



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD SUR DE LA CDMX**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”**

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN
MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21.**

T E S I S

Para obtener el título de
Especialista en Medicina Familiar

P R E S E N T A

DRA. NÚÑEZ SALINAS BERENICE

NÚMERO DE REGISTRO: R-2021-3703-055

FOLIO: F-2021-3703-058

A S E S O R

DR. VARELA ALMANZA RODOLFO

CIUDAD DE MÉXICO

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIÓN DE TESIS

DRA. PAULA AVALOS MAZA

DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 IMSS”

DR. JORGE ALEJANDO ALCALÁ MOLINA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 IMSS
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 IMSS
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”

ASESOR DE TESIS

DR. RODOLFO VARELA ALMANZA

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MÉDICO DE BASE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21 IMSS
“FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA REGIÓN
SUR DE LA CDMX



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21.

INVESTIGADORES:

Berenice Núñez Salinas.

Residente de tercer año en el Curso de Especialización en Medicina Familiar.

Matrícula: 97385677.

Lugar de trabajo: consulta externa.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21. Delegación 4 Sur, IMSS CDMX.

Teléfono oficina: 5557 68 6000 Ext. 21407 Fax: sin fax.

Correo electrónico: beremedfam@outlook.com

Rodolfo Varela Almanza.

Especialista en Medicina Familiar.

Matrícula: 99386574

Lugar de trabajo: consulta externa.

Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21. Delegación 4 Sur, IMSS CDMX.

Teléfono oficina: 5557 68 6000 Ext. 21407 Fax: sin fax.

Correo electrónico: dr.rva.mf@gmail.com

**Ansiedad, depresión y calidad de vida en
médicos residentes de Medicina Familiar de la
Unidad de Medicina Familiar N° 21.**

INDICE

1. Resumen.....	7
2. Marco teórico.....	8
2.1 Depresión.....	8
2.2 Ansiedad.....	15
2.3 Los médicos residentes.....	21
2.4 Calidad de vida.....	25
2.5 Ansiedad, depresión y calidad de vida.....	28
3. Justificación	31
4. Planteamiento del problema.....	33
5. Objetivos.....	34
6. Hipótesis.....	35
7. Material y métodos.....	36
8. Control de sesgos.....	43
9. Aspectos éticos.....	44
10. Consentimiento informado.....	48
11. Recursos, financiamiento.....	49
12. Factibilidad, difusión y trascendencia.....	50
13. Cronograma de actividades.....	51
14. Resultados.....	52
15. Análisis.....	67
16. Discusión y conclusiones	68
17. Recomendaciones	70
18. Referencias bibliográficas.....	71
19. Anexos.....	75

RESUMEN

Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹. Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

OBJETIVO: relacionar la ansiedad y la depresión con la calidad de vida en los médicos residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en médicos residentes en las instalaciones de la UMF N°21, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario PHQ-9, SF-12 y el cuestionario de ansiedad de Hamilton.

RESULTADOS: participaron 59 médicos residentes de 25 a 37 años de edad. La prevalencia de síntomas moderados a severos de depresión fue mayor en hombres que se encuentran cursando el tercer año de la residencia. Se encontró que el 28.57% son hombres que necesitan tratamiento para controlar los síntomas de ansiedad. De los médicos residentes participantes, el 40.7% se percibe con peor estado en su calidad de vida, de ellos, el 37.5% se encuentran cursando el primer año de la residencia médica.

CONCLUSIÓN: resulta evidente que los aspectos afectivos y sociales no son considerados al evaluar el desempeño durante la formación médica; sin embargo, estos afectan considerablemente el desarrollo académico y la calidad de vida de los residentes. La alta especificidad y sensibilidad de las pruebas diagnósticas y el beneficio de un diagnóstico temprano justifican el reconocimiento periódico de ansiedad y depresión en médicos residentes.

RECURSOS: asesores metodológicos, asesores clínicos, instalaciones, materiales y financiamiento a cargo del médico residente.

INFRAESTRUCTURA: instalaciones de Unidad Médica de Medicina Familiar.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: los investigadores cuentan con más de cinco años de experiencia en el campo de la educación e investigación médica.

TIEMPO PARA DESARROLLARSE: junio del 2021 a agosto del 2021.

PALABRAS CLAVE: ansiedad, depresión, calidad de vida, médicos residentes.

MARCO TEÓRICO

1. DEPRESIÓN.

1.1 Antecedentes históricos.

Se estima que la depresión ha estado presente en la humanidad desde los principios de su existencia. En la antigüedad, su término semejante era *melancolía*, término médico forjado durante la época de Hipócrates en el siglo V a.C., el cual era utilizado por la doctrina humorista, la encargada de estudiar la salud y la enfermedad a través del equilibrio o desequilibrio de los cuatro humores básicos en el cuerpo. Areteo de Capadocia escribió: “la melancolía es una alteración apirética del ánimo que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento, inclinado a la tristeza y a la pesadumbre”¹ y atribuyó su etiología a la bilis negra. En 131-201, Galeno describió la melancolía como “una enfermedad crónica en la que las personas carecen de fiebre, pero presentan temor, miedo, desesperación, misantropía y cansancio de la vida”.¹

Durante la Edad Media muchos líderes religiosos atribuían la depresión a una posesión de espíritus malignos. Martín Lutero escribió: “Toda la pesadez de la mente y la melancolía vienen del diablo”¹ causando que, durante muchos años, los azotes, exorcismos y sangrías fueran el principal tratamiento para la depresión.¹

Fue hasta el siglo XVI, cuando Bartolomeus Anglicus describió a la melancolía como “la afección de la parte media de la cabeza con privación de la razón que domina el alma y que proviene del miedo y de la tristeza que daña a la razón”¹, que ésta fue aceptada como una enfermedad mental.¹

En el siglo XIX Guislain (1797) fue el primero en describir la ansiedad y la psicosis asociadas a la depresión, argumentando que la melancolía era un fenómeno inicial seguido de manía, ideas delirantes y finalmente, la demencia. Gracias a los trabajos de Griesinger (1861), Hoffman (1861) y Snell (1865) se consideró que la forma fundamental de las enfermedades mentales era la

melancolía y que otras enfermedades como la manía, la paranoia y la demencia eran las formas graves y sucesivas.¹

En 1952 surgió la primera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación psiquiátrica de los Estados Unidos, el DSM-I por sus siglas en inglés, gracias a la necesidad de confeccionar una clasificación de los trastornos mentales con nomenclatura aceptable para todo el país. Este manual ha sido actualizado continuamente y se caracteriza por contener una clasificación de los trastornos mentales y proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.²

1.2 Definición.

En la actualidad, la depresión es considerada una enfermedad con múltiples presentaciones y una amplia gama de síntomas asociados. Se define como una alteración mental y del estado de ánimo, una afección global de la vida psíquica que cursa con descenso del humor, tristeza profunda y pérdida del interés; se acompaña de ciertos síntomas afectivos, físicos, cognitivos y del comportamiento dentro de los cuales se encuentran sentimientos subjetivos de culpa y de soledad, impotencia frente a las exigencias de la vida e inutilidad, presencia de llanto fácil o irritabilidad, la desesperanza, el retraimiento social, la falta de libido, la disminución o la pérdida del interés y el disfrute de las actividades en la vida cotidiana.^{2, 3}

1.3 Epidemiología.

La Organización Mundial de la Salud refiere que la depresión es la enfermedad mental más común ya que es diagnosticada en el 40% de los pacientes que acuden a una consulta psiquiátrica, además se estima que el total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones, de las cuales, la mitad vive en la región de Asia Sudoriental y en la región del Pacífico Occidental, ambas regiones son consideradas como las más grandes y pobladas del mundo.⁴

La prevalencia de los síntomas depresivos en la población mundial es de 9 a 20% y el riesgo de sufrir un trastorno depresivo durante la vida está entre el 12 y 20% en las mujeres mientras que en los hombres es del 6 al 10%.³

En México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional realizada por el INEGI en 2017, al menos 32.5% de los integrantes del hogar mayores de 12 años ha tenido sentimientos de depresión y en ese mismo año, se contabilizaron 6,559 defunciones por suicidio mientras que, en 2018, ese número aumentó a 6,808 siendo Yucatán la entidad federativa con el mayor porcentaje de muertes por suicidio del país con un 27%, seguido de Aguascalientes con 20%.⁵

Se considera que el trastorno depresivo mayor cuenta con una carga económica estimada en 210.5 millones de dólares al año, registrándose un aumento entre el 2005 y el 2010 de 21.5%, donde la mitad de este gasto se atribuye a los gastos médicos directos generados por esta patología, representando el 10% del total de las visitas médicas en un año.⁶

1.4 Factores de riesgo.

Los factores de riesgo para desarrollar depresión se pueden dividir en tres categorías: internos, externos y eventos adversos de la vida. Los factores internos son: contar con historia personal de ansiedad, baja autoestima, el sexo femenino y presencia de emociones negativas frecuentes. Dentro de los factores externos se encuentra el consumo de sustancias tóxicas o drogas y la presencia de alteraciones de la conducta. Algunos eventos adversos de la vida que pueden condicionar la aparición de depresión son abuso sexual infantil, presencia de enfermedades crónicas, niveles altos de estrés, familiares de primer grado con diagnóstico de depresión, inestabilidad con pareja sentimental (divorcio o separación reciente), nivel educativo bajo, nivel socioeconómico bajo, pérdida o ausencia de los padres e inestabilidad laboral.^{3, 6}

El riesgo de padecer depresión es mayor en las mujeres que en los hombres, con una relación 2:1. Existen dos picos de edad en los cuales los síntomas son más frecuentes, el primero es a los 20 y el segundo a los 50 años.³

1.5 Etiología y fisiopatología.

La etiología de la depresión se considera multifactorial porque existe una combinación de factores genéticos, fisiológicos y hormonales; también se considera que puede ser detonada por diversas condiciones como el estrés, alteraciones en el ciclo sueño vigilia o traumas.²

Fisiopatológicamente, la depresión es consecuencia de una disminución en la disponibilidad de dos neurotransmisores esenciales, la noradrenalina y la serotonina, esto implica una alteración en el sistema noradrenérgico el cual se encuentra integrado por neuronas noradrenérgicas que inervan el cerebro y están localizadas en el núcleo accumbens y en el área tegmental media, proyectando axones al tálamo, la amígdala, el hipocampo, el hipotálamo y la corteza cerebral donde se llevan a cabo funciones como la motivación, el estado de alerta-vigilia, el apetito, la regulación del sueño, la motivación, el aprendizaje, el nivel de consciencia, la memoria y los mecanismos de recompensa. Teorías actuales consideran que las alteraciones en el sistema noradrenérgico se presentan como respuesta a los niveles sostenidos de estrés el cual produce alteraciones en el sistema nervioso central disminuyendo la neurogénesis, promoviendo la atrofia de las proyecciones dendríticas neuronales y la neuro plasticidad, así como el incremento en la muerte neuronal, incentivadas también por la hipercortisolemia que también es consecuencia del estrés crónico.^{7, 8}

Existen estudios de imagen y post-mortem que han identificado cambios morfológicos en la corteza prefrontal y en el hipocampo, caracterizados por una reducción en la densidad glial y en el volumen de materia gris en las áreas ya mencionadas.⁷

En estudios realizados en animales se ha demostrado que la presencia de estrés crónico puede alterar la expresión de genes que regulan los sistemas antioxidantes como la catalasa, el sistema superóxido dismutasa, el glutatión reductasa, la NADPH oxidasa y la peroxidasa, causando elevación en el nivel de

especies reactivas de oxígeno induciendo un comportamiento similar al de la depresión.⁸

Otro factor genético implicado es la variación en el brazo corto del gen que codifica el transportador de serotonina (5-HTTLPR). Se ha demostrado que los portadores tienen mayor riesgo de desarrollar depresión como respuesta a un evento adverso de la vida y también se ha relacionado con peores resultados después del tratamiento con antidepresivos orales.⁷

Los genes Tph1 y Tph2 codifican la enzima limitante de la biosíntesis de serotonina. La presencia de polimorfismos de nucleótidos en el gen Tph2 se asocian con una mayor incidencia de trastorno depresivo mayor, mientras que las alteraciones en el gen Tph1 (expresado predominantemente en la glándula pineal) interrumpe la síntesis de melatonina (hormona que regula varios parámetros biológicos del cuerpo humano como el ritmo circadiano, la temperatura y la secreción de cortisol) disminuyendo la señalización melatonérgica en los receptores del núcleo supraquiasmático del hipotálamo aumentando el riesgo de padecer depresión y aumentando el riesgo de suicidio por la presencia de dificultad para conciliar el sueño, dificultad para mantenerse dormidos y despertar temprano por la mañana.^{7,9}

En el gen BDNF se ha identificado un polimorfismo funcional que sustituye una valina por metionina en el codón 66 (Val66Met) que provoca una disminución del tráfico intracelular en el hipocampo que se traduce como baja estabilidad emocional y disminución de la materia gris en esta área.⁷

En los últimos años se ha estudiado la relación del aumento de las células T helper 17 (Th17) y la citoquina producida por estas células, la interleucina 17-A que promueve la neuro inflamación y la activación de astrocitos y microglía, acciones que contribuyen al daño y la plasticidad neuronal.⁹

Todo esto hace que nos demos cuenta de que existen diversas teorías sobre la patogenia de la depresión, mismas que deben ser consideradas para un tratamiento farmacológico adecuado.⁸

1.6 Cuadro clínico y diagnóstico.

Se consideran como síntomas cognitivos la dificultad para concentrarse o prestar atención, pérdida de memoria, la ideación suicida o pensamientos de muerte. Los síntomas volitivos incluyen la anhedonia, la apatía, el descuido de sus actividades diarias, y los síntomas somáticos son las alteraciones del ciclo sueño-vigilia, la cefalea, las mialgias, la fatiga y la propensión a infecciones.¹⁰

La depresión puede ser duradera o recurrente causando, en la persona que la padece, un deterioro sustancial en la calidad de vida, deterioro en la capacidad de desempeñar su actividad laboral o en su rendimiento académico. En su forma más grave, la depresión puede llevar al suicidio.¹¹

Los trastornos depresivos tienen dos categorías principales: el trastorno depresivo mayor caracterizado por un estado de ánimo deprimido, pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; se clasifica como leve, moderado o severo dependiendo del número y la gravedad de los síntomas; y la distimia, la cual se define como la forma persistente o crónica de la depresión, con síntomas similares a los de un trastorno depresivo, pero suelen ser menos intensos y más duraderos.⁴

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5). Es importante mencionar que el DSM-5 no introduce cambios significativos respecto a los criterios de la edición anterior (DSM-IV-TR) para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que el paciente refiere un mínimo de 5 síntomas, de los cuales, al menos uno de ellos tiene que ser estado de ánimo depresivo o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades (ver anexo 1).^{12, 13}

