



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E  
INVESTIGACIÓN**



---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**ORGÁNO DE OPERACIÓN DESCONCERTADA  
CIUDAD DE MÉXICO.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 EL ROSARIO.  
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR**

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN MEDICOS ADSCRITOS A LA  
UMF 33 “EL ROSARIO”**

# **TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

Alumna:

**DRA. ANA NOHEMI SANTOS CHAVEZ**

Director de tesis:

**DRA. MARTHA FABIOLA GUTIERREZ CASTAÑEDA**

CIUDAD DE MEXICO, 2022



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



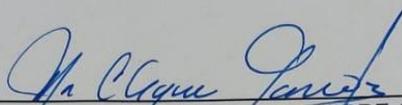
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

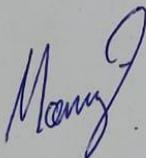
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

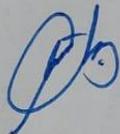
PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN MEDICOS ADSCRITOS A LA  
UMF 33 "EL ROSARIO"  
AUTORIZACIONES



DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA  
MÉDICA FAMILIAR Y COORDINADORA CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION  
EN SALUD UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MONICA CATALINA OSORIO GRANJENO  
MÉDICA FAMILIAR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MARTHA FABIOLA GUTIERREZ CASTAÑEDA  
MÉDICA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 "EL ROSARIO"  
ASESOR DE TESIS



JEFATURA DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN  
EN SALUD U. M. F. 33

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN MEDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33  
“EL ROSARIO”**

**AGRADECIMIENTOS**

A DIOS:

Porque sin él nada es posible, por darme todo lo que tengo, por la vida de mis seres más amados, por los amigos, por todo.

A MI PADRE:

Porque sé que donde estás, me mandas todo tu amor, tu protección y tu apoyo, por enseñarme lo que es ser la persona más bondadosa del mundo, porque tu ejemplo de amor por los hijos y la familia es lo más importante y no tiene límites, sé que siempre estás conmigo.

A MI MADRE:

Por enseñarme a ser fuerte a pesar de todos los obstáculos que se presentan, me enseñas cada día los valores mas importantes de la vida, sin ti nada de esto sería posible.

A MI ESPOSO MIGUEL:

Por ser el mejor amigo y esposo, por el amor incondicional que me demuestras día a día, por el apoyo en estos años juntos, por darme el regalo más grande, eres el amor de mi vida. Te amo.

A MI HIJO MATEO:

Por elegirme como tu mamá, por tu gran amor, por tu comprensión y apoyo en estos años, porque cada día me das las lecciones más importantes de la vida, me haces la persona más feliz del mundo, te amo infinitamente.

A MIS PROFESORES:

Gracias por todas sus enseñanzas, son muy valiosas para mí.

## INDICE

	<b>APARTADOS</b>	<b>PAGINA</b>
1.	Resumen	5
2.	Introducción	6
3.	Antecedentes	8
4.	Planteamiento del problema	14
5.	Objetivos	16
6.	Material y métodos	17
7.	Resultados	18
8.	Discusión	28
9 .	Conclusiones	31
10 .	Bibliografía	33
11.	Anexos	35

## 1. RESUMEN.

### PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN MEDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 “EL ROSARIO”

**Gutiérrez Castañeda Martha Fabiola <sup>1</sup>, Santos Chávez Ana Nohemi <sup>2</sup>.**

**Introducción:** Los trastornos de ansiedad en médicos se presentan de manera considerable y creciente debido a distintos factores asociados con la práctica médica, lo que afecta su vida personal, social, su estado de salud e interfiere de manera directa con los servicios que presta, o que puede resultar en mala praxis. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de trastorno de ansiedad en médicos adscritos a la UMF 33 “El Rosario”.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo en una muestra de 70 médicos adscritos. La información fue recabada a través del instrumento Inventario de Ansiedad de Beck, que considera un listado con 21 rubros, con los síntomas más comunes de ansiedad, dando un puntaje en cuanto a intensidad en la que se presenta cada síntoma. El análisis de resultados se realizó mediante estadística descriptiva. La investigación se llevó a cabo conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación nacional e institucional. **Resultados:** De los participantes en el estudio, solo 4 médicos tuvieron diagnóstico de ansiedad (5.71%). **Conclusiones:** Se encontró que la prevalencia de ansiedad en los médicos significativamente baja en comparación a los estudios analizados, por lo que podemos decir que es un resultado positivo que no implicará problemas en la salud mental ni física del personal de salud y en consecuencia no influirá en la atención de los pacientes a su cargo.

**Palabras clave:** ansiedad, médicos, prevalencia

Médico Familiar adscrito de la UMF No. 33 “El Rosario”.

Médico Residente de Primer año del CEMF de la UMF No. 33 “El Rosario”.

## 2. INTRODUCCIÓN

Se ha descrito que la historia de los trastornos de ansiedad es reciente. Los trastornos del estado de ánimo, en primer lugar, la melancolía, pueden presumir raíces históricas que se remontan desde la antigüedad clásica. Autores griegos y latinos informaron sobre casos de ansiedad patológica y los identificaron como trastornos médicos. Las técnicas terapéuticas sugeridas por los antiguos filósofos estoicos y epicúreos no parecen fuera de lugar en los libros de texto actuales de psicoterapia cognitiva. En los siglos que separan la antigüedad clásica a partir de la aparición de la psiquiatría moderna a mediados del siglo XIX, mantuvo que reportaron casos típicos de los trastornos de ansiedad en los escritos médicos, a pesar de que las categorías nosológicas estaban muy lejos de la nuestra. Fue Sigmund Freud, en 1894, quien describió la neurosis de angustia como la expresión más simple del trastorno neurótico. Freud acuñó muchos de los términos utilizados para varios trastornos de ansiedad en el *DSM-I* y el *DSM-II*. El *DSM-III* introdujo nuevos trastornos como el trastorno de pánico, el Trastorno de ansiedad generalizada y el Trastorno por estrés postraumático. Principales contribuciones del *DSM-5* son una agrupación de los trastornos de ansiedad en tres espectros (ansiedad, Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados con traumas y factores de estrés) basados en el intercambio de características neurobiológicas, genéticas y psicológicas comunes, y la agrupación de trastornos relacionados con el desarrollo en los mismos capítulos. En la Décima Edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV y DSM-V) se abandona el término de neurosis, y estos trastornos se ordenan sobre bases conceptuales diferentes, a la luz de los nuevos conocimientos taxonómicos y neurocientíficos. (1, 2)

