios.</p> <p>Como por ejemplo: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>	0	1	2	3	4
<p>13. Síntomas autónomos.</p> <p>Como por ejemplo: Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)</p>	0	1	2	3	4

<p>14. *Comportamiento del paciente durante la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4
--	----------	----------	----------	----------	----------

* Este inciso es contestado por el aplicador.

Interpretación (máximo puntaje es 56 puntos):

- <17 ansiedad leve
- 18-24 ansiedad moderada
- 25-30 ansiedad severa
- 31-56 ansiedad muy severa

ANEXO 4

Escala de FACES-IV

A continuación, se presentan una serie de enunciados relacionados con aspectos que se producen en las familias y entre los familiares. Indique, por favor, con un círculo, con qué frecuencia le ocurren a usted. Todos los ítems deben de ser respondidos.

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Indeciso	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los miembros de nuestra familia están involucrados, se interesan y participan en la vida de sus integrantes. (CB)	1	2	3	4	5
2. Nuestra familia intenta nuevas formas de lidiar con los problemas. (FB)	1	2	3	4	5
3. Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas externas a la familia que a los propios miembros de la familia. (D)	1	2	3	4	5
4. Pasamos demasiado tiempo juntos. (E)	1	2	3	4	5
5. Hay consecuencias estrictas por romper las reglas en nuestra familia. (R)	1	2	3	4	5
6. En nuestra familia, parecería que nunca nos organizaríamos. (C)	1	2	3	4	5
7. Los miembros de nuestra familia se sienten muy cercanos unos a otros. (CB)	1	2	3	4	5
8. Los padres comparten igualmente el liderazgo en nuestra familia. (FB)	1	2	3	4	5
9. Los miembros de la familia parecen evitar el contacto entre ellos cuando están en casa. (D)	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia se sienten presionados a pasar juntos la mayor parte del tiempo libre. (E)	1	2	3	4	5
11. Hay consecuencias claras cuando un miembro de la familia hace algo mal. (R)	1	2	3	4	5
12. Es difícil saber quién es el líder en nuestra familia. (C)	1	2	3	4	5

13.	Los miembros de la familia se apoyan mutuamente durante los momentos difíciles. (CB)	1	2	3	4	5
14.	La disciplina es justa en nuestra familia. (FB)	1	2	3	4	5
15.	Los miembros de la familia saben muy poco acerca de los amigos de otros miembros de la familia. (D)	1	2	3	4	5
16.	Los miembros de la familia dependen demasiado unos de otros. (E)	1	2	3	4	5
17.	Nuestra familia tiene una regla para casi todas las situaciones posibles. (R)	1	2	3	4	5
18.	Las cosas no se hacen en nuestra familia. (C)	1	2	3	4	5
19.	Los miembros de la familia consultan a otros miembros de la familia sobre decisiones importantes. (CB)	1	2	3	4	5
20.	Mi familia puede adaptarse al cambio cuando sea necesario. (FB)	1	2	3	4	5
21.	Los miembros de la familia están solos cuando hay un problema que resolver. (D)	1	2	3	4	5
22.	Los miembros de la familia tienen poca necesidad de amigos fuera de la familia. (E)	1	2	3	4	5
23.	Nuestra familia está muy organizada. (R)	1	2	3	4	5
24.	No está claro quién es responsable de las cosas (tareas, actividades) en nuestra familia. (C)	1	2	3	4	5
25.	A los miembros de la familia les gusta pasar parte de su tiempo libre juntos. (CB)	1	2	3	4	5
26.	Cambiamos las responsabilidades del hogar de persona a persona. (FB)	1	2	3	4	5
27.	Nuestra familia rara vez hace cosas juntas. (D)	1	2	3	4	5
28.	Nos sentimos demasiado conectados entre nosotros. (E)	1	2	3	4	5