La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30-F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente. En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (ver nexo 2). Dentro de este mismo catálogo se divide al trastorno depresivo según la cantidad y características de los síntomas depresivos en tres tipos: leve, donde debe haber de dos a tres síntomas del criterio B mientras que el paciente tiene la capacidad de continuar sus actividades de forma cotidiana sin dificultad; moderado, cuando están presentes al menos dos síntomas del criterio B más algunos síntomas del criterio C para juntos sumar la cantidad de, por lo menos 6 síntomas, además de que el paciente ya tiene dificultades para mantener sus actividades cotidianas; y severo, cuando se presentan 8 síntomas resultantes de la suma de los presentes en el criterio B y C así como pensamientos o acciones suicidas y síntomas psicóticos (Anexo 3).¹³

Se recomienda la detección de depresión en población adulta con la implementación de sistemas establecidos para garantizar la precisión diagnóstica, el tratamiento eficaz y el seguimiento apropiado. El cribado se recomienda en todos los adultos mayores de 18 años independientemente de la presencia o no de factores de riesgo.¹⁴

Uno de los instrumentos utilizados y con mayor validez en la actualidad para el cribado de depresión es el cuestionario PHQ-9, el cual evalúa la presencia de síntomas de depresión valorados mediante una escala tipo likert, compuesta por 9 preguntas donde se investigan: el poco interés en hacer las cosas, el sentirse decaído, las alteraciones en el sueño, la sensación de poca energía, las alteraciones en el apetito, la sensación de ser un fracaso, la dificultad para concentrarse, alteraciones psicomotrices o pensamientos de autolisis en las últimas dos semanas, cada una con cuatro opciones de respuesta que van del “nunca” hasta el “casi todos los días”. Entonces, cuanto mayor sea la suma de puntos peor será la severidad de los signos depresivos. Este cuestionario ha demostrado buenas propiedades

psicométricas y operativas. Se ha descrito una sensibilidad entre un 77 a un 98% y una especificidad de 75 al 80% (Anexo 4).^{14, 15}

2. Ansiedad.

2.1 Definición.

Otro de los trastornos mentales con mayor prevalencia en el mundo es la ansiedad, la cual se define como un estado emocional desagradable que se asocia a cambios psíquicos y somáticos como la perturbación en el ciclo sueño vigilia, alteraciones en la concentración y disfunción social u ocupacional; los pacientes también pueden referir irritabilidad, tensión muscular, cefalea y fatiga. La ansiedad puede aparecer como una reacción normal y adaptativa o como un síndrome caracterizado por sentimientos de temor irracional, intensidad excesiva de los sentimientos con relación al estímulo con una duración prolongada de forma injustificada y recurrencia inmotivada causando, de forma secundaria, disfuncionalidad en la persona que la padece. Dicho de otra forma, se puede considerar que cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día, pero es cuando esa ansiedad sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, que se convierte en patológica provocando malestar psicológico, físico y conductual.^{16, 17}

2.2 Epidemiología.

La Organización Mundial de la Salud estima que número total estimado de personas que cuentan con diagnóstico de algún trastorno de ansiedad es de 264 millones, lo que correspondería al 3.6% de la población mundial, siendo más frecuente en las mujeres (4.6%) que en los hombres (2.6%), también estima que la prevalencia mensual de la ansiedad es de 7,5% en adultos de todas las edades, mientras que en el grupo de adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5, 5%, pero es de casi el 20% en un periodo de 6 meses y del 35% a lo largo del ciclo vital. Estados Unidos se encuentra a la cabeza con la prevalencia anual a nivel mundial de 21.4% mientras que México se encuentra en el séptimo puesto con una prevalencia de 9.2% ⁷

Según los estudios epidemiológicos realizados en los últimos años, los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en la población actual, afectando al 10% de población general. De acuerdo con la última Encuesta Nacional realizada por el INEGI en el 2017, el 32.4% de la población mexicana presentó síntomas de ansiedad, siendo las mujeres las de mayor prevalencia con un 37.4% a diferencia de los hombres con un 27%.⁹

La superposición entre depresión y ansiedad está bien establecida; más del 50% de los pacientes con depresión informan ansiedad clínicamente significativa y tienen una mayor resistencia a los tratamientos estándar que los pacientes que tienen depresión sin ansiedad.³

2.3 Factores de riesgo.

Se consideran factores de riesgo los eventos de vida o factores psicosociales como los problemas académicos, laborales o de relaciones interpersonales y los cambios en el sistema de vida ya que están asociados al trastorno de ansiedad generalizada y a trastornos de adaptación. Los antecedentes familiares de ansiedad juegan también un papel importante dentro de los factores de riesgo, se ha encontrado que los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por ansiedad generalizada tienen de cuatro a siete veces más probabilidades de presentar este trastorno. Otro factor de riesgo descrito en la literatura es el hecho de enfrentar acontecimientos traumáticos tales como los accidentes de tránsito, secuestros, asaltos, torturas o violaciones debido a que ocasionan daños cerebrales asociados a síntomas graves de ansiedad como el trastorno de estrés postraumático. El consumo de sustancias tóxicas y los antecedentes personales de ansiedad durante la niñez o el antecedente de otra enfermedad psiquiátrica también son considerados como predisponentes a desarrollar algún trastorno de ansiedad.^{16, 17}

2.4 Etiología y fisiopatología.

Los mecanismos exactos por los cuales se produce la ansiedad todavía no son conocidos completamente, sin embargo, se cree que las manifestaciones clínicas son secundarias a diversas alteraciones donde están implicados factores biológicos,

ambientales y psicosociales. Dentro de los factores más estudiados se encuentra la alteración en la modulación del sistema nervioso central donde el sistema gabaérgico y serotoninérgico son los protagonistas, así como la presencia de anomalías estructurales en el sistema límbico, el cual es un sistema neuronal establecido tempranamente en el origen del ser humano y es responsable de preservar la vida a través de la actividad sexual, la alimentación y las reacciones de lucha o de huida, que a la vez están relacionadas con emociones como el amor, la furia, el miedo y la alegría. Se ha identificado al sistema límbico como aquella estructura responsable de estas reacciones, siendo comandado y coordinado por la amígdala y el locus ceruleus.¹⁷

La amígdala está localizada en el lóbulo temporal, es la estructura encargada de regular y coordinar la reacción de alarma involucrada en los momentos de ansiedad y miedo. También está relacionado con el condicionamiento de recompensa al tener conexiones neuronales con el núcleo accumbens, locus ceruleus y diversos núcleos de la estría terminalis. Forma parte del control de la regulación cardiovascular y de la respiración a través de proyecciones con los núcleos parabranciales, el tálamo, el hipotálamo y los núcleos dorsales del nervio vago. Las funciones de la amígdala están mediadas por receptores 5HT-1^a, benzodiazepínicos y noradrenérgicos. Por otro lado, el locus ceruleus es la estructura encargada de recibir información interoceptiva y exteroceptiva enviando estímulos a la amígdala, el hipotálamo, la médula espinal y la corteza cerebral convirtiéndolo en un centro de alerta para la supervivencia activando una respuesta ante cambios del medio externo e interno como la disminución en la presión y el volumen sanguíneos, hipercapnia, cambios en la termorregulación, hipoglucemia, cambios de volumen en vejiga, colon y estómago, así como estímulos sensoriales nocivos.^{17, 18}

La literatura avala que niveles altos de adrenalina, noradrenalina y sus metabolitos son los protagonistas en la neurobiología de la ansiedad. Se ha descrito un aumento de la liberación de noradrenalina por el locus ceruleus, así como una hipersensibilidad de los receptores B-adrenérgicos los cuales están relacionados

con la fobia social y con la presencia de síntomas como temblor, rubicundez en cara y sudoración. También se describe una disfunción serotoninérgica al encontrarse una hipersensibilidad de los receptores 5HT del locus ceruleus, una disminución en la regulación de los receptores 5HT1 presinápticos de la corteza prefrontal provocando un aumento en la liberación de serotonina que induce inhibición sobre las proyecciones gabaérgicas que van al locus ceruleus, provocando una hiperactividad de esta estructura.¹⁸

En términos muy generales se considera que en la ansiedad existe una hipoactividad del sistema serotoninérgico y una hiperactividad del sistema noradrenérgico dando como resultado una excitación fisiológica exagerada en estructuras como la amígdala y el locus ceruleus más una desregulación en la experiencia emocional del individuo.¹⁷

2.5 Cuadro clínico y diagnóstico.

Dentro del cuadro clínico de la ansiedad se pueden distinguir dos tipos de síntomas. Los síntomas psíquicos como la irritabilidad, la inquietud, dificultad para concentrarse, pérdida de memoria, miedos irracionales, conductas para evitar ciertas situaciones, obsesiones o compulsiones, nerviosismo, deseo de huir, preocupación excesiva y desproporcionada, aprensión, la sensación de muerte inminente o agobio, ideas catastróficas y miedo a perder la razón o el control de ante diversas situaciones. Y los síntomas físicos como la sudoración, mareos, sequedad de boca, cefalea, parestesias, temblor, rubicundez facial, palpitaciones, dolor torácico, aumento de la tensión muscular, sensación de disnea, náuseas, vómito, diarrea, meteorismo, hiperreflexia y fluctuaciones de la presión arterial son algunos de los más referidos por los pacientes.^{16, 18}

Los criterios del DSM V para el diagnóstico de ansiedad incluyen las siguientes categorías: la dificultad para controlar la preocupación; la ansiedad asociada a al menos tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión muscular y alteraciones en el sueño; deterioro social o laboral secundario a la presencia de ansiedad o síntomas físicos; la

característica de que estas alteraciones no sean atribuibles a efectos fisiológicos de alguna sustancia o que sea explicado por algún otro trastorno mental (anexo 5).¹⁹

Los criterios diagnósticos por el CIE-10 para el trastorno de ansiedad generalizada se describen a continuación: “La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una «angustia libre flotante»). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o Un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico”.²⁰

El CIE-10 considera las siguientes pautas para el diagnóstico:

- ✓ El paciente debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:
 - Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse «al límite», dificultades de concentración, etc.).
 - Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
 - Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).¹⁹

Menciona que la presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada.^{18, 20}

El catálogo CIE-10 también contempla el trastorno mixto ansioso-depresivo y lo describe de la siguiente manera: “Están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes, aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos”.²⁰

Existen múltiples instrumentos para evaluar los síntomas de ansiedad en mayores de 18 años con nivel de validez variable. Para fines de este estudio se mencionan las dos siguientes.

Escala de Hamilton para ansiedad: se trata de un instrumento hetero aplicado que consta de 14 preguntas con respuestas tipo likert de 0 a 4 puntos, 13 de ellas evalúan signos y síntomas ansiosos como: la inquietud, la sensación de tensión, los miedos, las alteraciones en el sueño, las disfunciones intelectuales, el humor depresivo, síntomas vegetativos, molestias musculares, cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales y genitourinarios; y la última pregunta valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, de forma tal que nos permite evaluar la intensidad de la ansiedad así como los aspectos psíquicos, físicos y somáticos de la misma. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.79 a 0.86 y otra ventaja es que es sensible al cambio tras el inicio del tratamiento y dependiendo del tipo de síntoma, se mide gravedad, disfunción o duración (anexo 6).^{16, 21}

Los resultados de este instrumento van del 0 al 56, no hay punto de corte para distinguir población con y sin trastorno de ansiedad. La puntuación se

interpreta de forma cualitativa en términos de intensidad. Una puntuación de 0 a 5 corresponde a remisión o ausencia del trastorno. La suma de 6 a 14 puntos demuestra la presencia de ansiedad leve. Si al final de la prueba las respuestas suman un total de 15 o más puntos, el paciente amerita tratamiento ya que tiene ansiedad moderada/grave. Es necesario diferenciar la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, y 14) de la somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)^{16, 21}

Otro instrumento diseñado para el diagnóstico de trastornos de ansiedad es el inventario de ansiedad de Beck, el cual consta de 21 preguntas con respuestas tipo Likert de 4 puntos sobre el grado de molestia sobre síntomas físicos y somáticos de la ansiedad, es auto aplicable, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.9 a 0.94, un adecuado índice de especificidad (>70%) y es capaz de detectar al 81% de las personas que tienen un trastorno de ansiedad.^{16,22}

Para este instrumento no existe punto de corte aceptado para distinguir entre pacientes normales y con ansiedad. La puntuación media en pacientes sin ansiedad es de 15.8 y para paciente con ansiedad es de 25.7.^{16, 21}

3. Los médicos residentes.

Hace medio siglo, el término “residente” era otorgado de manera textual a los médicos ya que estos debían permanecer en el hospital donde desempeñaban sus labores. Sin embargo, lo poco saludable y los altos costos que esta práctica le generaba a los hospitales que funcionaban como sede, han generado que este término se transforme.²³

Actualmente, se le llama residente a todo aquel profesional médico que cuenta con un título expedido de manera legal, que ingrese a una unidad médica receptora para realizar una especialidad médica. Una especialidad médica está caracterizada por un conjunto de actividades asistenciales, académicas y de investigación, específicas del campo de la especialidad en curso; dicho adiestramiento se deberá cumplir durante el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, éstos serán validados y

supervisados por una institución universitaria y un conjunto de dependencias nacionales que intervienen en la formación, capacitación y desarrollo del personal médico.²⁴

Realizar una residencia médica es valorado como una necesidad para el médico general para ampliar su desarrollo profesional a través de destrezas, valores y conocimientos sobre una especialidad médica.²³

Debemos recordar que los médicos residentes llegan a un curso de especialización médica después de haber cursado un proceso largo de selección, que con frecuencia produce problemas económicos, desgaste emocional, estrés, ansiedad, entre otras frustraciones personales.²⁴

En México, como en otros países de Latinoamérica, el camino para convertirse en médico especialista no es sencillo. En el año 2019, 42 mil 680 aspirantes completaron su registro para presentar el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM) pero solo 9 mil 480 plazas estuvieron disponibles, es decir, solo uno de cada 23 aspirantes consiguió la oportunidad de ser aceptado en el hospital o instituto de su preferencia.²⁵

Una vez inscrito, el médico residente tiene que cumplir con ciertas obligaciones de acuerdo a la especialidad elegida, las cuales incluyen: escribir notas de evolución de los pacientes, brindar consultas médicas, atender servicios de urgencias, interpretar estudios de laboratorio y gabinete, dar seguimiento y tratamiento a pacientes hospitalizados siempre bajo la supervisión del médico de base, y quizá lo más difícil de todo, cubrir guardias cada 3 o 4 días donde cumplen jornadas continuas de más de 36 horas. Además, es necesario cumplir con labores académicas como asistir a clases, presentar evaluaciones, asistir a congresos y cursos de especialización, así como realizar rotaciones en otros hospitales o institutos.²³