Es importante mencionar que las teorías etiológicas incluyen: la psicodinámica sustentada por Freud, en las cuales la angustia procede de la lucha entre las normas morales (el Super Yo) y los instintos prohibidos (el Ello), inaceptables para el sujeto; la conductista, que concibe a la ansiedad como un condicionamiento erróneamente aprendido y, la cognitivista, considerando a las “cogniciones patológicas” como afrontamientos enfermizos por parte del individuo. Se reseñan los factores biológicos relacionados con la disfunción gabaérgica, noradrenérgica o serotoninérgica, junto a los factores genéticos sostenidos por estudios en familias, gemelos y adoptados. Sin embargo, existe un modelo integrador que considera la predisposición genética y las experiencias tempranas adversas determinantes del fenotipo vulnerable, los traumas o eventos de la vida diaria, el estrés y los eventos vitales. (2)

Hoy en día los trastornos de ansiedad son los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes. Estos trastornos son caracterizados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5a edición (DSM-5) como una exacerbación de dos respuestas normales y adaptativas: el miedo y la ansiedad. En ella, la ansiedad se define como la respuesta emocional anticipatoria a una amenaza futura (preocupación excesiva). La ansiedad es una emoción útil para la supervivencia, ya que contribuyen a generar una respuesta ante un peligro, ya sea esta la huida (flight), la lucha (fight) o el bloqueo (freeze). No obstante, la diferenciación entre una respuesta normal y la ansiedad patológica es de carácter clínico, en función de criterios de intensidad o duración excesiva (generalmente superior a 6 meses). (3)

De tal manera que, la ansiedad como una respuesta del organismo ante acontecimientos estresantes, se caracteriza por una inmensa inquietud y una extrema inseguridad, desencadenado por diversos factores, cuya función es proteger al sujeto de las amenazas externas, activando un mecanismo de alerta y huida a través del sistema nervioso central y periférico, y generando una serie de síntomas físicos y psicológicos. La ansiedad es un estado fisiológico y forma parte de la vida diaria, pero en ocasiones, puede constituir un trastorno. Algunos autores relacionan la personalidad y los desórdenes de ansiedad. (4,5)

Debido a esto se debe considerar la ansiedad como síntoma de un posible trastorno, cuando:

1. Es de mayor intensidad y/o duración de lo que se esperaría, dadas las circunstancias de su aparición (considerar el contexto familiar, social y cultural).
2. Conlleva una alteración en la funcionalidad laboral, social o interpersonal del sujeto.
3. Las actividades diarias se alteran debido a la evitación de ciertas situaciones con el objetivo de disminuir la ansiedad.
4. Asocia clínicamente significativos e inexplicables síntomas físicos y/o obsesiones, compulsiones o recuerdos traumáticos (teniendo en cuenta que estos elementos aparecen en la población general sin asociar una patología ansiosa). (5)

Cabe mencionar que los trastornos de ansiedad se caracterizan por una edad de inicio considerablemente más temprana que otras clases de trastornos mentales y, por lo general, se manifiestan por primera vez durante la niñez y la adolescencia, con una edad mediana de 11 y 15 años y alcanzan la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, aunque la edad para los trastornos de ansiedad única varía considerablemente, con fobias específicas y trastornos de

ansiedad por separación que se presentan con la edad más temprana a los 7 años, seguida por trastornos de ansiedad social a los 13 años, agorafobia a los 20, trastorno de pánico a los 24 y trastorno de ansiedad generalizada a los 31 años. Los trastornos de ansiedad infantil a menudo persisten hasta la edad adulta o progresan hacia otros trastornos de ansiedad u otros trastornos mentales a lo largo de la vida. (6, 7)

La Organización Mundial de la Salud estima que 264 millones padecen ansiedad, con una prevalencia global del 7,3% (4,8%- 10,9%). En España, las estimaciones en cuanto a ansiedad están en alrededor de 2 millones de personas. Entre 2007 y 2017, la carga de enfermedad, medida en años vividos con discapacidad, se incrementó; del 12,4% en las mujeres y del 13,6% en los hombres, ocupando respectivamente el octavo y decimotercer puesto a nivel mundial. (3, 8)

En México, uno de cada cinco individuos presenta al menos un trastorno mental en algún momento dado de su vida. Los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerarse como indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos. (9)

Debe señalarse que los factores asociados al trastorno de ansiedad en médicos, se presentan como factores demográficos, de salud, factores de estilo de vida, condiciones de trabajo y estado psicológico relacionado con el trabajo. Entre otros factores se mencionan la edad, sexo, estado civil, educación e ingresos mensuales. En cuanto al sexo, se presenta en menor porcentaje en hombres que en mujeres. En cuanto a problemas de salud representa un factor importante, entre ellos se mencionan las enfermedades crónico-degenerativas como como hipertensión, enfermedad cardiovascular, diabetes, o la presencia de úlceras pépticas. Entre otras, también se presentan trastornos del sueño como dificultad para dormir. Los factores de estilo de vida incluyen fumar, consumo de alcohol, alimentación y ejercicio físico, éste último depende de la frecuencia en que se realiza actividad física. Las condiciones de trabajo incluyen: liderazgo administrativo, rango profesional, arreglo laboral, turno de noche, capacitación previa al puesto y capacitación en el trabajo. (10)

Por consiguiente, la práctica de la medicina es estresante para muchos médicos debido a la carga de trabajo excesiva, horas de trabajo extendidas y niveles altos de presión, además de que se afecta su vida social de manera negativa, esto influye para que aparezcan los trastornos

de ansiedad en los trabajadores de la salud. El bienestar de los médicos no solo puede beneficiarlos a ellos mismos, también podría ser crucial para la atención médica que otorga lo que repercute en la salud y seguridad de sus pacientes. Sin embargo, los estudios sugieren que los médicos no están entusiasmados por atender sus necesidades de bienestar o buscar ayuda de otros profesionales. Se observó que los médicos buscan ayuda en menor grado y más tarde en el curso de la enfermedad que otros grupos, y parecen ser más reacios a buscar ayuda para problemas psicológicos o de salud conductual. Parece haber una atención inadecuada dado a estos problemas de salud psiquiátrica y vacilación en buscar ayuda entre los médicos debido a preocupaciones sobre la confidencialidad u otras razones; Sin embargo, existen pocos estudios sobre el riesgo real de estos problemas psiquiátricos comunes en el cuidado de la salud médicos distintos de los cuestionarios. (11, 12)