29.	Nuestra familia se frustra cuando hay un cambio de planes o rutinas. (R)	1	2	3	4	5
30.	No hay liderazgo en nuestra familia. (C)	1	2	3	4	5
31.	Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, todavía participan en actividades familiares. (CB)	1	2	3	4	5
32.	Tenemos reglas y roles claros en nuestra familia. (FB)	1	2	3	4	5
33.	Los miembros de la familia rara vez dependen unos de otros. (D)	1	2	3	4	5
34.	Nos molesta que los miembros de la familia hagan cosas fuera de la familia. (E)	1	2	3	4	5
35.	Es importante seguir las reglas en nuestra familia. (R)	1	2	3	4	5
36.	Nuestra familia tiene dificultades para saber quién hace las distintas tareas del hogar. (C)	1	2	3	4	5
37.	Nuestra familia tiene un buen equilibrio de separación y cercanía. (CB)	1	2	3	4	5
38.	Cuando surgen problemas familiares, nos comprometemos. (FB)	1	2	3	4	5
39.	Los miembros de la familia operan principalmente de forma independiente. (D)	1	2	3	4	5
40.	Los miembros de la familia se sienten culpables si quieren pasar tiempo lejos de la familia. (E)	1	2	3	4	5
41.	Una vez que se toma una decisión, es muy difícil modificarla. (R)	1	2	3	4	5
42.	Nuestra familia se siente agitada y desorganizada. (C)	1	2	3	4	5
43.	Los miembros de la familia están satisfechos con la forma en que se comunican entre sí. (Co)	1	2	3	4	5
44.	Los miembros de la familia son muy buenos para escuchar. (Co)	1	2	3	4	5

45. Los miembros de la familia se expresan afecto unos a otros. (Co)	1	2	3	4	5
46. Los miembros de la familia pueden pedirse lo que quieren. (Co)	1	2	3	4	5
47. Los miembros de la familia pueden hablar tranquilamente de los problemas entre ellos. (Co)	1	2	3	4	5
48. Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias entre ellos. (Co)	1	2	3	4	5
49. Cuando los miembros de la familia se hacen preguntas unos a otros, obtienen respuestas honestas. (Co)	1	2	3	4	5
50. Los miembros de la familia tratan de comprender los sentimientos de los demás. (Co)	1	2	3	4	5
51. Cuando están enojados, los miembros de la familia rara vez dicen cosas negativas sobre los demás. (Co)	1	2	3	4	5
52. Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos el uno al otro. (Co)	1	2	3	4	5
Que tan satisfecho está usted con:	Muy Insatisfecho	Algo Insatisfecho	Generalmente Satisfecho	Muy Satisfecho	Extremadamente Satisfecho
53. El grado de cercanía entre los miembros de la familia. (St)	1	2	3	4	5
54. La capacidad de su familia para hacer frente al estrés. (St)	1	2	3	4	5
55. La capacidad de su familia para ser flexible. (St)	1	2	3	4	5
56. La capacidad de su familia para compartir experiencias positivas. (St)	1	2	3	4	5
57. La calidad de la comunicación entre los miembros de la familia. (St)	1	2	3	4	5
58. La capacidad de tu familia para resolver conflictos. (St)	1	2	3	4	5
59. La cantidad de tiempo que pasan juntos como familia. (St)	1	2	3	4	5
60. La forma en que se discuten los problemas. (St)	1	2	3	4	5
61. La justicia de las críticas en tu familia. (St)	1	2	3	4	5

62. La preocupación de los miembros de la familia por los demás. (St)	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Nota: CB = Cohesión Balanceada; FB = Flexibilidad Balanceada; D = Desligada; E = Enmarañada; R = Rígida;
 C = Caótica; Co=Comunicación; St=Satisfacción.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



“Asociación del Funcionamiento Familiar con la Ansiedad en Médicos Residentes de la Unidad de Medicina Familiar N° 9 IMSS”.

Investigadores a cargo:

Pablo Gutiérrez Pérez, Médico Residente Matrícula 97376319 Adscripción UMF No. 9

Patricia Sánchez Almazán, Médico Familiar Matrícula 99352434 Adscripción UMF No. 9

Eduardo Vilchis Chaparro, N51 Profesor Medico Matrícula 99377278 Adscripción CIEFD Siglo XXI

Leticia Garibay López, Médico Familiar Matrícula 99231366 Adscripción UMF No. 26

- ❖ Nombre: _____
- ❖ Especialidad Médica: _____ Grado: _____
- ❖ Edad: _____ años. Género: F _____ M _____
- ❖ Estado Civil: _____ Religión: _____
- ❖ Escolaridad (grado máximo de estudios terminado, si cuantas con otro posgrado favor de anotarlos a continuación): _____

- ❖ Padece alguna enfermedad:
No _____
Si _____ ¿Cuál? _____
Con que tratamiento médico: _____

- ❖ Ocupación (si realizas alguna otra actividad laboral o remunerada distinta a la especialidad)
No _____
Si _____ ¿Cuál? _____

- ❖ ¿Con quién vives en tu hogar? (Marca tu respuesta con una X en el cuadro de la izquierda).