Según la especialidad, la residencia puede tener una duración de tres a seis años, periodo en el cual cosechará éxitos, fracasos, sufrimientos, enfrentamientos intelectuales, cuestionamientos interiores, pérdida de relaciones personales, y lo

más importante, las competencias necesarias para su ejercicio profesional. Al finalizar, se deben presentar una tesis y una evaluación final, las cuales deben ser aprobadas y certificadas por el consejo de la especialidad correspondiente para que el médico sea considerado especialista.^{23, 25}

Durante este tiempo, el médico residente debe tener la completa disponibilidad de tiempo para que le sea posible adquirir conocimientos, destrezas y valores, sin perder de vista que el periodo en el que se encuentra es de educación en servicio, ya que es considerado un híbrido entre becario y trabajador de la salud, la principal fuerza laboral de los hospitales públicos del país.²³

En nuestro país, los residentes son expuestos a condiciones legales y normativas que casi nunca son claras. Hay que aclarar, en primera instancia que con base en la Ley Federal del Trabajo, los médicos residentes son considerados como trabajadores, ya que tienen una relación de trabajo con la institución hospitalaria donde llevan a cabo su residencia y, con base en la Norma Oficial Mexicana, los residentes reciben educación de posgrado la cual está avalada por una universidad y ellos están obligados a cumplir un programa tanto operativo como académico. En segundo lugar, en las sedes de adscripción, los residentes son tipificados como trabajadores y, marginalmente, como estudiantes. Es por esto que los residentes deben desempeñar el rol de trabajador-estudiante, donde es su obligación llevar a cabo tareas de investigación en hospitales que no siempre son aptos para el estudio y la práctica médica, sumado a las jornadas laborales largas tomando en cuenta que en muchas ocasiones realizan actividades que no forman parte de su competencia y responsabilidad aumentando de manera significativa sus niveles de estrés y ansiedad que no siempre son tomados en cuenta o diagnosticados de manera oportuna.²⁶

3.1 Depresión y ansiedad en médicos residentes.

Las largas jornadas laborales, el estrés, la pesada carga laboral, la falta de sueño, y la mala alimentación son algunas de las causas que interfieren en la aparición de

enfermedades como la depresión y la ansiedad en quienes estudian una especialidad médica.¹³

Durante una investigación en México se encontró que aquellos estudiantes de un posgrado en medicina que refirieron dificultades del sueño tuvieron más síntomas de ansiedad. También se identificaron que el nivel socioeconómico bajo y el estrés forman parte de los principales factores predictivos para el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva.²⁷

Otros estudios reportan prevalencias que van de un 40 al 76% de trastornos depresivos presentes en estudiantes y residentes. Las condicionantes asociadas mencionadas en estos estudios son: carga laboral, competitividad, pocas horas de sueño, evaluaciones complicadas, horarios de clase, e incertidumbre sobre la aplicación de conocimientos teóricos en situaciones reales.^{25, 28}

Cuando se comparó la presencia de síntomas de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades médicas se encontraron diferencias sustanciales. Se encontró una tasa de 34.38% de depresión entre los médicos residentes de urgencias, seguido del 28.95% en los residentes de cirugía, un 26.32% en residentes de medicina interna, mientras que en medicina familiar se encontró una prevalencia de 14.29%. Entre los factores mencionados por los informantes se encontraron jornadas largas de trabajo, cercanía con pacientes en estado crítico y estrés laboral. El mayor número de casos se encontró entre los que cursaban el primer año del posgrado, un 42.8% comparado con un 20% de los que cursaban el cuarto año.²⁷

Otros estudios mencionan que, en médicos residentes de medicina familiar, la prevalencia de depresión es de 6.16% y de ansiedad es de 41%, siendo la depresión más frecuente en médicos residentes del segundo grado; y la ansiedad en médicos residentes de primer grado. También se encontró que entre quienes mostraron mayor comorbilidad, con un 54% fueron mujeres.²⁵

Además de un mayor riesgo de suicidio, la ansiedad y depresión afectan el desempeño académico y el rendimiento laboral, pudiendo ocasionar errores en la práctica médica o generando abuso en el consumo de drogas.²⁷

Estudios realizados recientemente han demostrado que los médicos residentes reportan mayor consumo de sustancias ilegales que otros jóvenes de su edad. Se ha demostrado que el estrés laboral afecta directamente el estado emocional del sujeto, produciendo alteraciones tales como la depresión, la ansiedad y síntomas somáticos. Otras investigaciones confirman la relación entre ambos factores: usuarios y tipo de trabajo.¹²

En un estudio realizado a 192 médicos entre 24 y 37 años de edad, de ambos sexos, en un hospital general de zona de Ciudad de México se encontró que el 65% de los participantes tenían consumo de alcohol positivo; el 23.2% refirió consumo de drogas médicas y no medicas; donde el 14% de esos médicos estaban sujetos a altos niveles de estrés y el 47.5% reportaron síntomas depresivos.¹³

Es importante tomar en consideración que ser médico residente forma parte de un fenómeno social difícil de comprender, ya que implica manejar de forma efectiva aspectos económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos en los cuales las obligaciones y responsabilidades varían de acuerdo con el año académico que se cursa. Es indispensable estudiar las condiciones de trabajo y estudio del médico en formación, así como sus repercusiones en la salud física y mental ya que estas influyen mucho en conseguir una adecuada relación médico paciente, en la integración de diagnósticos y la toma de decisiones.¹²

4. Calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud, en 1966 durante el Foro Mundial de la Salud en Ginebra, definió la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia en el contexto del sistema de valores en los que vive, los cuales se relacionan con sus expectativas, su cultura, sus objetivos, sus preocupaciones y sus normas. La salud física del sujeto, su nivel de independencia,

sus relaciones sociales, su estado psicológico y la relación con su entorno son factores que influyen directamente en el concepto de calidad de vida.²⁹

La calidad de vida también se puede definir en términos de dos dimensiones básicas, según Siergrist. La primera dimensión es la salud subjetiva, que engloba el bienestar: las emociones positivas y negativas, las motivaciones, el humor y la cognición; y en segundo lugar se encuentra la capacidad de actuación o respuesta del sujeto, es decir, la habilidad para alcanzar objetivos definidos como propios o ajenos.³⁰

También se considera que es una combinación de los elementos objetivos y de la evaluación individual de varios elementos. En este contexto, la calidad de vida objetiva y calidad de vida percibida son dos conjuntos de factores que interactúan para formar una dimensión compuesta por elementos sociales, materiales y físicos conformando así una propiedad de la persona más que del ambiente en el cual se mueve.³¹

Se han separado los aspectos objetivos o indicadores sociales de la calidad de vida y los aspectos subjetivos o percibidos. Se puede enunciar que los principales factores que se tienen en cuenta en el estudio de la calidad de vida son: riqueza material y bienestar material, bienestar emocional, relaciones familiares y sociales, salud, integración con la comunidad, seguridad y el trabajo u otras formas de actividad productiva.²⁹

La calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado como sinónimo de estado de salud percibido de una persona para evaluar si una enfermedad y sus síntomas interfieren con su desempeño en la vida diaria.³⁰

El estado funcional, estado de salud y calidad de vida son conceptos íntimamente relacionados. La WONCA define el estado funcional como la capacidad para desarrollar alguna tarea o rol durante un período determinado. El estado funcional es un aspecto del estado de salud que a su vez forma parte de la calidad de vida relacionada con la salud.³¹

La APA en el 2007 definió la Calidad de Vida como el grado en que una persona obtiene satisfacción de la vida, tomando en cuenta algunos factores importantes como la participación en relaciones interpersonales; el bienestar emocional, material y físico; ejercer los propios derechos y poder tomar decisiones de vida, y la participación dentro de una sociedad.³⁰

Al valorar esta variable se debe considerar que existen factores cognitivo-conductuales que pueden afectar la calidad de vida, los más importantes son la ansiedad y la depresión ya que existe una repercusión directa en la capacidad funcional del individuo, específicamente en el desarrollo de sus actividades cotidianas y en la forma de relacionarse con el resto de los individuos de su entorno.²⁹

En el año 2008 la “International Society for Quality of Life Research (ISOQOL)” describió algunas ideas básicas al investigar la calidad de vida como una variable, dentro de las que destacan las siguientes: al considerarse un concepto multidimensional, las variables que se deben incluir dependen completamente de la finalidad del estudio; al ser una experiencia subjetiva se debe esperar gran variabilidad; es un fenómeno que se puede ver afectado tanto por la enfermedad como por el tratamiento; se debe reconocer que hay muchas formas de medirla, tanto en calidad como en cantidad; los instrumentos que se utilicen para medir la calidad de vida deben ser considerados como una herramienta adicional del personal médico para la evaluación integral del paciente.³⁰

Dentro de los instrumentos fundamentales para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, durante la atención primaria, se encuentra el grupo de cuestionarios SF36. El propósito de estos instrumentos es estimar el estado funcional del paciente en su totalidad, reflejando así su salud mental, social y física, también permiten obtener un valor cuantitativo, el cual expresa el estado de salud de una forma multidimensional. La versión original de los cuestionarios SF está integrado por treinta y seis ítems (SF-36) desarrollados y utilizados en más de mil artículos de investigación desde la década 1990, con él podemos estudiar el estado de salud percibido, que valora tanto estados positivos como negativos en la población con y

sin patologías. Este instrumento incluye dos dimensiones que miden los siguientes ocho conceptos de salud: la vitalidad, la salud mental, el rol emocional, el dolor corporal, la función social, la salud general, el rol físico y la función física. Estas ocho escalas forman dos grupos distintos relacionados con la salud física y mental de las personas estudiadas.³²

Algunos autores como Gandek, han propuesto el desarrollo de un nuevo cuestionario que evalúe estas dos dimensiones, pero con menos ítems. Gracias a esto surgió el SF-12 (anexo 7), el cual se caracteriza por ser una versión abreviada del cuestionario original con sólo doce ítems, reduciendo su tiempo de aplicación a dos minutos aproximadamente, cuyo objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años. Las opciones de respuesta del SF-12 forman escalas tipo Likert. El número de opciones de respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Al final, cada pregunta va a recibir un valor que se va a transformar en una escala de 0 a 100. Por lo que valores superiores a 50 indican un mejor estado en la calidad de vida y aquellos inferiores a 50 indican un peor estado en la calidad de vida. Los estudios publicados sobre sus características métricas aportan una fiabilidad, validez y sensibilidad altas, demostrando un alfa de Cronbach $> 0,7$ con una reproducibilidad test-retest de 0,75.^{32,33}

5. Ansiedad, depresión y calidad de vida.

En cuanto a los estudios que relacionan la ansiedad, la depresión y la calidad de vida existen varias revisiones sistemáticas que han sintetizado evidencia sobre esta asociación, sin embargo, los resultados existentes son limitados con respecto a las muestras analizadas. Por ejemplo, algunas revisiones se han centrado en ciertas categorías de edad o muestras con enfermedades específicas. Creighton et al, así como Sivertsen et al, analizaron la asociación entre la depresión, la ansiedad y la calidad de vida en las personas mayores de 65 años. Blakemore et al analizaron la asociación entre la depresión, la ansiedad y la calidad de vida en pacientes con

enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y Schram et al se centró en la depresión y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.³⁴

Existen otros estudios en donde también se examinó la asociación entre la gravedad de los síntomas depresivos, la ansiedad y el funcionamiento. Se describe que los individuos con niveles leves síntomas depresivos y niveles leves de ansiedad tenían peor funcionamiento que las personas que no reportaron síntomas. Así mismo, las personas con síntomas moderados a graves tenían un peor funcionamiento que las personas que reportaron niveles leves de ansiedad o depresión. Estos resultados demuestran un empeoramiento incremental del funcionamiento con una gravedad creciente de ansiedad o síntomas depresivos, lo cual es similar a lo encontrado por Beurs y colegas, quienes describieron que los síntomas de ansiedad se asociaron con un funcionamiento físico y social más deficiente.^{34, 35}

La revisión de diversos estudios longitudinales demuestra una asociación negativa con la fuerza variable de la asociación. Por ejemplo, el metaanálisis de Blakemore et al realizado en pacientes con EPOC encontró que la depresión y la ansiedad estaban significativamente relacionadas con la reducción de la calidad de vida relacionada con la salud.³⁵

La ansiedad y los síntomas depresivos afectan significativamente el funcionamiento en diversas áreas de la vida cotidiana que incluyen el funcionamiento social, el funcionamiento del trabajo y la salud en general. Diversas revisiones sistemáticas han demostrado que la calidad de vida en los adultos deprimidos está más deteriorada que la de los adultos con patologías tales como diabetes, hipertensión y enfermedad pulmonar crónica. Así mismo, la ansiedad se ha asociado con resultados negativos en la calidad de vida en los cuales podemos incluir la disminución de la productividad laboral, deterioro del funcionamiento social y de las relaciones familiares, así como discapacidad física e incluso una tasa alta de mortalidad por suicidio. También se ha demostrado que las personas con enfermedades crónico-degenerativas y síntomas de ansiedad tienen un deterioro significativamente mayor en la calidad de vida que los pacientes con comorbilidades

sin ansiedad. Con todos estos datos y a pesar de que los trastornos de ansiedad son más comunes que los trastornos depresivos y que la ansiedad tiene más efectos negativos, existen pocas investigaciones centradas en el impacto de la ansiedad y la depresión en la calidad de vida de los individuos.³⁶

Con este contexto podemos afirmar que las consecuencias personales y profesionales de la ansiedad y la depresión en los médicos residentes de Medicina Familiar pueden ser devastadoras, pues al final del círculo vicioso se afecta la calidad de la atención que se otorga a los pacientes y a sus familiares. Como ha mencionado Richardson-López Collada, podemos afirmar que un médico insatisfecho o desgastado sólo podrá otorgar una atención médica limitada, distante y de mala calidad.³¹

Por lo anterior, el presente estudio se basa en la identificación de depresión y ansiedad en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar N°21 así como su relación con su calidad de vida.

JUSTIFICACION.

Los trastornos de ansiedad y depresión contribuyen a la morbimortalidad a través del sufrimiento que generan, dificultando la funcionalidad del paciente, limitando su autonomía y repercutiendo de forma significativa en las economías nacionales.

Muchos estudios demuestran una influencia significativa de los niveles altos de la calidad de vida sobre el desempeño laboral y rendimiento académico. En médicos residentes de medicina familiar, la prevalencia de depresión es de 6.16% y de ansiedad es de 41%, siendo la depresión más frecuente en médicos residentes del segundo grado; y la ansiedad en médicos residentes de primer grado. Estos trastornos están relacionados con niveles de alta incapacidad, afectando de manera importante la salud física, mental, social y familiar, así como las actividades de trabajo de los estudiantes de posgrado lo cual afecta de manera directa su rendimiento académico y su capacidad para tomar decisiones, poniendo en riesgo la atención médica adecuada de los derechohabientes.