Resulta claro que la presencia de riesgos laborales habituales incorporados en la medicina como profesión ponen a los médicos en riesgo de sufrir angustia. Esto incluye dar malas noticias a pacientes sobre su diagnóstico o pronóstico, ver pacientes con dolor o angustia, lidiar con pacientes moribundos y tomar decisiones clínicas difíciles mientras sopesan los riesgos de muerte o daño. Otros riesgos laborales habituales en la medicina son los temores frecuentes de tomar una decisión clínica incorrecta y supervisiones, agresiones, bullying, falta de sueño, estar de guardia fuera del horario laboral, trabajar muchas horas, hacer frente a la escasez de personal y a la carga de pacientes. Estos peligros ocupacionales pueden poner a los médicos en riesgo de agotamiento, ansiedad, depresión, estrés, como ya se mencionó, problemas de sueño de etiología psicológica y otros tipos de trastornos mentales. (13)

Por otra parte, entre la amplia gama de instrumentos que se han diseñado para evaluar la sintomatología de ansiedad, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988), conocido como BAI por sus siglas en inglés, es una de las herramientas que se emplean con mayor frecuencia en todo el mundo, tanto en el ámbito de la investigación psicológica como en el campo clínico. Si bien no es un instrumento que tenga como fin diagnosticar los trastornos de ansiedad, pues no los clasifica y solamente indica la severidad de la sintomatología, su popularidad radica en su aplicación sencilla e interpretación práctica, y en que provee datos valiosos para una primera aproximación a dichos trastornos. (14)

### 3. ANTECEDENTES

El BAI surgió como una propuesta para valorar la gravedad de los síntomas de ansiedad de una persona y discriminar entre síntomas de ansiedad y de depresión. En su evaluación original, Beck et al. (1988) obtuvieron una consistencia interna alta ( $\alpha = .92$ ), una confiabilidad test-retest de .75, y además una correlación moderada con la Escala de Ansiedad de Hamilton (Hamilton. 1969) ( $r = .51$ ), y baja con la Escala de Depresión del mismo autor (Hamilton, 1967) ( $r = .25$ ). La estructura factorial obtenida fue de dos dimensiones: una compuesta por síntomas somáticos (doce reactivos) y la otra por los síntomas subjetivos de la ansiedad relacionadas con el trastorno de pánico (nueve reactivos). a la fecha se han generado diversas investigaciones en población general y psiquiátrica para determinar las propiedades. (14)

Con respecto a la epidemiología Reyes, et al (2019) se evidenció que los trastornos de ansiedad son más prevalentes en mujeres que en hombres (1,5 a 2 veces más frecuentes) y que se asocian con un aumento del riesgo de padecer un episodio depresivo (con una odds ratio entre 7 y 62, dependiendo de cuál sea el trastorno de ansiedad primario). Frecuentemente, los trastornos de ansiedad son infradiagnosticados e infratratados, retrasándose el tratamiento en muchos casos hasta una década después del inicio de los síntomas. (3).

Tal es el caso de un estudio en médicos realizado por Azuara NdlÁ et al. (2018) se puede observar desde su formación como estudiantes y médicos de pregrado. En estudiantes de medicina se ha observado que existe una mayor prevalencia de desórdenes psicológicos relacionados con la ansiedad, en comparación con la población en general. Se asocia a diversos factores internos y externos los que influyen en el grado de ansiedad, algunos son la extroversión, concientización, estabilidad emocional que tan abierta es la persona a situaciones nuevas y su vulnerabilidad al estrés. Diversos autores han desarrollado investigaciones sobre las fuentes de ansiedad. Algunos de ellos se han enfocado particularmente en la ansiedad relacionada con pruebas o exámenes. (4)

De este modo, los estudios de prevalencia muestran altos niveles de agotamiento, ansiedad, fatiga y otros síntomas de angustia entre los médicos. Un ensayo controlado aleatorio realizado por Medisaukaitea A et al, (2016) en Londres; evaluó intervenciones que enseñaban a 227 médicos sobre la psicología del agotamiento, el estrés, el manejo de la muerte del paciente y el

manejo de la angustia, además de brindarles información sobre las tasas de prevalencia entre los médicos. En el caso de ansiedad se aplicó el test de trastorno de ansiedad general-7, es una escala de siete ítems puntuados de 0 (nada) a 3 (casi todos los días). Aproximadamente la mitad de estos médicos (46,2%; 42) son mujeres, El 54,9% (50) trabaja en hospitales y el 72,5% (66) trabaja > 41 h semanales. Se observa que no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de ensayo al inicio del estudio. Así mismo se observó que existe prevalencia de niveles severos de ansiedad entre los médicos participantes. (13)

En éste tenor, en un estudio de Mascarúa et al (2014) en médicos residentes se ha calculado que la prevalencia de ansiedad y depresión es mayor que en la población general (10%). En México se han reportado signos depresivos en residentes, se mencionan entre los principales factores: *físicos*: jornadas largas de trabajo (mayores a 24 horas), tiempo inadecuado de descanso, privación de sueño; *ambientales*: falta de cordialidad, respeto o reconocimiento, maltrato emocional (humillaciones públicas; etc); *organizacionales*: instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, deficientes sistemas de registro y de apoyo, burocratismo, baja remuneración, etc; y *personales*: edad, sexo, historia familiar, experiencias personales etc. En el 2014 se realizó un estudio en residentes de medicina familiar con el fin de identificar la presencia de ansiedad y/o depresión en la unidad de medicina familiar no.6 de Puebla. Se evaluó la ansiedad utilizando el test de Hamilton y la depresión con el test de Beck. El análisis se efectuó a través de estadística descriptiva. Se estudió a 56 residentes de medicina familiar, 41 (73.21%) del sexo femenino y 15 (26.79%) del sexo masculino, con edad media de 30 años; 28 residentes (50%) estaban solteros al momento del estudio. Con relación a la ansiedad se observaron 23 casos (41.1%), siendo la ansiedad leve la más frecuente con 9 casos (39.1%) en residentes de primer año. (15)

Ahora bien, Chen Q et al (2019) realizó un estudio con el objetivo de explorar la prevalencia de ansiedad e identificar los factores que influyen en ésta en médicos de un hospital. Se obtuvo una muestra reclutada consecutivamente de 1702 empleados médicos con o sin ansiedad de 13 hospitales en China. Las características demográficas y clínicas de los participantes se recopilaron mediante un protocolo estandarizado y un procedimiento de recopilación de datos. Los sujetos se dividieron en grupos ansiedad y no ansiedad según sus puntuaciones en la versión china del Short Health Anxiety Inventory. Se realizaron comparaciones entre grupos y se utilizó regresión logística binaria para identificar los factores de riesgo de ansiedad. La prevalencia total de ansiedad fue del 30,14%. Hubo diferencias significativas entre los grupos

ansiedad y no ansiedad en número de años de trabajo, categoría de hospital, sexo, estado civil, ingresos familiares, personalidad, enfermedad física y grado de educación. Trabajar en un hospital especializado, ser mujer, estar casada, bajos ingresos, introversión, estudios de posgrado o superior y presencia de enfermedad física eran factores de riesgo de ansiedad. (16)

Así mismo, Ramirez L, (2014) publicó un estudio con 77 médicos residentes de la Ciudad de México, algunos de un hospital regional y otros médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar, que laboran en clínicas de primer nivel de atención, se aplicaron cuestionarios de Beck para ansiedad y depresión y las viñetas Coop-Wonca para calidad de vida relacionada con la salud, se observó que en un 9.1% del total presentó ansiedad moderada, 2.6% ansiedad severa y 15.5% presentaron algún grado o nivel de ansiedad y depresión. (17).