	Sólo		Hermanos
	Madre		Abuelos
	Padre		Tíos
	Pareja		Sobrinos
	Hijos		Amigos, conocidos
	Otros:		
	Rento sólo, pero los fines de semana libres, días festivos, y/o vacaciones voy con mi familia		

- ❖ En tu hogar quienes realizan alguna actividad laboral remunerada y que aporten para los gastos familiares.

	Yo		Hermanos
	Madre		Abuelos
	Padre		Tíos
	Pareja		Sobrinos
	Hijos		Amigos, conocidos
	Otros:		

INTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N°. 9 San Pedro de los Pinos IMSS



“Asociación del Funcionamiento Familiar con la Ansiedad en Médicos Residentes de la Unidad de Medicina Familiar N° 9 IMSS”

Médico Investigador: PABLO GUTIÉRREZ PÉREZ (Médico Residente de la especialidad en Medicina Familiar)

Nombre: _____ Fecha: _____

- A continuación, se presentan una serie de enunciados relacionados con aspectos que se producen en las familias y entre los familiares. Indique, por favor, con un círculo, con qué frecuencia le ocurren a usted. Todos los ítems deben de ser respondidos.

Reactivo	Totalmente en desacuerdo	Generalmente en desacuerdo	Indeciso	Generalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los miembros de nuestra familia están involucrados, se interesan y participan en la vida de sus integrantes.	1	2	3	4	5
2. Nuestra familia intenta nuevas formas de lidiar con los problemas.	1	2	3	4	5
3. Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas externas a la familia que a los propios miembros de la familia.	1	2	3	4	5
4. Pasamos demasiado tiempo juntos.	1	2	3	4	5
5. Hay consecuencias estrictas por romper las reglas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
6. En nuestra familia, pareciera que nunca nos organizáramos.	1	2	3	4	5
7. Los miembros de nuestra familia se sienten muy cercanos unos a otros.	1	2	3	4	5
8. Los padres comparten igualmente el liderazgo en nuestra familia.	1	2	3	4	5
9. Los miembros de la familia parecen evitar el contacto entre ellos cuando están en casa.	1	2	3	4	5
10. Los miembros de la familia se sienten presionados a pasar juntos la mayor parte del tiempo libre.	1	2	3	4	5
11. Hay consecuencias claras cuando un miembro de la familia hace algo mal.	1	2	3	4	5
12. Es difícil saber quién es el líder en nuestra familia	1	2	3	4	5
13. Los miembros de la familia se apoyan mutuamente durante los momentos difíciles.	1	2	3	4	5
14. La disciplina es justa en nuestra familia.	1	2	3	4	5
15. Los miembros de la familia saben muy poco acerca de los amigos de otros miembros de la familia.	1	2	3	4	5