La importancia de demostrar la relación entre la depresión, la ansiedad y la calidad de vida en los médicos residentes de medicina familiar radica en que la presencia de estos trastornos mentales puede ser precipitada por los programas de formación de especialistas, en los que las cuestiones laborales y académicas pueden alterar el estado emocional afectando la calidad de vida de los médicos residentes.

Si de forma rutinaria se aplican herramientas de detección de síntomas de ansiedad y depresión con alta especificidad y sensibilidad en médicos residentes, se pueden brindar medidas efectivas para mejorar sus condiciones laborales y académicas, para que, de esta forma se pueda otorgar una valoración médica integral y un tratamiento oportuno, contribuyendo a mejorar su calidad de vida para que su rendimiento académico, laboral y psicosocial mejoren, reflejándose en un aumento en la calidad de la atención a los derechohabientes, una mejor toma de decisiones y una contribución positiva en la práctica clínica de la medicina.

Este estudio se basa en las políticas de salud establecidas por este instituto y no violará la confidencialidad de ningún estudiante de posgrado que desee participar en el mismo. Para la realización de este estudio contamos con los recursos humanos y de infraestructura necesarios. Los recursos económicos, los serán proporcionados en su totalidad por el médico a cargo de la investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La OMS estima que 320 millones de personas de todo el mundo cuentan con diagnóstico de depresión, situando a este padecimiento como la enfermedad mental más común; mientras que 264 millones de personas en el mundo han presentado algún trastorno de ansiedad. En nuestro país se registró que al menos el 32.5% de las personas mayores de 12 años tuvieron sentimientos de depresión y 32.4% de la población mexicana presentó algún síntoma de ansiedad durante el año 2017.

La depresión y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes de las patologías psiquiátricas y, probablemente, los más importantes por la ausencia laboral que ocasionan como por los síntomas que las acompañan. Son patologías que aquejan a toda la población en general sin importar el nivel socioeconómico, el sexo o la edad. Ambos trastornos repercuten directamente no solo en el paciente sino en su calidad de vida.

El estrés, las largas jornadas laborales, la falta de sueño, la mala alimentación y la pesada carga laboral son algunos factores que interfieren en la aparición de enfermedades como la depresión y la ansiedad en quienes estudian una especialidad médica. En nuestro país, son escasos los estudios enfocados en investigar la prevalencia de trastornos como la depresión o la ansiedad en una población tan lábil y con tantos factores de riesgo para padecerlas como lo son los médicos residentes.

La importancia de este estudio recae en conocer la relación de estos trastornos mentales con la calidad de vida de los médicos residentes ya que se pueden evitar intentos de suicidio, deserciones, mala praxis, mal desempeño académico y mal funcionamiento familiar.

Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se relacionan la depresión y la ansiedad con la calidad de vida de los médicos residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21?

OBJETIVOS.

Objetivos Generales.

- Relacionar la ansiedad y la depresión con la calidad de vida en los médicos residentes de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Objetivos específicos.

- Identificar la prevalencia de síntomas de ansiedad en médicos residentes de medicina familiar.
- Indicar la prevalencia de síntomas de depresión en médicos residentes de medicina familiar.
- Describir edad, sexo y estado civil más frecuentes en la población de médicos residentes de medicina familiar.
- Reconocer el nivel de calidad de vida de los médicos residentes de medicina familiar.

HIPOTESIS.

H0. No existe relación entre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida de los médicos residentes de medicina familiar.

H1. La ansiedad y la depresión están relacionadas con una mala calidad de vida en médicos residentes de medicina familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Este es un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo que se realizará en médicos estudiantes del posgrado en medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21 de la Ciudad de México.

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO DE TRABAJO.

- 1) Lugar de estudio.** Este estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar N°21 “Francisco del Paso y Troncoso” ubicada en la alcaldía Iztacalco de la Ciudad de México.
- 2) Población de estudio.** Médicos residentes que se encuentren cursando cualquier grado del curso de especialización en medicina familiar en la Unidad de Medicina Familiar N°21 de la Ciudad de México.
- 3) Periodo de estudio:** junio del 2021 a agosto 2021.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

- ✓ Hoja de datos generales.
- ✓ Cuestionario PHQ-9.
- ✓ Cuestionario de Ansiedad de Hamilton.
- ✓ Cuestionario SF12.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- ❖ Médicos residentes que se encuentren inscritos en el curso de especialización en medicina familiar impartido en la Unidad de Medicina Familiar N°21.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ Médicos residentes que se encuentren inscritos en curso de especialización en medicina familiar que no acepten ingresar al protocolo de investigación o eviten llenar el consentimiento informado.

- ❖ Médicos residentes en medicina familiar que se encuentren de licencia médica por contingencia COVID-19.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ❖ Médicos residentes que se encuentren inscritos en el posgrado en medicina familiar que no contesten el 100% de las encuestas.
- ❖ Médicos residentes que se encuentren inscritos en el posgrado en medicina familiar que se retiren en cualquier momento del estudio.
- ❖ Médicos residentes que renuncien o sean expulsados del posgrado en medicina familiar.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES
DEPRESIÓN	Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.	Se estimará la presencia de síntomas depresivos a través del cuestionario PHQ-9 el cual consta de 9 preguntas donde se investigan: el poco interés en hacer las cosas, el sentirse decaído, las alteraciones en el sueño, la sensación de poca energía, las alteraciones en el apetito, la sensación de ser un fracaso, la dificultad para concentrarse, alteraciones psicomotrices o pensamientos de autolisis en las últimas dos semanas, cada una con cuatro opciones de respuesta que van del “nunca” hasta el “casi todos los días”. Entonces, cuanto mayor sea la suma de puntos peor será la severidad de los signos depresivos. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en cinco grupos.	Cualitativa. Ordinal. Politémica.	<ol style="list-style-type: none"> 0-4 mínima depresión. 5-9 depresión leve. 10-14 depresión moderada 15-19 depresión moderadamente severa. 20-27 depresión severa.
ANSIEDAD	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Síntomas obtenidos a través de La escala de ansiedad de Hamilton, la cual es un instrumento de evaluación clínica que se utiliza para medir el grado de ansiedad de una persona. Los resultados de este instrumento van del 0 al 56, no hay punto de corte para distinguir población con y sin trastorno de ansiedad. La puntuación se interpreta de forma cualitativa en términos de intensidad. Una puntuación de 0 a 5 corresponde a remisión o ausencia del trastorno. La suma de 6 a 14 puntos demuestra la presencia de ansiedad leve. Si	Cualitativa. Ordinal. Politémica.	<ol style="list-style-type: none"> 0-5 remisión o ausencia de la ansiedad. 6 a 14 ansiedad leve. >= 15 ansiedad moderada/grave que necesita tratamiento.

		al final de la prueba las respuestas suman un total de 15 o más puntos, el paciente amerita tratamiento ya que tiene ansiedad moderada/grave.		
CALIDAD DE VIDA	La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Concepto influido por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y la relación con el entorno.	Se utilizará para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud el cuestionario SF-12 con el objetivo de medir los aspectos funcionales de los participantes, El instrumento abarca un total de 12 ítems Cada opción representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert. El número de opciones de cada respuesta oscila entre tres y seis, dependiendo del ítem. Al final, cada pregunta va a recibir un valor que se va a transformar en una escala de 0 a 100. Las posibles respuestas se puntúan del 3 al 6 dependiendo de cada ítem.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.	<ol style="list-style-type: none"> < 50 puntos: peor estado en la calidad de vida. >= 50 puntos: mejor estado en la calidad de vida.
SEXO	Características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer	El registrado por el personal participante en la encuesta correspondiente.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica:	<ol style="list-style-type: none"> Mujer Hombre
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	El registrado por el personal participante en la encuesta correspondiente.	Cuantitativa. Discontinua. Politómica:	_____ años cumplidos.
ESTADO CIVIL	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente, aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.	El registrado por el personal participante en la encuesta correspondiente.	Cualitativa. Nominal. Politómica:	<ol style="list-style-type: none"> Soltero Unión libre Casado Divorciado Viudo
GRADO	Nivel o posición que ocupa una persona dentro de una organización jerárquica.	El registrado por el personal participante en la encuesta correspondiente.	Cualitativa. Ordinal. Politómica	<ol style="list-style-type: none"> Residente 1er año Residente 2º año Residente 3er año

MUESTREO Y DISEÑO ESTADÍSTICO.

El tipo de muestreo utilizado en este estudio fue de tipo no probabilístico por conveniencia con un total de 61 estudiantes del posgrado en medicina familiar inscritos en la Unidad de Medicina Familiar N°21, los cuales están censados por la coordinación clínica de educación e investigación en salud de la unidad ya mencionada.

- Tamaño de muestra: 61 estudiantes de posgrado en medicina familiar.
- Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia.

MUESTRA

Se conoce que la UMF21 cuenta con una población de 61 médicos residentes inscritos en el posgrado de medicina familiar. Se decide utilizar la fórmula para variables cualitativas de poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{[d^2 * (N - 1)] + [Z_{\alpha}^2 * p * q]}$$

Donde:

- N = Total de la población (61)
- Z_{α} = 2.576 al cuadrado (si la seguridad es del 99%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)
- d = precisión (3% = 0.03%)

$$n = \frac{61 * 2.576^2 * 0.5 * 0.5}{[0.03^2 * (61 - 1)] + [2.576^2 * 0.5 * 0.5]}$$

$$n = \frac{61 * 6.6357 * 0.5 * 0.5}{[0.0009 * (60)] + [6.6357 * 0.5 * 0.5]}$$

$$n = \frac{101.1944}{0.054 + 1.6589}$$

$$n = \frac{58.5844}{1.7129}$$

$$n = 59.07$$

DISEÑO ESTADISTICO

Se realizará la medición de variables cualitativas (calidad de vida, ansiedad, depresión, sexo, estado civil), así como la medición de variables cuantitativas (edad). Se elaborarán tablas y gráficas que permitan la comparación de los datos obtenidos. Para las variables cualitativas se calculará frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central (media y moda).

Se utilizará la prueba estadística de Spearman para demostrar la relación que existe entre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida. El análisis de la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas se realizará con las medidas de resumen obtenidas, así como las fórmulas estadísticas y las tablas específicas correspondientes. El análisis estadístico se realizará a través del programa S.P.S.S. versión 21.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO.

El presente estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar N°21 “Francisco del Paso y Troncoso” del Instituto Mexicano del Seguro Social correspondiente al Órgano De Operación Administrativa Desconcentrada De La CDMX Región Sur, durante los meses de junio a agosto del 2021, mediante el llenado de cédula de recolección de datos. Con el objetivo de relacionar la ansiedad y la depresión con la calidad de vida en los médicos estudiantes de posgrado en medicina familiar adscritos a la unidad ya mencionada.

Se realizará una revisión bibliográfica sobre los trastornos de ansiedad y depresión, las residencias médicas en México y la calidad de vida, identificando la importancia que hay al identificar este tipo de trastornos mentales en los médicos residentes y cómo afecta en la calidad de vida de estos, teniendo en cuenta que ellos serán el primer contacto de pacientes con diversas patologías. Se construirá el marco de referencia y el diseño del estudio, se solicitará firmar un consentimiento informado para poder participar en el estudio debido a que éste se realizará con los datos personales del personal adscrito a la unidad.

Una vez que se haya obtenido la autorización por parte del Comité Local de Ética e Investigación de la Unidad de Medicina Familiar N°21, se procederá de la manera más ordenada y respetando los lineamientos éticos, la aplicación de los siguientes instrumentos: cuestionario PHQ-9, cuestionario de ansiedad de Hamilton y cuestionario SF-12. El investigador que realizará este estudio les explicará a los estudiantes el objetivo del estudio, otorgará el consentimiento informado por escrito y aplicará los instrumentos en un tiempo aproximado de 20 minutos, previa autorización del comité local.

Los estudiantes de posgrado en medicina familiar que contestarán dichos instrumentos serán seleccionados de manera no probabilística por conveniencia, con estricto apego a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación descritos previamente. La aplicación de los instrumentos se realizará a partir del mes de junio

de 2021, por lo que la recolección de la información será de tres meses aproximadamente.

Una vez que los datos hayan sido recolectados, el análisis estadístico se realizará a través del programa S.P.S.S. versión 21 y se reportarán en gráficas, cuadros y tablas, utilizando medidas de tendencia central y se clasificarán de acuerdo con el grupo de edad, sexo, grado académico y en subescalas de acuerdo con cada instrumento.

Los resultados obtenidos en la investigación se presentarán en forma de tesina al director de esta unidad y al departamento de investigación en salud de esta unidad.

CONTROL DE SESGOS.

Para evitar los sesgos, en el presente estudio se llevaron a cabo diferentes acciones de acuerdo con el sesgo correspondiente.

Sesgo de selección. Aquel que se presenta de forma sistemática en los procesos que se utilizan para seleccionar a los sujetos de estudio. Los participantes serán seleccionados únicamente por el encuestador responsable del estudio, el cual debe apegarse de forma muy estricta en los criterios de selección y exclusión previamente descritos. El investigador será responsable de verificar que los médicos residentes firmen el consentimiento informado y contesten los cuestionarios correspondientes en su totalidad.

Sesgo de información. Corresponde a la manera en la que se recolecta la información presentada en este trabajo. Para la construcción del marco teórico y la selección de los instrumentos se realizó la búsqueda de información actualizada (menos de 5 años de publicación) en artículos científicos de revistas de alto impacto y publicados en bases de datos como PubMed, UpToDate, Elsevier, etc.

Sesgo de medición. Es el defecto que aparece al medir la evaluación que recolectamos. Para evitarlo, el investigador a cargo del estudio será el único responsable de interpretar los resultados obtenidos en los instrumentos correspondientes, los cuales serán aplicados de forma uniforme a todos los participantes del estudio. Los instrumentos utilizados cuentan con validez, un alta sensibilidad y especificidad en los trastornos estudiados, siendo los siguientes: una hoja de datos generales, cuestionario PHQ-9, inventario de ansiedad de Hamilton y el cuestionario SF12 .