Respecto a esto, Reyes C. et al. (2017) publicó un estudio en la Facultad de Medicina de la UNAM de la generación 2009, que realizarían su internado rotatorio en el 2014. El objetivo del estudio es cuantificar la ansiedad (de *rasgo* y *estado*) antes de iniciar el internado médico en los alumnos de una escuela pública de medicina en México, además determinar si el promedio de calificaciones (GPA: Grade points Average) tiene relación con la ansiedad. El total de estudiantes en el 2014 fue de 1,023, la población muestreada fue de 479 (46.82%), 332 eran mujeres (32.45%), 147 hombres (14.36%). De la muestra, los estudiantes con ansiedad de *rasgo* fueron 105 (21.82%), con un promedio de calificaciones de 84.1, con ansiedad de *estado* 132 (27.55%), promedio de calificaciones 84.0, sin ansiedad de *rasgo* 374 (78.07%) sin ansiedad de *estado* 347 (72.44%). (18)

Por su parte, Hayes B. (2017) realizó un estudio en Irlanda que tenía como objetivo era medir los niveles de angustia psicológica, bienestar psicológico y autoestima en médicos de hospitales. Se realizaron cuestionarios de bienestar (Escala de estrés ansiedad y depresión, índice de bienestar de la OMS, cuestionario de Salud General). Escalas de un solo ítem sobre salud autoevaluada y autoestima. De un total de 1749 médicos el 50.5% fueron hombres, un 7.2% presentaron síntomas severos y extremadamente severos de depresión y ansiedad. (19)

Finalmente, un estudio publicado por Puig A et. al (2020) en México, realizado en estudiantes de medicina de la Universidad Veracruzana se buscó la prevalencia y severidad de ansiedad, depresión y estrés académico entre un periodo con alto y bajo nivel de estrés. Se realizó un

estudio descriptivo longitudinal, utilizando los inventarios de Ansiedad- Depresión de Beck y estrés académico, durante un periodo de exámenes y otro libre de evaluación. En el periodo de estrés alto. La sintomatología de ansiedad fue de 75.4% y se redujo 10.8% en el bajo periodo de estrés, en ambos periodos los exámenes, la sobrecarga académica, falta de tiempo y exponer fueron los principales estresores. (20)

#### 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La ansiedad es una respuesta emocional común, normal y compleja que se presenta en los seres humanos ante la presencia o ausencia de una situación estresante, sin embargo, en ocasiones se puede convertir en una respuesta patológica que, si aparece de forma inapropiada o desproporcionada se puede acompañar de signos y síntomas autonómicos. Cuando es severo y continuo se presenta como trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y crónicos según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. A nivel mundial más de 206 millones de personas presentan trastornos de ansiedad según los últimos datos recogidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), por lo que su prevalencia es preocupante, ya que con el paso del tiempo es una enfermedad que va en aumento, proyectándose como una de las principales causas de incapacidad en el futuro. (9, 21, 22)

El personal médico, está expuesto con frecuencia a diferentes eventos adversos, que los pone en riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, principalmente trastornos de ansiedad, asociados a diferentes factores estresantes de alto impacto emocional tales como desequilibrio entre el trabajo y la vida privada, alta carga de trabajo, trabajar fuera del horario laboral, demasiada responsabilidad, incidentes violentos, agotamiento laboral que se origina en una acumulación de factores estresantes relacionados con el trabajo. Investigaciones recientes sugieren que el agotamiento laboral es uno de los factores de riesgo de la ansiedad y puede predecir la ansiedad. (22, 23).

En el 2010, la Dra. Martini Blanquel realizó un estudio que presentó en su tesis, encontrándose como resultados que la frecuencia de ansiedad entre trabajadores con dependencia tabáquica fue de 32.86% mayor a la encontrada en estudios nacionales; con respecto al género el predominio fue en el sexo masculino un 52.12%, el grupo de edad que predominó fue de 36 años o más con un 61.53%; en cuanto a la relación existente a la ansiedad ya la dependencia tabáquica se encontró que existe un 32.97% de los pacientes fumadores, además de que el 100% de los trabajadores que presentan ansiedad tuvieron dependencia al tabaco. Concluyendo que la frecuencia de ansiedad en los trabajadores con dependencia al tabaco es alta. A diferencia de nuestro estudio, solo nos enfocamos en la prevalencia de los trastornos de ansiedad en el personal médico. (24)

Hasta el momento, se ha realizado poca investigación sobre este tema en nuestra UMF, al revisar otros trabajos donde se estudian el personal médico residente, además de que se asocia a otras patologías como Síndrome de Bournot, depresión y síndrome de colon irritable, por lo que valdría la pena realizar una investigación en este sentido.

Al tratarse de un trastorno psiquiátrico común en el que la proyección a corto plazo parecer ir en aumento constante y significativo, afectando de gran manera al personal médico; así como interferir negativamente en su salud, calidad de vida y en la atención médica que ofrece, me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de trastorno de ansiedad en los médicos adscritos a la UMF 33 El Rosario?

## 5. OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

- Conocer la prevalencia de trastorno de ansiedad en médicos adscritos a la UMF 33 “El Rosario”.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar los factores sociodemográficos asociados a los trastornos de ansiedad en los médicos adscritos.
- Conocer los factores familiares asociados a los trastornos de ansiedad en los médicos adscritos.
- Conocer los factores de salud asociados a los trastornos de ansiedad en los médicos adscritos.

## 6. MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” de la delegación Norte del Distrito Federal del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en Avenida Renacimiento y Avenida de la Culturas S/N Colonia El Rosario Delegación Azcapotzalco, México DF, en el servicio de Consulta Externa, con el fin de conocer la prevalencia de trastornos de ansiedad en médicos adscritos a la UMF 33 “El Rosario”.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, es transversal, retrospectivo y prolectivo, que se realizó en médicos adscritos, de los dos turnos, que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Fueron excluidos aquellos que se encuentren de vacaciones o licencia, incapacidad o que se encontraron ausentes al momento de la recolección de la muestra. Los que toman algún medicamento que pueda ocasionar síntomas que sugieran ansiedad, los que no desearon participar en el estudio.