16. Los miembros de la familia dependen demasiado unos de otros.	1	2	3	4	5
17. Nuestra familia tiene una regla para casi todas las situaciones posibles.	1	2	3	4	5
18. Las cosas no se hacen en nuestra familia. (planes).	1	2	3	4	5
19. Los miembros de la familia consultan a otros miembros de la familia sobre decisiones importantes.	1	2	3	4	5
20. Mi familia puede adaptarse al cambio cuando sea necesario.	1	2	3	4	5
21. Los miembros de la familia están solos cuando hay un problema que resolver.	1	2	3	4	5
22. Los miembros de la familia tienen poca necesidad de amigos fuera de la familia.	1	2	3	4	5
23. Nuestra familia está muy organizada.	1	2	3	4	5
24. No está claro quién es responsable de las cosas (tareas, actividades) en nuestra familia.	1	2	3	4	5
25. A los miembros de la familia les gusta pasar parte de su tiempo libre juntos.	1	2	3	4	5
26. Cambiamos las responsabilidades del hogar de persona a persona.	1	2	3	4	5
27. Nuestra familia rara vez hace cosas juntas.	1	2	3	4	5
28. Nos sentimos demasiado conectados entre nosotros.	1	2	3	4	5
29. Nuestra familia se frustra cuando hay un cambio de planes o rutinas.	1	2	3	4	5
30. No hay liderazgo en nuestra familia.	1	2	3	4	5
31. Aunque los miembros de la familia tienen intereses individuales, todavía participan en actividades familiares.	1	2	3	4	5
32. Tenemos reglas y roles claros en nuestra familia.	1	2	3	4	5
33. Los miembros de la familia rara vez dependen unos de otros.	1	2	3	4	5
34. Nos molesta que los miembros de la familia hagan cosas fuera de la familia.	1	2	3	4	5
35. Es importante seguir las reglas en nuestra familia.	1	2	3	4	5
36. Nuestra familia tiene dificultades para saber quién hace las distintas tareas del hogar	1	2	3	4	5
37. Nuestra familia tiene un buen equilibrio de separación y cercanía.	1	2	3	4	5
38. Cuando surgen problemas familiares, nos comprometemos.	1	2	3	4	5
39. Los miembros de la familia operan principalmente de forma independiente	1	2	3	4	5
40. Los miembros de la familia se sienten culpables si quieren pasar tiempo lejos de la familia.	1	2	3	4	5
41. Una vez que se toma una decisión, es muy difícil modificarla.	1	2	3	4	5

42. Nuestra familia se siente agitada y desorganizada.	1	2	3	4	5
43. Los miembros de la familia están satisfechos con la forma en que se comunican entre sí.	1	2	3	4	5
44. Los miembros de la familia son muy buenos para escuchar.	1	2	3	4	5
45. Los miembros de la familia se expresan afecto unos a otros.	1	2	3	4	5
46. Los miembros de la familia pueden pedirse lo que quieren	1	2	3	4	5
47. Los miembros de la familia pueden hablar tranquilamente de los problemas entre ellos.	1	2	3	4	5
48. Los miembros de la familia discuten sus ideas y creencias entre ellos.	1	2	3	4	5
49. Cuando los miembros de la familia se hacen preguntas unos a otros, obtienen respuestas honestas.	1	2	3	4	5
50. Los miembros de la familia tratan de comprender los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
51. Cuando están enojados, los miembros de la familia rara vez dicen cosas negativas sobre los demás.	1	2	3	4	5
52. Los miembros de la familia expresan sus verdaderos sentimientos el uno al otro.	1	2	3	4	5
Que tan satisfecho está usted con:	Muy Insatisfecho	Algo Insatisfecho	Generalmente Satisfecho	Muy Satisfecho	Extremadamente Satisfecho
53. El grado de cercanía entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
54. La capacidad de su familia para hacer frente al estrés.	1	2	3	4	5
55. La capacidad de su familia para ser flexible.	1	2	3	4	5
56. La capacidad de su familia para compartir experiencias positivas.	1	2	3	4	5
57. La calidad de la comunicación entre los miembros de la familia.	1	2	3	4	5
58. La capacidad de tu familia para resolver conflictos.	1	2	3	4	5
59. La cantidad de tiempo que pasan juntos como familia.	1	2	3	4	5
60. La forma en que se discuten los problemas.	1	2	3	4	5
61. La justicia de las críticas en tu familia.	1	2	3	4	5
62. La preocupación de los miembros de la familia por los demás.	1	2	3	4	5

- Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia de los últimos 15 días. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Seleccione con un círculo de las casillas de la derecha el número que defina mejor la intensidad de cada síntoma que usted presenta. Todos los ítems deben ser respondidos.

	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave / Incapacitante
Estado de ánimo ansioso. Como por ejemplo: Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.	0	1	2	3	4
Tensión. Como por ejemplo: Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
Temores. Como por ejemplo: A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
Insomnio. Como por ejemplo: Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
Intelectual (cognitivo) Como por ejemplo: Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
Estado de ánimo deprimido. Como por ejemplo: Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
Síntomas somáticos generales (musculares) Como por ejemplo: Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
Síntomas somáticos generales (sensoriales) Como por ejemplo: Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
Síntomas cardiovasculares. Como por ejemplo: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
Síntomas respiratorios. Como por ejemplo: Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
Síntomas gastrointestinales. Como por ejemplo: Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
Síntomas genitourinarios. Como por ejemplo: Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
Síntomas autónomos. Como por ejemplo: Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4