Sesgo de ejecución. Se verificó que los instrumentos no tengan errores de redacción, sean claros y que contengan lenguaje comprensible para los participantes. Este sesgo se controló mediante la selección de instrumentos con alta sensibilidad y especificidad en los trastornos estudiados, así como la capacitación del encuestador para su correcta aplicación.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio titulado “**Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N° 21.**” se someterá a revisión para su posterior aprobación por el Comité Local de Ética e Investigación. El sustento bioético se encuentra en los siguientes documentos:

- ❖ Código de Bioética en Medicina Familiar. Creado en 2001-2003 con la finalidad de exigir al especialista en Medicina Familiar su disposición para desempeñar un servicio con calidad y eficiencia, así como el hecho de realizar tareas de investigación bajo el cumplimiento de actitudes morales como la responsabilidad moral, la comprensión, la tolerancia y el respeto todo sustentado en los principios bioéticos de autonomía, no maleficencia, justicia y beneficencia. En su capítulo 4 titulado “Deberes y responsabilidades para el desarrollo del conocimiento en Medicina Familiar (investigación)” se mencionan los siguientes artículos: Artículo 2 Concebir a la investigación de calidad como un instrumento fundamental para generar conocimiento que contribuya al progreso y consolidación de la especialidad. Artículo 4: Aplicar el principio de que la salud y el bienestar de todas las personas son prioridades que se anteponen a cualquier proyecto de investigación y debe siempre ponderar beneficios y riesgos.
- ❖ Ley General de Salud. Se seguirán los estatutos mencionados en el artículo 13 donde se menciona que durante toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio debe prevalecer el respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar de todos los sujetos de estudio. Conforme lo establecido en el artículo 14, hay que señalar que, durante el estudio, se informó a los participantes sobre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles, así como el llenado de un consentimiento informado de los participantes. El estudio será realizado por un profesional de la salud, en este caso será el investigador principal. Los participantes tendrán a libertad de abandonar el estudio en el momento en que lo deseen. En el artículo 16 se establece que se debe proteger la privacidad de los participantes. En el Artículo 17 se establece que debemos considerar el riesgo de la investigación y la

probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño o consecuencia inmediata o tardía del estudio; el presente estudio se considera una investigación con riesgo mínimo pues se llevará a cabo la aplicación de un cuestionario que podría ocasionar malestares mínimos o sensación de ansiedad o tristeza.

- ❖ Código de Nuremberg. Publicado en 1947, se considera el primer documento en plantear explícitamente la solicitud del Consentimiento Informado. Para esta investigación se toman en cuenta los siguientes criterios: Recomendación I: “Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano”; Recomendación IV: “El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario”; la presente investigación no representa daño alguno a la salud de los participantes. Recomendación VIII: “El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento”, por lo tanto, la investigadora a cargo será la única responsable de llevar a cabo los procesos de medición y la aplicación de los cuestionarios. Recomendación IV: “Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo”; en el momento que lo deseen los participantes podrán retirarse del estudio sin ninguna repercusión.
- ❖ Informe Belmont. Creado en 1979 por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, el cual explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, dentro de ellos se encuentra el respeto a las personas: protegiendo su autonomía, es decir, la capacidad que tienen de decidir con toda libertad si desean o no participar en el estudio una vez explicados todos los riesgos, beneficios y potenciales complicaciones; beneficencia, implica que debe buscarse siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos; justicia, los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser

repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe evitarse el estudio de procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental, etc.

- ❖ Declaración de Helsinki. Creada en 1964. Ha sido enmendada siete veces, la última en la Asamblea General de octubre 2013, como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos. Entre los principios básicos tomados en cuenta son: Principio 3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. Principio 6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad y adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad. Principio 8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Principio 9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación.
- ❖ CIOMS. El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) elaboró las pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, en este protocolo se utilizan las siguientes pautas. Pauta 1: “Valor social y científico, y respeto de los derechos”; esta investigación busca sustentar con bases científicas que existe una relación negativa entre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en los médicos residentes, todo lo anterior siempre respetando los derechos de los participantes en el estudio. Pauta 3: “Distribución equitativa de beneficios y cargas en la selección de individuos y grupos de participantes en una investigación”; los participantes serán seleccionados de forma no probabilística por conveniencia, sin ninguna preferencia o favoritismo. Pauta 7: “Involucramiento de la

comunidad”; al finalizar el estudio, se compartirá con los participantes los resultados de la investigación, Pauta 25: “Conflictos de intereses”; el objetivo primario de esta investigación es generar conocimiento necesario para promover la salud en los médicos residentes de medicina familiar, por ello no se antepondrán los intereses del investigador sino el bienestar de los pacientes.



**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:	ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 2021
Número de registro institucional:	R-2021-3703-055
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario para demostrar la relación entre la depresión, la ansiedad y la calidad de vida en los médicos residentes de medicina familiar ya que la presencia de estos trastornos mentales puede alterar el estado emocional, laboral y social afectando la calidad de vida de los médicos residentes. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo es relacionar la ansiedad y la depresión con la calidad de vida en los médicos residentes de medicina familiar.
Procedimientos:	Estoy enterado que se obtendrá información de tipo personal con el fin de identificar síntomas de ansiedad y depresión, así como reconocer mi nivel de calidad de vida a través de cuestionarios los cuales podré contestar en un lapso no mayor a 20 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	El investigador me ha explicado que al participar en este estudio puedo tener molestias mínimas o sensación de tristeza o ansiedad al contestar los cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Entiendo que obtendré el beneficio de conocer si tengo síntomas ansiedad o depresión y si estos afectan mi calidad de vida. De acuerdo con los resultados, podré ser canalizado al servicio de SPPTIMSS para una valoración adecuada.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que, en caso de tener síntomas de ansiedad o depresión se me brindará la oportunidad, si así lo deseo, para ser valorado y poder recibir tratamiento oportuno.
Participación o retiro:	Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Estoy consciente de que los datos obtenidos para el presente estudio serán únicamente conocimiento del investigador y serán resguardados con total confidencialidad, sin ningún otro fin de uso que no sea para esta investigación.

Declaración de consentimiento:

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

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: **RODOLFO VARELA ALMANZA**. Especialista en Medicina Familiar. Matrícula: 99386574 Lugar de trabajo: consulta externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21. Delegación 4 Sur, IMSS CDMX. Teléfono oficina: 5557 68 6000 Ext. 21407 Fax: sin fax. Correo electrónico: dr.rva.mf@gmail.com

Colaboradores: **BERENICE NUÑEZ SALINAS**. Residente de segundo año en la Especialidad Médica de Medicina Familiar. Matrícula: 97385677. Lugar de trabajo: consulta externa. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 21. Delegación 4 Sur, IMSS CDMX. Teléfono oficina: 5557 68 6000 Ext. 21407 Fax: sin fax. Correo electrónico: beremedfam@outlook.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Núñez Salinas Berenice.
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

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.

Recursos humanos.

- ✓ Dra. Berenice Núñez Salinas: médico residente del curso de especialización en medicina familiar. Investigador.
- ✓ Dr. Rodolfo Varela Almanza: médico especialista en medicina familiar. Asesor de tesis.

Recursos físicos.

- ✓ Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar N°21.
- ✓ Área de enseñanza y coordinación en educación e investigación en salud de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Recursos materiales.

- ✓ Bolígrafos.
- ✓ Hojas impresas con cuestionario de datos generales.
- ✓ Hojas impresas con cuestionario PHQ-9.
- ✓ Hojas impresas con cuestionario de ansiedad de Hamilton.
- ✓ Hojas impresas con el cuestionario SF-12.

Recursos financieros.

Todos los gastos de esta investigación se cubrirán en su totalidad por el investigador.

FACTIBILIDAD, DIFUSIÓN Y TRASCENDENCIA.

Con el desarrollo del presente estudio se busca establecer si existe una relación entre la ansiedad, la depresión y la calidad de vida en los médicos residentes inscritos al curso de especialización en medicina familiar de la UMF 21; así mismo, se pretende establecer una pauta para que, en otras unidades y en otros cursos de especialización, se establezcan medidas para que la aplicación de cuestionarios de detección de trastornos mentales se realicen de manera periódica en los médicos residentes para así poder evitar deserciones, mala praxis y ayudar a disminuir el riesgo de toxicomanías y suicidios en los residentes de cualquier especialidad.

La aplicación de instrumentos validados para la detección de ansiedad y depresión en los estudiantes de los distintos cursos de especialización de nuestro país ayudará a reconocer de manera oportuna los factores de riesgo y las áreas de oportunidad que tienen las autoridades de cada sede hospitalaria para mejorar las condiciones de trabajo y de esta forma influir positivamente en la calidad de vida de los residentes. Es importante resaltar que el uso de estos instrumentos es de bajo costo, son auto aplicables e incluso podrían enviarse de forma electrónica a los residentes para que los contesten en un ambiente seguro y privado.

Al finalizar el análisis de resultados de este estudio, se pretende una difusión a través de trípticos y carteles a los coordinadores de enseñanza, profesores titulares y médicos residentes, también se enviarán a los servicios correspondientes a los participantes en los que se detecte ansiedad o depresión para que reciban tratamiento oportuno.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹. Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

ACTIVIDADES	2020	2021												2022	
	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Agos	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Planteamiento del problema y marco teórico	R	R	R												
Hipótesis y variables		R	R	R											
Objetivos			R	R											
Cálculo de la muestra					R	R									
Hoja de registro							R	R							
Presentación y aceptación del Comité Local de Investigación en Salud							R	R							
Aplicación de instrumento									R	R	R				
Análisis de resultados											R	R	R	R	
Elaboración de conclusiones												R	R	R	
Presentación de tesis															P

R REALIZADO

P PROGRAMADO

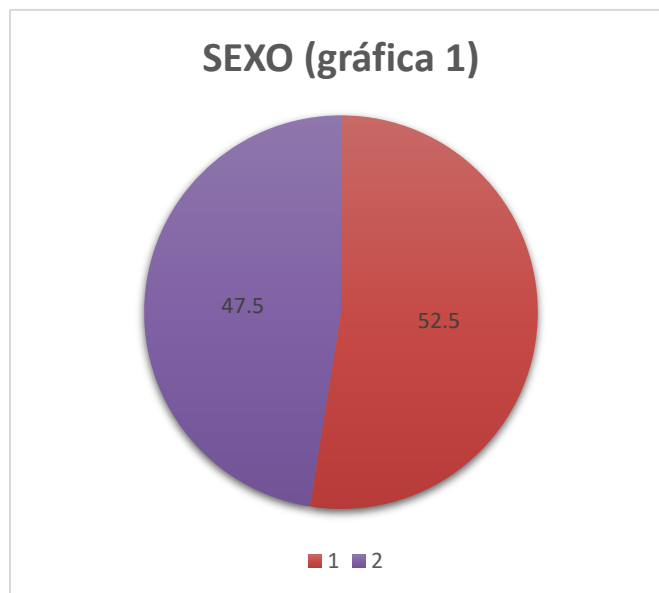
RESULTADOS

Para este estudio se encuestaron a 59 médicos residentes de 25 a 37 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 21, Francisco del Paso y Troncoso en los meses de agosto, septiembre y octubre de 2021. Participaron 18 residentes de primer año, 20 residentes de segundo año y 21 residentes de tercer año.

Se analizarán, en primera instancia, las variables sociodemográficas de nuestra población.

SEXO (Tabla 1)

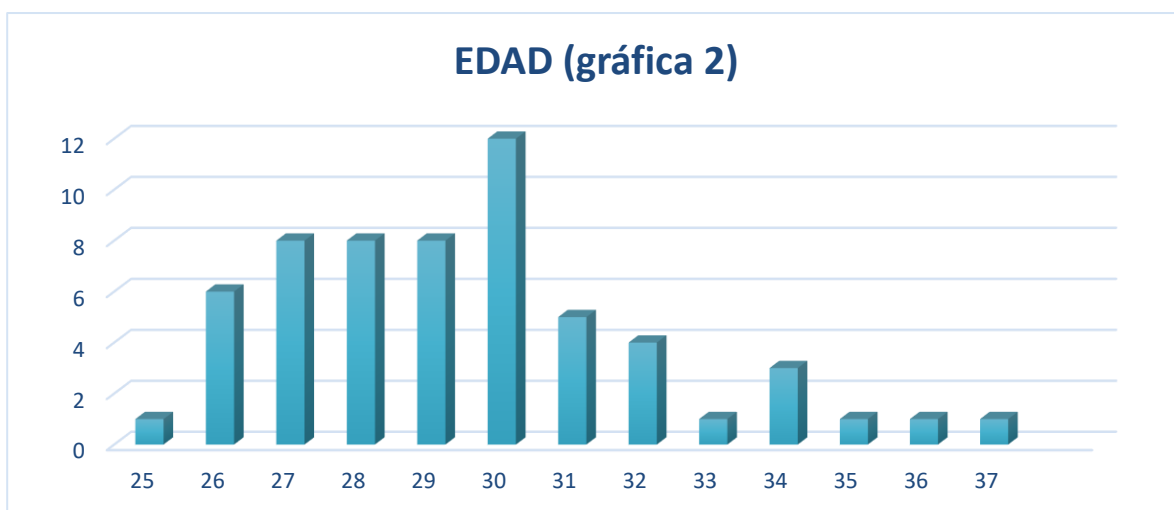
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
MUJER (1)	31	52.5	52.5	52.5
Válidos HOMBRE (2)	28	47.5	47.5	100.0
Total	59	100.0	100.0	



Se encontró que, en nuestra muestra, el 52.5% son mujeres mientras que el 47.5% de los participantes son hombres. (tabla 1)

EDAD (tabla 2)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
25	1	1.7	1.7	1.7
26	6	10.2	10.2	11.9
27	8	13.6	13.6	25.4
28	8	13.6	13.6	39.0
29	8	13.6	13.6	52.5
30	12	20.3	20.3	72.9
31	5	8.5	8.5	81.4
32	4	6.8	6.8	88.1
33	1	1.7	1.7	89.8
34	3	5.1	5.1	94.9
35	1	1.7	1.7	96.6
36	1	1.7	1.7	98.3
37	1	1.7	1.7	100.0
Total	59	100.0	100.0	



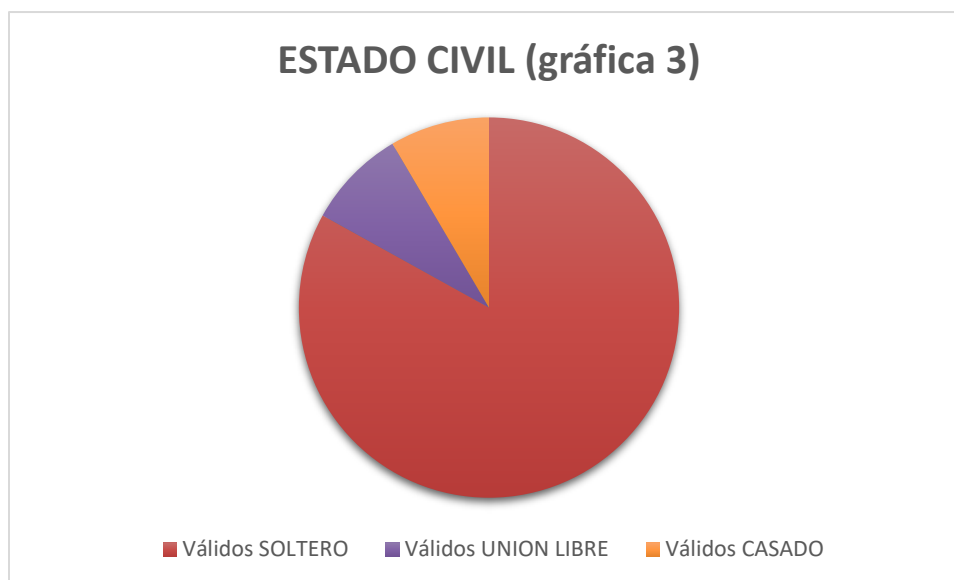
En nuestro grupo de estudio se encontró que el rango de edad de los participantes va de 25 a 37 años, la mediana es 31 años, la moda es 30 años y la media es 28 años (tabla 2).