A los médicos que cumplieron los criterios de inclusión, se les aplicó un instrumento llamado Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) que consta de 21 rubros y que enumera los síntomas más comunes que se presentan en la ansiedad, que se hallan presentado durante la última semana o en el momento en que se aplicará dicho instrumento, dando un valor numérico a la intensidad del síntoma donde poco o nada se le da el valor de 0, más o menos 1, moderadamente 2 y severamente 3. La interpretación se llevó a cabo de la siguiente forma, donde se explica que No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación en pacientes con ansiedad es de 25.7. De esta manera se determinó la presencia o no de ansiedad.

Los datos obtenidos de los cuestionarios se concentraron en una base de datos del programa Microsoft Excel 2010. El análisis de resultados se realizó a través de estadística descriptiva (frecuencias, porcentajes, moda). La representación gráfica de los resultados se realizó a través de gráficas de sectores y de barras.

## 7. RESULTADOS

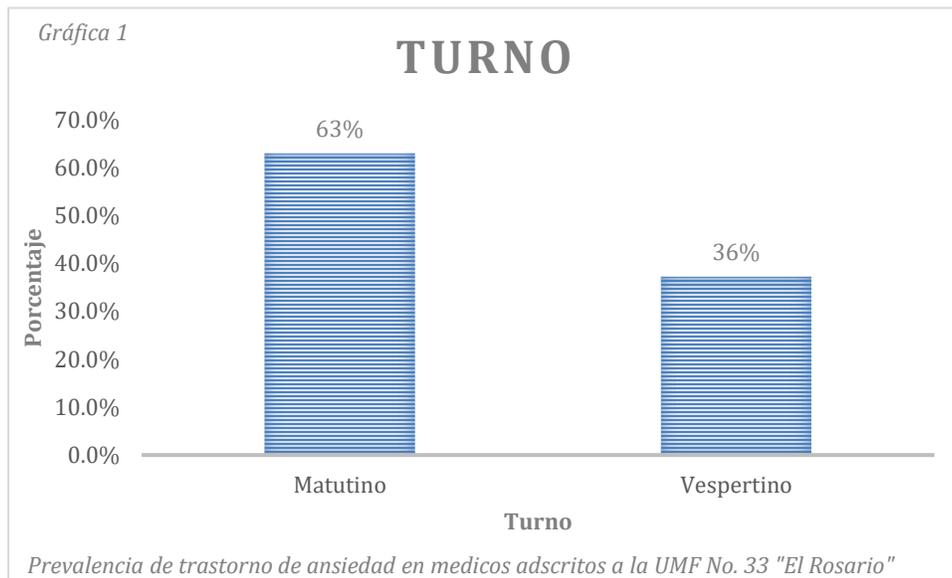
De los 70 médicos adscritos analizados 44 fueron del turno matutino (64 %) y 26 del turno vespertino (36 %) (Tabla y Gráfica 1).

**TABLA 1. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU TURNO**

Tabla 1. Turno			
MÉDICOS		Frecuencias	Porcentaje
Turno	Matutino	44	64%
	Vespertino	26	36%
Total		70	100 %

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRÁFICA 1. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU TURNO**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

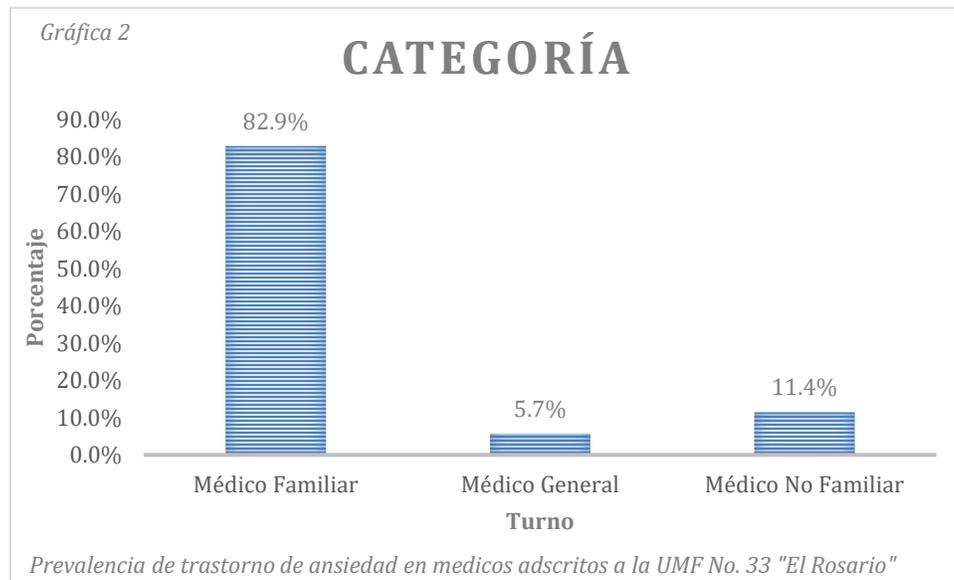
En cuanto su categoría, 58 ( 82.9%) son médicos familiares, 4 (5.7%) son médicos generales y 8 (11.4%) son médicos no familiares. (Tabla y Gráfica 2)

**TABLA 2. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU CATEGORIA**

Tabla 2. Categoría			
MEDICOS		Frecuencias	Porcentaje
Categoría	Médico Familiar	58	82.9%
	Médico General	4	5.7%
	Médico No Familiar	8	11.4%
Total		70	100%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 2. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU CATEGORIA**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