<p>*Comportamiento del paciente durante la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>	0	1	2	3	4
--	----------	----------	----------	----------	----------

Investigadores a cargo:

Pablo Gutiérrez Pérez Médico Residente Matrícula 97376319 Adscripción UMF No. 9

Patricia Sánchez Almazán Médico Familiar Matrícula 99352434 Adscripción UMF No. 9

Leticia Garibay López Médico Familiar Matrícula 99231366 Adscripción UMF No. 26

Eduardo Vilchis Chaparro N51 Profesor Medico Matrícula 99377278 Adscripción CIEFD Siglo XXI

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Nombre del estudio:	Asociación del Funcionamiento Familiar con la Ansiedad en Médicos Residentes de la Unidad de Medicina Familiar N°9 IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México. Consulta Externa de Medicina Familiar N°.9 "San Pedro de los Pinos" – 15 de julio de 2022
Número de registro institucional:	R-2022 - 3609 - 022
Justificación y objetivo del estudio:	Contar con la información proporcionada por el médico becario, permitirá determinar la asociación en médicos residentes de la ansiedad con su función familiar. Así como identificar las familias con mayor riesgo de problemática y por lo tanto mayor riesgo de presentar factores de riesgo que perjudiquen la función familiar en relación con la presentación de un grado medio a severo de ansiedad. Con la realización de este estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la identificación y prevención de complicaciones por un trastorno de ansiedad generalizada en médicos residentes. Objetivo: Determinar la asociación que existe entre el funcionamiento familiar con la ansiedad en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar N°.9 del IMSS.
Procedimientos del estudio:	En caso de aceptar o participar en este estudio, me comprometo a realizar el llenado de la hoja de recolección de datos, resolución de la Escala de Hamilton para Ansiedad y la Escala de Evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar, cuarta edición. Con un tiempo de llenado de 30 a 40 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que el estudio es de riesgo mínimo, por no ser invasivo. En caso de presentar algún malestar físico y/o emocional, así como ansiedad o inquietud por alguna pregunta, al momento de contestar los instrumentos, tengo la libertad de no responder esa pregunta o a la totalidad del mismo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se me ha informado que si así lo deseo podré solicitar mis resultados obtenidos de los instrumentos contestados e identificar mi función familiar y mi grado de ansiedad y en caso de presentar un grado de ansiedad moderado, severo o muy severo se me ofrecerá la atención por el servicio de medicina preventiva, servicio de psicología y/o psiquiatría de la institución o en caso de obtener un resultado alto de función familiar desbalanceada, se me ofrecerá la atención por un servicio de terapia familiar. Los resultados, sin incluir mis datos personales, serán impresos y publicados en un estudio de investigación propio de la institución.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha informado que recibiré información acerca de los resultados finales, tratamiento y referencia oportuna en caso de que yo lo solicite.
Participación o retiro:	Se me ha informado que tengo plena libertad de decidir sobre mi participación o retiro en cualquier momento durante la realización de la investigación, sin que se afecte mi atención en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha informado que mis datos personales serán codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los investigadores de este estudio, los cuales no se compartirán en ningún momento.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en este estudio
- Si acepto participar en este estudio.
- Si acepto que mi familiar o representado participe en este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:	Sánchez Amazán Patricia. Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°.9 San Pedro de los Pinos, Ciudad de México, México Tel 52770077 Fax: No Fax. E-mail: drapatyalmazan@gmail.com.
Colaboradores:	Vilchis Chaparro Eduardo, Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud. Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI. CMNSXXI. Teléfono: 56276900 ext. 217425. Fax: No Fax. Email: lalovilchis@gmail.com. Ganbay López Leticia. Médico Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°. 26. Ciudad de México, México. Tel 52770077. Fax: No Fax. E-mail: ganbayletty0509@gmail.com Gutiérrez Pérez Pablo, médico residente de tercer año de la Especialidad en Medicina Familiar en Unidad de Medicina Familiar N°. 9 San Pedro de los Pinos. tel. 5527513324. Fax: No Fax. Email: drpablogp88@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58-71, Correo electrónico: conbioeticahgr@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Gutiérrez Pérez Pablo

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013