En la siguiente tabla se agrupan los 59 médicos residentes participantes de acuerdo con el estado civil reportado en la hoja de datos personales.

ESTADO CIVIL (tabla 3)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SOLTERO	49	83.1	83.1
	UNION LIBRE	5	8.5	91.5
	CASADO	5	8.5	100.0
	Total	59	100.0	100.0

ESTADO CIVIL (gráfica 3)

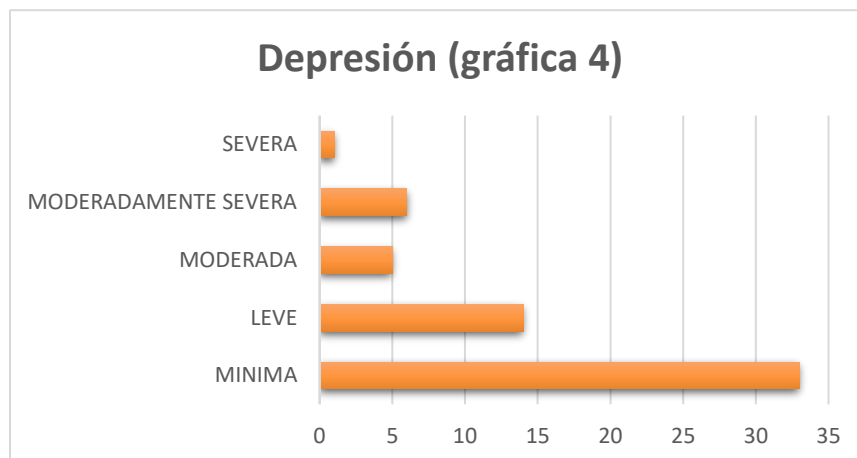


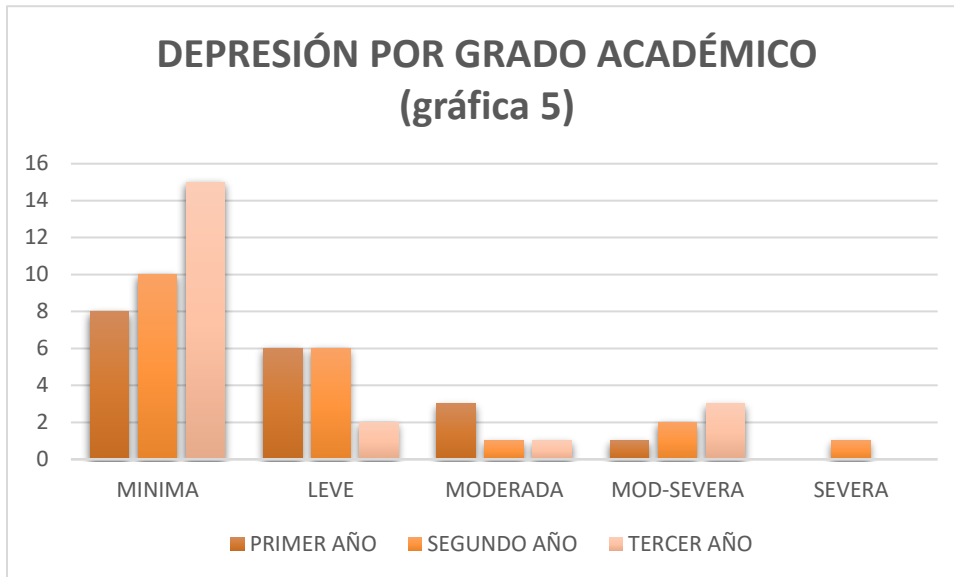
De nuestra población estudiada el 83.1% es soltero, el 8.5% se encuentra en unión libre y el 8.5% está casado. (gráfica 3)

En cuanto a nuestras variables de estudio encontramos lo siguiente:

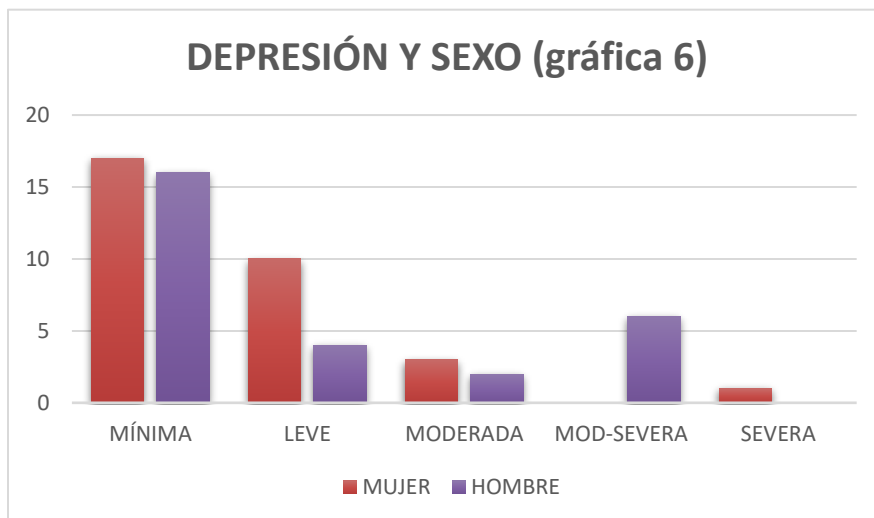
DEPRESIÓN (tabla 4)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MINIMA	33	55.9	55.9	55.9
	LEVE	14	23.7	23.7	79.7
	MODERADA	5	8.5	8.5	88.1
	MODERADAMENTE SEVERA	6	10.2	10.2	98.3
	SEVERA	1	1.7	1.7	100.0
	SEVERA	1	1.7	1.7	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

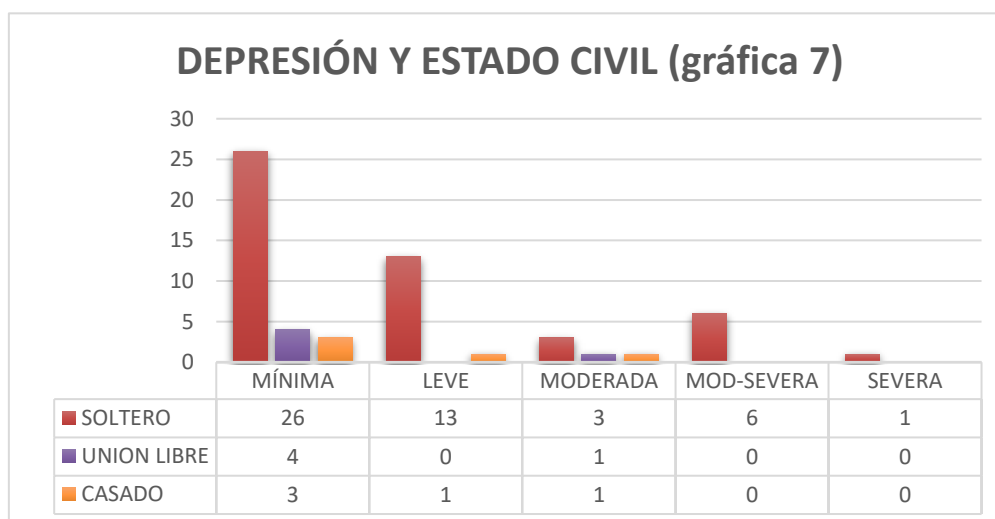




Se encontró un participante con síntomas severos de depresión, el cual se encuentra cursando el segundo año de la residencia médica. Se encontraron seis participantes con síntomas moderadamente severos de depresión, el 50% de ellos se encuentra cursando el tercer año de la residencia médica. Existen cinco participantes con síntomas moderados de depresión, tres de ellos se encuentran cursando su primer año de la residencia médica. Catorce participantes tienen síntomas leves de depresión. Mientras que 33 residentes presentan síntomas mínimos de depresión. La mayor cantidad de médicos residentes con síntomas mínimos de depresión se encuentran cursando el primer año de la residencia médica (gráficas 4 y 5).



El 54.8% de las médicas residentes participantes manifestaron síntomas mínimos de depresión, sólo una de las 31 participantes refiere síntomas severos. El 57.14% de los médicos residentes manifestaron síntomas mínimos de depresión, mientras que el 21% de ellos refiere síntomas de moderados a severos (gráfica 6).



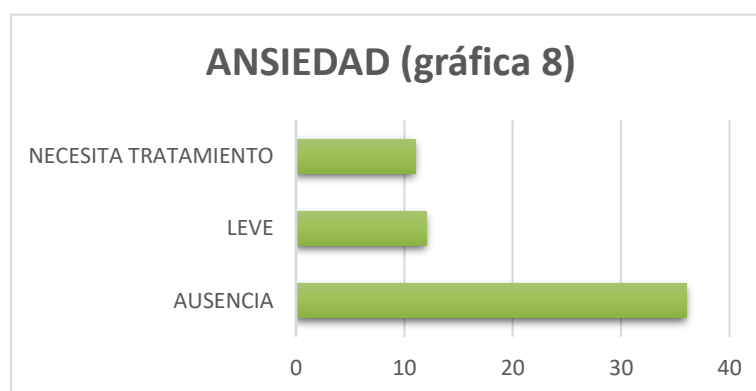
De los médicos residentes que se encuentran solteros, el 53.06% refiere síntomas mínimos de depresión; el 26.53% refiere síntomas leves; el 6.12% síntomas moderados; el 12.24% síntomas moderadamente severos, y el 2.04% síntomas severos. De los médicos residentes que se encuentran en unión libre con sus

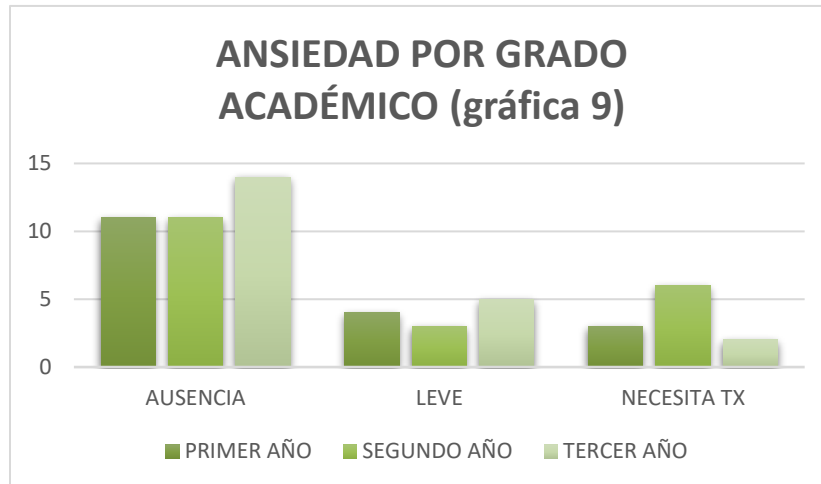
parejas el 80% refiere síntomas mínimos de depresión mientras que el 20% de ellos refiere síntomas moderados. De los médicos residentes que son casados, el 60% refirieron síntomas mínimos de depresión, el 40% restante corresponde a residentes con síntomas leves, en un 20%, y moderados.

En la siguiente tabla se aprecia el porcentaje y la frecuencia de síntomas de ansiedad en nuestra población estudiada.

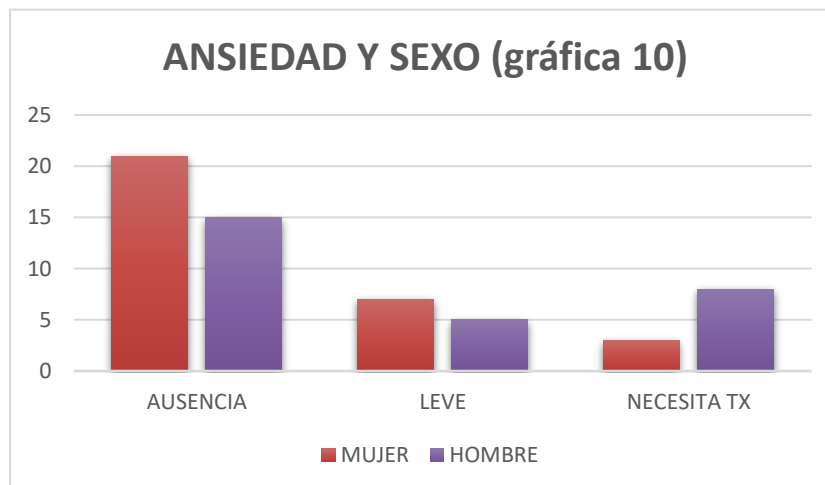
ANSIEDAD (tabla 5)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AUSENCIA	36	61.0	61.0	61.0
	LEVE	12	20.3	20.3	81.4
	NECESITA TRATAMIENTO	11	18.6	18.6	100.0
	Total	59	100.0	100.0	

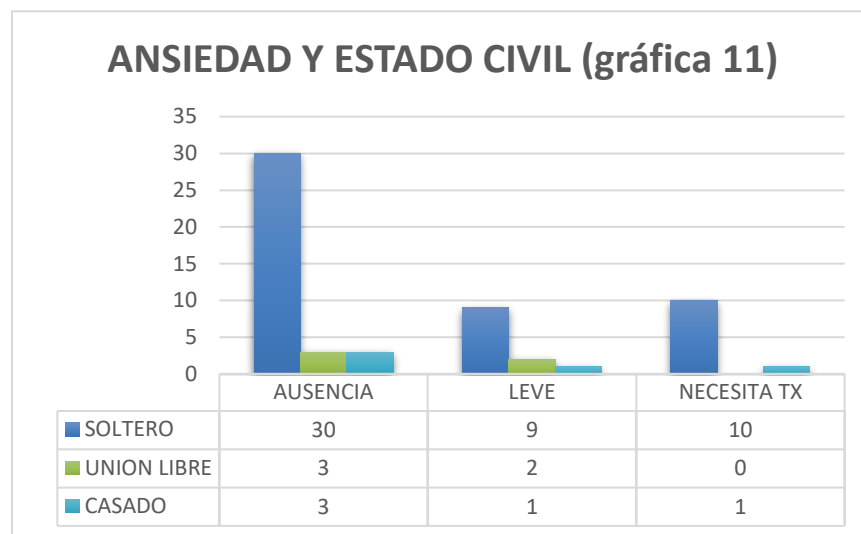




Tras la aplicación de la totalidad de las encuestas, se encontró que 11 residentes necesitan tratamiento para controlar los síntomas de ansiedad. Más del 50% de los médicos residentes que necesita tratamiento para los síntomas de ansiedad se encuentran cursando el segundo año de la residencia médica. Doce residentes participantes registraron que tienen síntomas leves de ansiedad. Los 36 médicos residentes restantes registraron una ausencia de síntomas de ansiedad, la mayor parte de los médicos que refieren ausencia de síntomas de ansiedad se encuentran en el tercer año de residencia (gráficas 8 y 9).