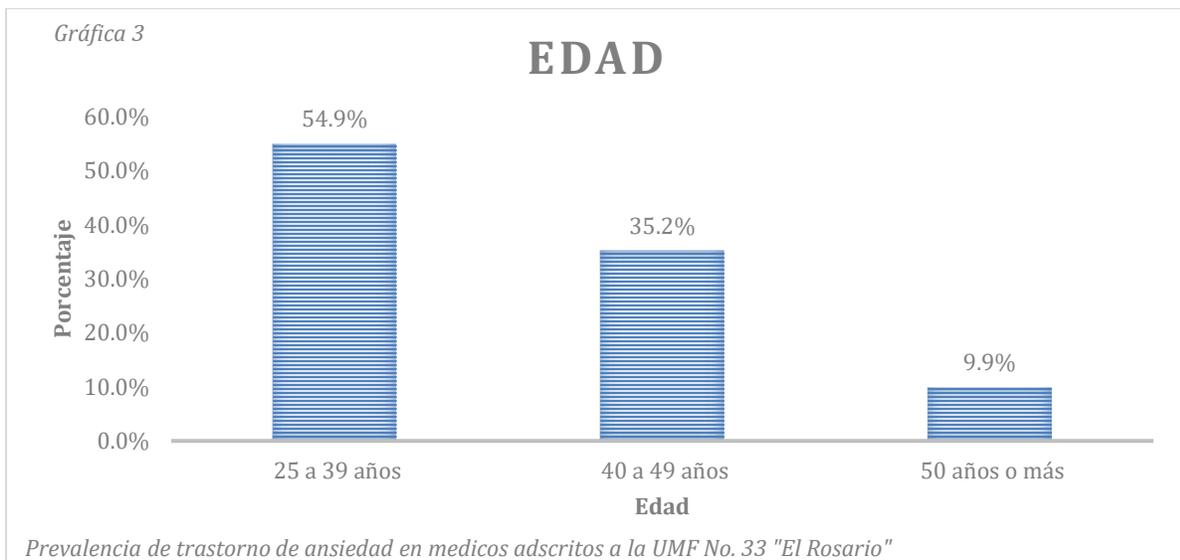
La edad que presentaron los médicos adscritos fue 39 médicos (54.9 %) correspondieron a edades entre 25 a 39 años, 25 médicos (35.2%) tuvieron entre 40 a 49 años y finalmente 7 médicos tienen más de 50 años (9.9%). (Tabla y Gráfica 3 ).

**TABLA 3. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU EDAD**

Tabla 3: Edad			
Edad	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Edad	25 a 39 años	39	54.9 %
	40 a 49 años	25	35.2 %
	50 años o más	6	9.9 %
TOTAL		70	100 %

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 3 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU EDAD**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

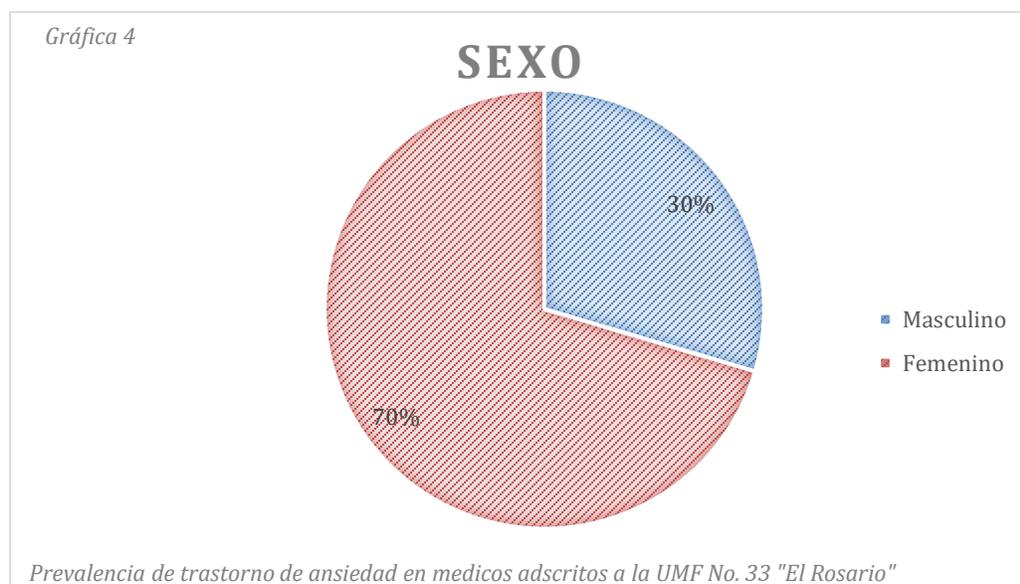
Podemos observar que la proporción de médicos adscritos a la UMF No. 33 El Rosario corresponde a 50 médicos (70%) Mujeres y 20 médicos (30%) hombres (Gráfica y tabla 4).

**TABLA 4. MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU SEXO**

Tabla 4: Sexo			
Genero	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
	Femenino	50	70%
	Masculino	20	30%
TOTAL		70	100%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 4 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU EDAD**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

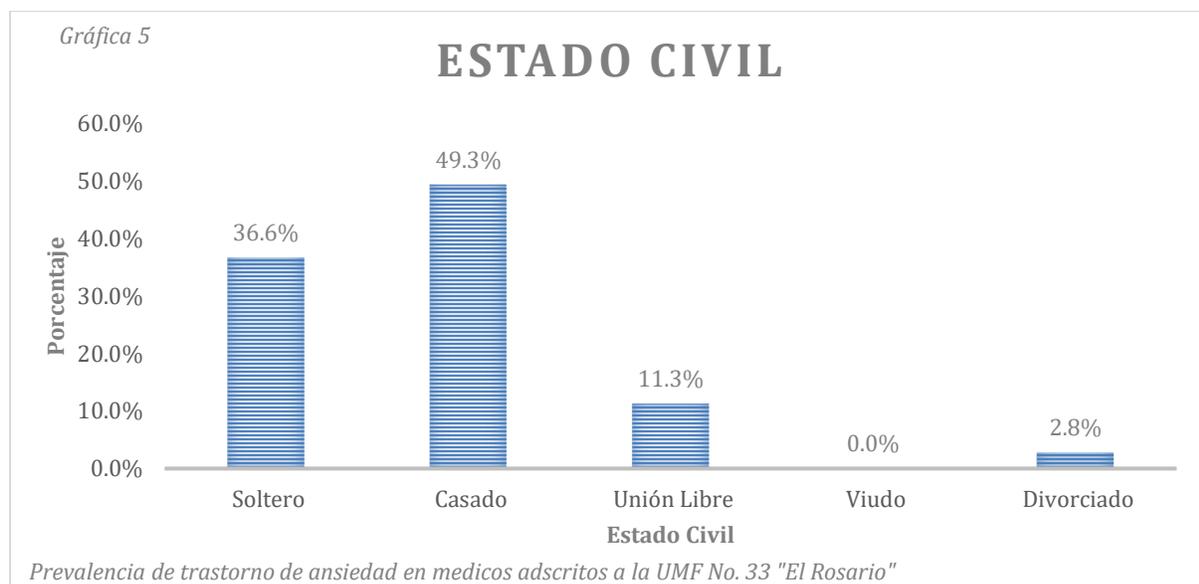
En cuanto al estado civil de los médicos se encontró que 26 (36.6%) son solteros, 34 (49.3%) son casados, 8 (11.3%) se encuentran en unión libre, 0 (0%) son viudos y 2 (2.8%) están divorciados. (Gráfica y tabla 5).

**TABLA 5 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL**

Tabla 5: Estado Civil			
Estado Civil	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
	Soltero	26	36.6%
	Casado	34	49.3%
	Unión Libre	8	11.3%
	Viudo	0	0.0%
	Divorciado	2	2.8%
TOTAL		70	100%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 5 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU ESTADO CIVIL**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

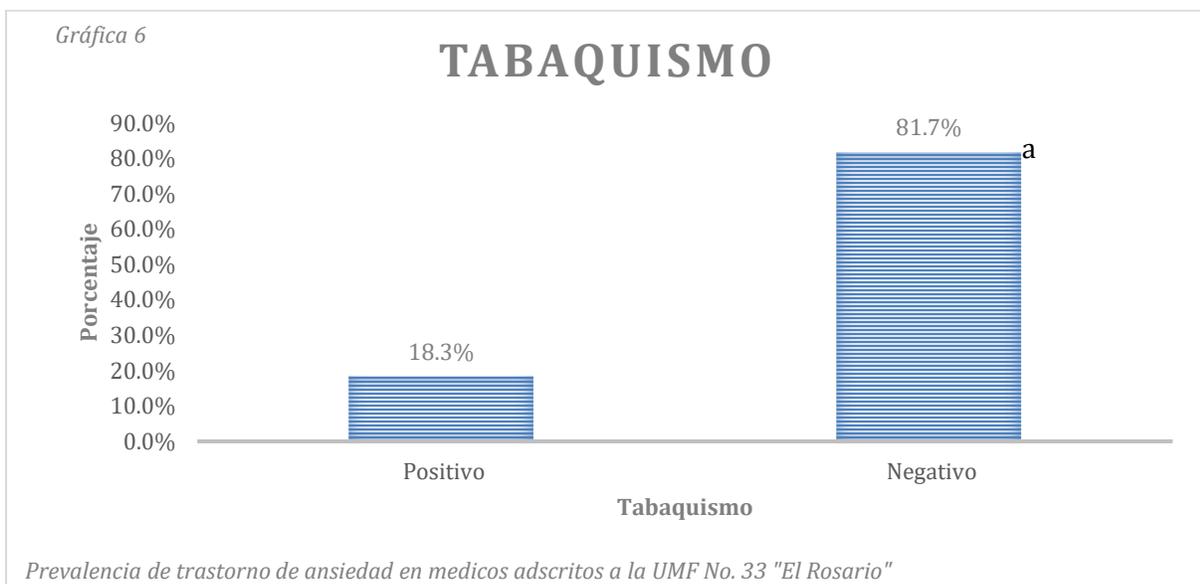
Los médicos adscritos en la UMF No.33 El Rosario declaran consumo de tabaco son 13 (18.3%) y 57 (81.7%) niegan consumo de tabaco (Gráfica y Tabla 6).

**GRAFICA 6 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A TABAQUISMO**

Tabla 6: Tabaquismo			
Tabaquismo	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
	Positivo	13	18.3%
	Negativo	57	81.7%
TOTAL		70	100%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 6 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A TABAQUISMO**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

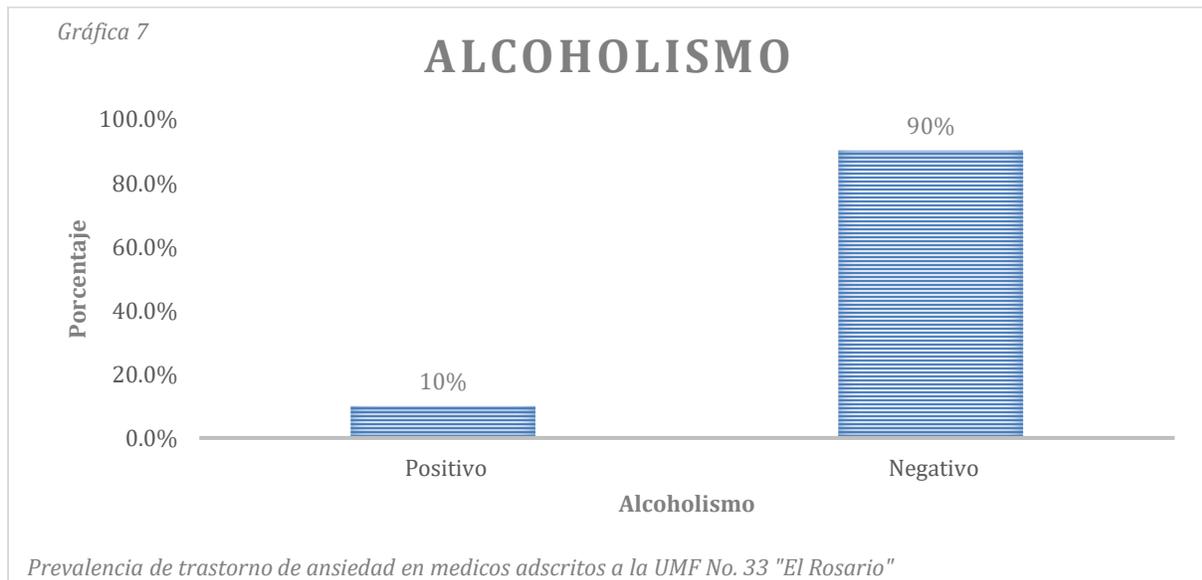
En cuanto al consumo del alcohol, 6 médicos (10%) consumen alcohol y 64 (90%) niegan consumo de alcohol (Gráfica y Tabla 7).

**GRAFICA 7 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A ALCOHOLISMO**

Tabla 7: Alcoholismo			
Alcoholismo	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
	Positivo	6	10%
	Negativo	64	90%
TOTAL		70	100%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 7 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A SU ALCOHOLISMO**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