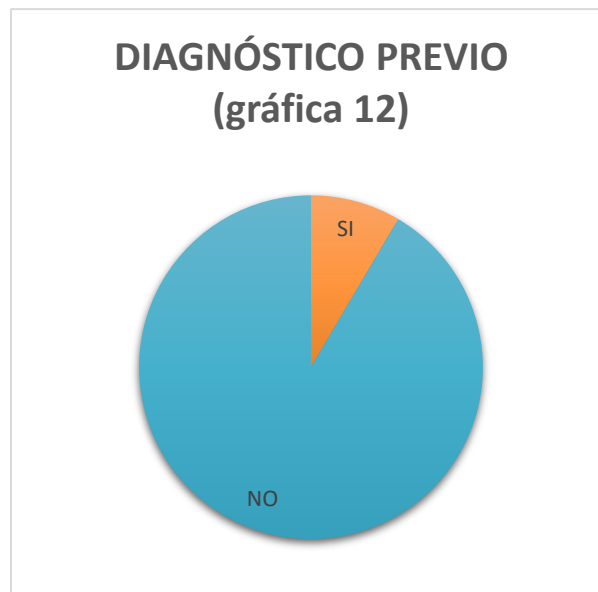
El 67.74% de las médicas residentes participantes refirieron ausencia de síntomas de ansiedad, el 22.58% refirieron síntomas leves de ansiedad y sólo el 9.7% necesita tratamiento para los síntomas de ansiedad. El 53.57% de los médicos residentes participantes refirieron ausencia de síntomas de ansiedad, el 17.85% refirieron síntomas leves y 28.57% de los residentes necesitan tratamiento para los síntomas de ansiedad (gráfica 10).



De los médicos residentes que registraron ser solteros en la hoja de datos personales, el 61.22% presenta ausencia de síntomas de ansiedad, el 18.36% presenta síntomas leves y el 20.4% necesita tratamiento para los síntomas de ansiedad. De los médicos residentes participantes que se encuentran viviendo en unión libre con sus parejas, solo el 40% refiere síntomas leves de ansiedad. De los médicos residentes que se encuentran casados, solo uno necesita tratamiento para los síntomas de ansiedad (gráfica 11).

DXPREVIO (tabla 6)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sí	5	8.5	8.5
	No	54	91.5	100.0
	Total	59	100.0	100.0



A pesar de que hay muchos médicos residentes con síntomas de algún trastorno mental, sólo cinco de ellos ya cuentan con un diagnóstico previo de ansiedad o depresión (tabla 6).

En cuanto a la calidad de vida, los resultados demuestran que sólo 35 médicos residentes consideran que tienen un mejor estado en cuanto a su calidad de vida (tabla 7).

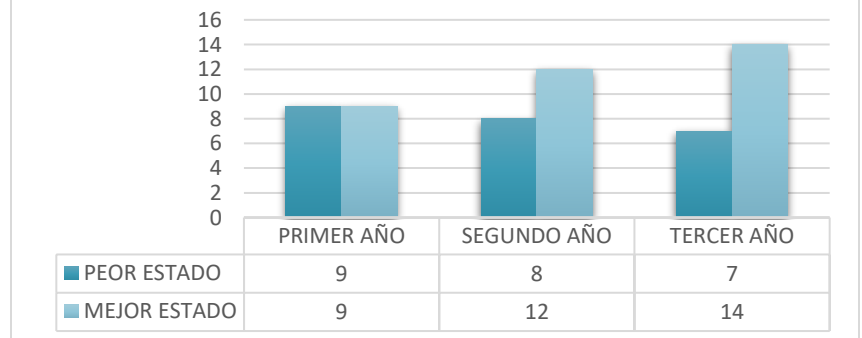
CALIDAD DE VIDA (tabla 7)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
PEOR ESTADO	24	40.7	40.7	40.7
Válidos MEJOR ESTADO	35	59.3	59.3	100.0
Total	59	100.0	100.0	

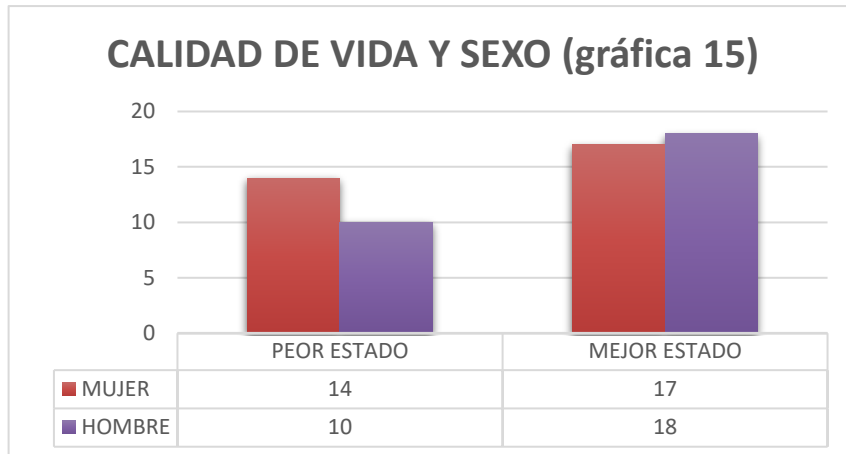
**CALIDAD DE VIDA
(gráfica 13)**



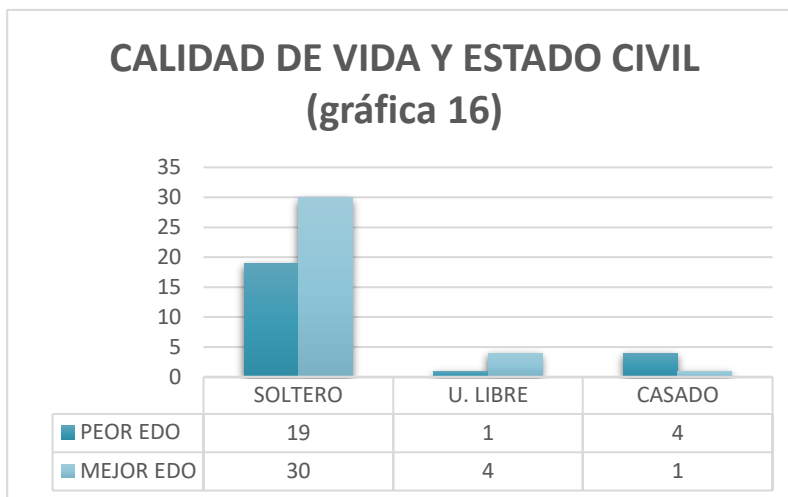
**CALIDAD DE VIDA POR GRADO
ACADEMICO (gráfica 14)**



De los 59 médicos residentes participantes, el 40.7% se percibe con peor estado en su calidad de vida, de ellos, el 37.5% se encuentran cursando el primer año de la residencia médica (gráfica 13 y 14).



Sólo el 45.16% de las médicas residentes participantes se percibe con peor estado en su calidad de vida. El 35.71% de los médicos residentes se percibe con peor estado en su calidad de vida (gráfica 15).



El 61.22% de los médicos residentes que se encuentran solteros y el 80% que se encuentran en unión libre con sus parejas se perciben con mejor estado en su calidad de vida, mientras que el 80% de los médicos residentes que se encuentran casados se perciben con un peor estado en su calidad de vida (gráfica 16).

Posteriormente se realizó un análisis bivariado con la prueba estadística de Spearman para valorar la correlación entre depresión y calidad de vida.

Tabla de contingencia DEPRESIÓN * CALIDAD DE VIDA (tabla 8)

			CVIDA		Total
			PEOR ESTADO	MEJOR ESTADO	
MINIMA	Recuento		3	30	33
	% del total		5.1%	50.8%	55.9%
LEVE	Recuento		9	5	14
	% del total		15.3%	8.5%	23.7%
DEPRESIÓN MODERADA	Recuento		5	0	5
	% del total		8.5%	0.0%	8.5%
MODERADAMENTE SEVERA	Recuento		6	0	6
% del total			10.2%	0.0%	10.2%
SEVERA	Recuento		1	0	1
	% del total		1.7%	0.0%	1.7%
Total	Recuento		24	35	59
	% del total		40.7%	59.3%	100.0%

Correlaciones (tabla 9)

			DEPRESIÓN	CVIDA
Rho de Spearman		Coefficiente de correlación	1.000	-.760**
	DEPRESIÓN	Sig. (bilateral)	.	.000
		N	59	59
		Coefficiente de correlación	-.760**	1.000
	CVIDA	Sig. (bilateral)	.000	.
		N	59	59

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis a través del coeficiente de correlación de Spearman (tabla 9) indica una correlación negativa alta para las variables depresión y calidad de vida ($\rho = -0.76$, $p = 0.00$). Es decir, si los síntomas de depresión aumentan, la calidad de vida disminuye.

Así mismo, se realizó el análisis bivariado con la prueba estadística de Spearman para valorar la correlación entre ansiedad y calidad de vida.

Tabla de contingencia ANSIEDAD * CALIDAD DE VIDA (tabla 10)

		CVIDA		Total
		PEOR ESTADO	MEJOR ESTADO	
AUSENCIA	Recuento	4	32	36
	% del total	6.8%	54.2%	61.0%
ANSIEDAD LEVE	Recuento	9	3	12
	% del total	15.3%	5.1%	20.3%
NECESITA TRATAMIENTO	Recuento	11	0	11
	% del total	18.6%	0.0%	18.6%
Total	Recuento	24	35	59
	% del total	40.7%	59.3%	100.0%

Correlaciones (tabla 11)

		ANSIEDAD	CVIDA
ANSIEDAD	Coeficiente de correlación	1.000	-0.769**
	Sig. (bilateral)	.	.000
	N	59	59
CVIDA	Coeficiente de correlación	-0.769**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	59	59

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis a través del coeficiente de correlación de Spearman (tabla 11) indica una correlación negativa alta para las variables ansiedad y calidad de vida ($\rho = -0.769$, $p = 0.00$). Es decir, si los síntomas de ansiedad aumentan, la calidad de vida disminuye.

Y finalmente se realizó el análisis bivariado con la prueba estadística de Spearman para valorar la correlación entre ansiedad y depresión.

Tabla de contingencia ANSIEDAD * DEPRESIÓN (tabla 12)

		DEPRESIÓN					Total
		MINIMA	LEVE	MODERADA	MODERADAMENTE SEVERA	SEVERA	
AUSENCIA	Recuento	32	4	0	0	0	36
	% del total	54.2%	6.8%	0.0%	0.0%	0.0%	61.0%
ANSIEDAD LEVE	Recuento	1	7	3	1	0	12
	% del total	1.7%	11.9%	5.1%	1.7%	0.0%	20.3%
NECESITA TRATAMIENTO	Recuento	0	3	2	5	1	11
	% del total	0.0%	5.1%	3.4%	8.5%	1.7%	18.6%
Total	Recuento	33	14	5	6	1	59
	% del total	55.9%	23.7%	8.5%	10.2%	1.7%	100.0%

Correlaciones (tabla 13)

		ANSIEDAD	DEPRESIÓN
ANSIEDAD	Coefficiente de correlación	1.000	.865**
	Sig. (bilateral)	.	.000
	N	59	59
DEPRESIÓN	Coefficiente de correlación	.865**	1.000
	Sig. (bilateral)	.000	.
	N	59	59

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

El análisis a través del coeficiente de correlación de Spearman (tabla 13) indica una correlación muy alta para las variables depresión y calidad de vida ($\rho=0.865$, $p=0.00$).

ANÁLISIS.

Tras haber concluido nuestro estudio podemos mencionar que el 52.5% de los médicos residentes que participaron en nuestro estudio son mujeres. El rango de edad de los participantes va de 25 a 37 años y el estado civil soltero es aquel que predomina en la población estudiada.

La prevalencia de síntomas moderados a severos de depresión es mayor en hombres que se encuentra cursando el tercer año de la residencia médica. Los síntomas moderados de depresión predominan en aquellos que se encuentran cursando el primer año de la residencia médica.

En cuanto a la ansiedad, de los 59 participantes, el 28.57% son hombres que necesitan tratamiento para controlar los síntomas de ansiedad y más del 50% se encuentran cursando el segundo año de la residencia médica.

De los 59 médicos residentes participantes, el 40.7% se percibe con peor estado en su calidad de vida, de ellos, el 37.5% se encuentran cursando el primer año de la residencia médica. Sólo el 45.16% de las médicas residentes participantes se percibe con peor estado en su calidad de vida. El 80% de los médicos residentes que se encuentran casados se perciben con un peor estado en su calidad de vida.

El análisis a través del coeficiente de correlación de Spearman correlación negativa alta para las variables depresión y calidad de vida, es decir, si los síntomas de depresión aumentan, la calidad de vida disminuye y viceversa. El análisis a través del coeficiente de correlación de Spearman indica una correlación negativa alta para las variables ansiedad y calidad de vida. El análisis a través del coeficiente de correlación de Spearman indica una correlación muy alta para las variables depresión y calidad de vida. Estos datos nos permiten establecer la premisa de que, mientras más graves sean los síntomas de ansiedad o depresión en los médicos residentes de medicina familiar, la percepción en su calidad de vida será peor.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Montiel y cols. Establecieron que la prevalencia de los síntomas de ansiedad es mayor durante el primer año de residencia médica hasta en un 30.8% y de depresión de un 36.9% en comparación con los médicos residentes de último año que presentaron un 10% y 11.6% de ansiedad y depresión respectivamente, es decir, la prevalencia de estos trastornos psiquiátricos disminuye significativamente. Sin embargo, en nuestra población estudiada, se encontró que más del 50% de los médicos residentes que necesita tratamiento para los síntomas de ansiedad se encuentran cursando el segundo año de la residencia médica mientras que, el 50% de los residentes con síntomas moderadamente severos de depresión se encuentra cursando el tercer año de la residencia médica. A diferencia del estudio realizado por Montiel y cols. La prevalencia de estos trastornos psiquiátricos en los médicos residentes de medicina familiar aumenta significativamente.

Rodríguez y cols. establecieron en un estudio que incluyó médicos residentes de las especialidades troncales adscritos a un hospital general de zona que las mujeres tienen mayor prevalencia de síntomas de ansiedad con un 37.4% a diferencia de los hombres con un 27%, En cambio, en la población de médicos residentes de medicina familiar encontramos una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en los hombres con un 46.43% mientras que la prevalencia en mujeres es de 32.26%.

La calidad de vida en médicos residentes, en comparación con los trastornos psiquiátricos, es muy poco estudiada. Sin embargo, Prieto y cols. realizaron un estudio comparativo y longitudinal a los médicos residentes de siete especialidades en un hospital general regional en México, en el cual se observó un descenso en la puntuación del nivel de calidad de vida después de un año de exposición a los estudios de especialidad en cinco de las seis escalas que se consideran para evaluar la calidad de vida, siendo las especialidades quirúrgicas las más afectadas. En los médicos residentes de medicina familiar sería interesante realizar seguimiento de su percepción de calidad de vida en un año, ya que en nuestra población se encontró que, de los 59 participantes, el 40.7% se percibe con peor

estado en su calidad de vida, de los cuales, el 37.5% se encuentra cursando el primer año de la residencia médica.

Al comparar a los residentes solteros con los casados, ambos grupos mostraron descenso en su calidad de vida al final del primer año de residencia, a diferencia de nuestro estudio, en donde pudimos observar que los médicos residentes que se encuentran solteros se perciben con un mejor estado en su calidad de vida

Tras el análisis de los efectos de los trastornos psiquiátricos en la calidad de vida de los médicos residentes es importante plantearnos si los cursos de especialización en medicina pueden ser exitosos cuando los médicos que los cursan presentan depresión, ansiedad y disminución de su nivel de calidad de vida así mismo, es necesario evaluar cómo estos factores pueden afectar la atención médica que debe prestar este grupo de trabajadores de la salud. ¿Será posible revertir esta situación? En el año 2005, se encuestó a los coordinadores de educación e investigación en salud de diversas sedes hospitalarias para los cursos de especialización en medicina sobre los efectos que habían encontrado en sus estudiantes tras haber reducido los horarios de trabajo de los médicos residentes, tras su análisis se encontró una percepción de mejoría en el estado de calidad de vida y la disminución de los niveles de fatiga hasta en un 85%, así como la percepción de equilibrio entre la vida personal y profesional en 81% de los participantes, también encontraron una disminución en la incidencia del síndrome de burnout. Resultados similares se encontraron en un estudio de la Universidad de California, en el cual se observó una mejoría en la calidad de vida de la mayoría de los residentes. Sin embargo, en los dos estudios se encontró que los médicos residentes no utilizan el tiempo libre que se les brindó en actividades educativas afectando el profesionalismo y nivel educativo de los residentes, por lo que consideramos que es necesario hallar un equilibrio para mejorar la calidad de vida de los residentes sin que se vea afectada su formación académica y la calidad en la atención médica que estos profesionales de la salud les brindan a los pacientes.

RECOMENDACIONES.

Se recomienda diseñar estrategias para la detección oportuna de depresión y ansiedad al inicio de la residencia y de manera anual, con el objetivo de que los alumnos reciban atención oportuna que les permita continuar con su desarrollo académico y detectar el aumento o disminución de los casos. Como ya lo mencionamos, existen muchos instrumentos de fácil aplicación que podrían apoyar a detectar estos trastornos psiquiátricos.

Es importante mantener informados a los coordinadores de educación e investigación en salud y a los profesores titulares de todas las unidades médicas sobre los factores de riesgo, señales de alerta y conductas de riesgo que pudieran estar presentes en los médicos residentes que padecen algún trastorno psiquiátrico que se encuentran a su cargo, muchas veces son las únicas personas con las que los médicos residentes conviven.

Así mismo, se sugiere la creación de grupos de apoyo que les permitan aprender a controlar los niveles de estrés, o la implementación de talleres de motivación, mejora de autoestima y terapia cognitivo conductual.

El tratamiento farmacológico no debe dejarse de lado, por ello se recomienda la referencia oportuna a los módulos de SPPSTIMSS y psiquiatría para la atención de todos los médicos residentes con trastornos psiquiátricos.

Referencias

1. Zarragoitia I, O'reilly M, Agudín S, Marot M. (20 de septiembre de 2020). La depresión: retos y conflictos en el siglo XXI. Interpsiquis XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, abril 2018.
[https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4\[1\].pdf](https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-13-pon4[1].pdf)
2. Pérez A, Cervantes V, Hijuelos N, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev. Biomed.* 2017;28:89-115.
3. Park L, Zarate C. Depression in the Primary Care Setting. *N Engl J Med.* 2019; 380(6):559-568. doi: 10.1056/NEJMcp1712493.
4. Depression an Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization;2017. Licence:CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. INEGI (30 de septiembre de 2020). *Salud Mental.*
<https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
6. Maurer D, Raymond T, Davis B. Depression: Screening and Diagnosis. *Am Fam Physician.* 2018; 98(8):508-515.
7. Fekadu N, Shibeshi W, Engidawork E. Major Depressive Disorder: pathophysiology and clinical management. *Journal of depression and anxiety.* 2017; 6(1):1-7.
8. Gerhard D, Wohleb E, Duman R. Emerging treatment mechanisms for depression: focus on glutamate and synaptic plasticity. *Drug Discov Today.* 2016; 21(3):454-64.
9. Beurel E, Lowell J. Th17 cells in depression. *Brain Behav Immun.* 2018; 69:28-34.
10. Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México CENETEC;2015 (23 de septiembre de 2020).
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GP_C_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf
11. Schulz P, Arora G. Depression. *Continuum (Minneap Minn). Behavioral Neurology and Neuropsychiatry.* 2018; 21(3):756-761.

12. Lam R, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al; CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*. 2016; 61(9):510-23.
13. Iglesias G, López G, Ayuso M, García J, Bobes J. Screening for anxiety and depression in Primary Care: Utility of 2 brief scales adapted to the ICD-10-PC. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020; 8(20):78-91
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.12.001>.
14. Matias A, Fonsêca M, Gomes M, Matos M. Indicators of depression in elderly and different screening methods. *Einstein (Sao Paulo)*. 2016; 14(1):6-11.
15. Douglas M, Raymond J, Bethany N. Depression: screening and diagnosis. *American Family Physician*. 2018;98(8):508-515.
16. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México CENETEC;2010 (23 de septiembre de 2020).
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMS_S_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
17. Adwas A, Jbireal J, Elsayed A. Anxiety: insights into signs, symptoms, etiology, pathophysiology and treatment. *East African Scholars J Med Sci*. 2019;10(2):580-591.
18. Babaev O, Chatain C, Krueger-Burg D. Inhibition in the amygdala anxiety circuitry. *Experimental & Molecular Medicine*. 2018;50(18):1-16. DOI 10.1038/s12276-018-0063-8.
19. Jibson M, Seyfried L. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2018.
20. Trastornos mentales y del comportamiento. En: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra: OMS; 1996.
21. Dunstan D, Scott N, Todd A. Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung scales. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):329.

22. Sanz J. Recommendations for the use of the Spanish adaptation of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in clinical practice. *Clinic and health*. 2017; 25(1):39-48.
23. Rodríguez F, Ramírez J. *¿Tenemos claro lo que es la residencia médica?* Acta Médica Grupo Ángeles. 2016;14(3):183-184.
24. Norma Oficial Mexicana NOM-090-SSA1-1994 para la organización y funcionamiento de residencias médicas 09-22-94.
25. Sánchez K. (20 de septiembre de 2020). Ser médico residente en México. Letras libres. <https://www.letraslibres.com/mexico/politica/ser-medico-residente-en-mexico>.
26. Acosta FM, Aguilera VM, Pozos RB, Torres LT, Parra OL. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Inv Ed Med*. 2017;6(23):169-179.
27. Granados CJ, Gómez LO, Islas RI, Maldonado PG, Martínez MH, Pineda TA. Depresión, ansiedad y conducta suicida en la formación médica en una universidad en México. *Inv Ed Med*. 2020;35(9):65-74.
28. Slavin SJ, Chibnall JT. Finding the why, changing the how: improving the mental health of medical students and physicians. *Acad Med*. 2016;91(9):1194-1206.
29. Robles EA, Rubio JB, De la Rosa GE, Nava ZA. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*. 2016; 11 (3): 120-125.
30. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics*. 2016;34:645–649.
31. Prieto MS, López BW, Jiménez BC. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. *EDUC MED* 2019;12(3):169-177.

32. Villarroel VP, Silva J, Celis AK, Pavez P. Evaluación del cuestionario iSF-12: certificación de la utilidad de la escala salud mental. *Rev Med Chile*. 2015;142(1):1275-1283.
33. White MK, Maher SM, Rizio AA, Bjorner JB. A meta-analytic review of measurement equivalence study findings of the SF-36 and SF-12 Health Surveys across electronic modes compared to paper administration. *Qual Life Res*. 2018;27(7):1757-1767.
34. Gretchen A, Brenes P. Anxiety, depression and quality of life in primary care patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2017;9(6):437-443.
35. Hohls JK, König HH, Quirke E, Hajek A. Association between anxiety, depression and quality of life: study protocol for a systematic review of evidence from longitudinal studies. *BMJ Open*. 2019;9(10):1-5.
36. Hansson L. Quality of life in depression and anxiety. *International Review of Psychiatry*. 2017;14(3):185-189.

ANEXOS



Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹. Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

Anexo 1.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-5	
A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.	
	<ol style="list-style-type: none">1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

	<p>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>	
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p>	
<p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>	
<p>E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.</p>	

FUENTE: Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the Primary Care Setting. N Engl J Med. 2019 Feb 7;380(6):559-568. doi:

10.1056/NEJMcp1712493.



Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹. Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

Anexo 2.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10

1. El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.

El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a algún trastorno mental orgánico.

2. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas

1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
2. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
3. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras.
4. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

3. Además, deben estar presentes uno o más de los síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4 o más:

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

	7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
4. Puede haber o no síndrome somático. Comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos.	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida importante del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que previamente eran placenteras. 2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. 3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. 4. Empeoramiento matutino del humor depresivo. 5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación. 6. Pérdida marcada del apetito. 7. Pérdida de peso del al menos 5% en el último mes. 8. Notable disminución del interés sexual.

FUENTE: Trastornos mentales y del comportamiento. En: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

CIE-10. Ginebra: OMS.



Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹. Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

Anexo 3.

CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DEPRESIVO	
LEVE	Presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.
MODERADO	Están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.
GRAVE	Deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

FUENTE: Trastornos mentales y del comportamiento. En: Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades

CIE-10. Ginebra: OMS.



Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹, Varela Almanza Rodolfo².

¹ Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. ² Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

Anexo 4.

CUESTIONARIO PHQ-9

<i>DURANTE LAS ULTIMAS 2 SEMANAS ¿CON QUÉ FRECUENCIA TUVO MOLESTIAS POR CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS?</i>	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
➤ <i>Poco interés o placer en hacer las cosas.</i>	0	1	2	3
➤ <i>Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado.</i>	0	1	2	3
➤ <i>Dificultad para dormir o permanecer dormido o dormir demasiado.</i>	0	1	2	3
➤ <i>Sentirse cansado o con poca energía.</i>	0	1	2	3
➤ <i>Con poco apetito o comer demasiado.</i>	0	1	2	3
➤ <i>Sentirse mal consigo mismo o sentir que uno es un fracaso o que le ha faltado a su familia o a sí mismo.</i>	0	1	2	3
➤ <i>Dificultad para concentrarse en cosas, tales como leer el diario o ver la televisión.</i>	0	1	2	3
➤ <i>¿Se ha movido o hablado más lentamente que otras personas lo notaron? O por el contrario, ¿ha estado más inquieto e intranquilo moviéndose más de lo habitual?</i>	0	1	2	3
➤ <i>Pensamientos de que usted estaría mejor muerto o de hacerse daño a sí mismo de alguna manera.</i>	0	1	2	3

FUENTE: Douglas M. Maurer, et al. Depression: screening and diagnosis. American Family Physician. 2018.



Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹, Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

Anexo 5.

CRITERIOS DEL DSM V PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.	
Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se producen durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	
A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.	
B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):	
	<ol style="list-style-type: none">1) Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.2) Fácilmente fatigado.3) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco4) Irritabilidad.5) Tensión muscular.6) Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).	

E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

FUENTE: American Psychiatric Association.



Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹. Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

Anexo 6.

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD Marcar según la intensidad de los síntomas 0 =ausente; 1 = leve; 2 = moderado; 3 = severo; 4 = grave o incapacitante.					
Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión (anticipación temerosa) irritabilidad.	0	1	2	3 4
Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse.	0	1	2	3 4
Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.	0	1	2	3 4
Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3 4
Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria.	0	1	2	3 4
Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones del humor durante el día.	0	1	2	3 4
Síntomas somáticos musculares	Dolor y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.	0	1	2	3 4

Síntomas somáticos sensoriales	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.	0	1	2	3	4
Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómito, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual, disfunción eréctil.	0	1	2	3	4
Síntomas vegetativos	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.	0	1	2	3	4
Comportamiento agitado durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, midriasis, exoftalmos, movimientos de tendones.	0	1	2	3	4

FUENTE: Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía

de Práctica Clínica. México CENETEC;2010



Ansiedad, depresión y calidad de vida en médicos residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar N°21.

Núñez Salinas Berenice¹. Varela Almanza Rodolfo².

1 Residente de tercer año de la especialidad de Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21. 2 Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar 21.

Anexo 7

CALIDAD DE VIDA CUESTIONARIO SF-12

GH1. En general, usted diría que su salud es...	1 Excelente	2 Muy buena	3 Buena	4 Regular	5 Mala	
PF02. Esfuerzos moderados como mover una mesa, barrer, pasar la aspiradora o caminar más de una hora Subir varios pisos por la escalera	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita poco	3 No, no me limita nada			
	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita poco	3 No, no me limita nada			
II. Durante las cuatro últimas semanas ¿Ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?						
RP2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1 Sí	2 No				
RP3. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1 Sí	2 No				
III. Durante las cuatro últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional?						
RE2. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1 Sí	2 No				
RE3. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre?	1 Sí	2 No				
Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1 Nada	2 Un poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho	
Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las cuatro últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las cuatro últimas semanas ¿cuánto tiempo...						
MH3. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 Muchas veces	4 Algunas veces	5 Solo alguna vez	6 Nunca
VT2. ¿Tuvo mucha energía?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 Muchas veces	4 Algunas veces	5 Solo alguna vez	6 Nunca
MH4. ¿Se sintió desanimado y triste?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 Muchas veces	4 Algunas veces	5 Solo alguna vez	6 Nunca
SF2. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?	1 Siempre	2 Casi siempre	3 Muchas veces	4 Algunas veces	5 Solo alguna vez	6 Nunca

FUENTE: White MK, Maher SM, Rizio AA, Bjorner JB. A meta-analytic review of measurement equivalence study findings of the SF-36 and SF-12 Health Surveys across electronic modes compared to paper administration. Qual Life Res. 2018.