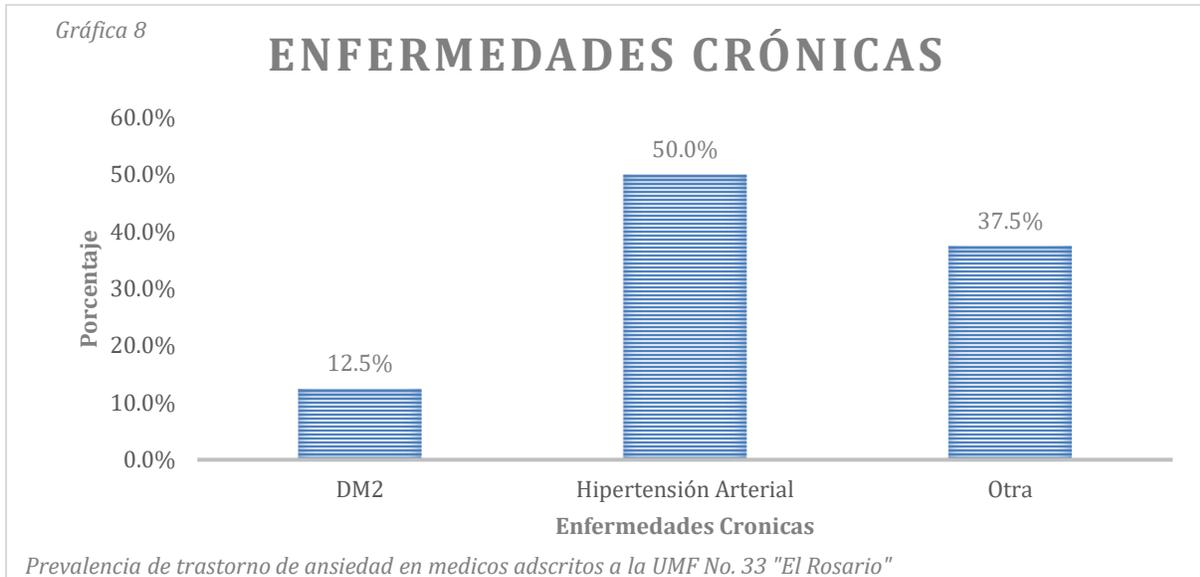
Las enfermedades crónicas que más reportaron son: Diabetes mellitus 2 en 4 médicos (12.5%), hipertensión arterial 16 médicos (50%) así como 11 médicos declaran otras enfermedades crónicas (37.5%) (Gráfica y Tabla 8).

**TABLA 8 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A ENFERMEDADES CRONICAS**

Tabla 8: Enfermedades Crónicas			
Enfermedades Crónicas	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
	DM2	4	12.5%
	Hipertensión Arterial	16	50.0%
	Otra	11	37.5%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 8 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A ENFERMEDADES CRONICAS**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

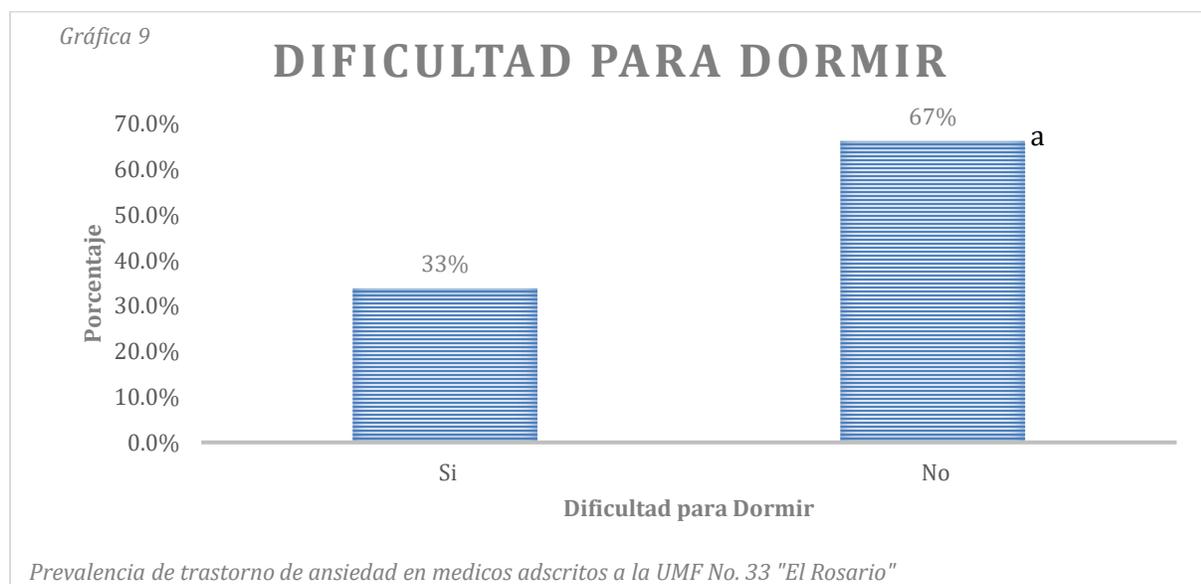
La presencia de dificultad para dormir fue referida por 23 médicos (33%) y negada en 47 médicos (67%) (Gráfica y Tabla 9).

**TABLA 9 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A DIFICULTAD PARA DORMIR**

Tabla 9: Dificultad para dormir			
Dificultad para Dormir	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
		Si	23
	No	47	67%
TOTAL		70	100%

FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 9 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A DIFICULTAD PARA DORMIR**



FUENTE: Cuestionario de variables socio demográficas en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

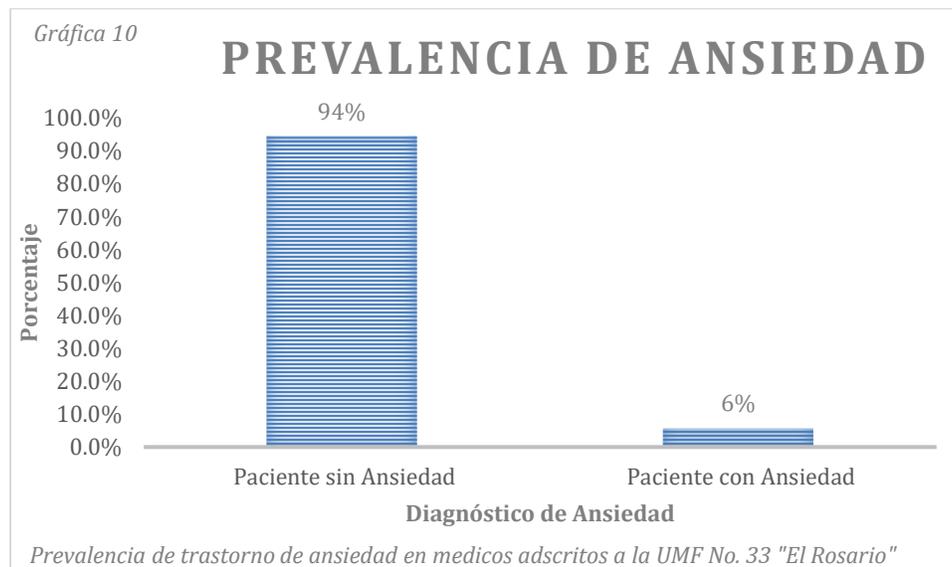
El cuestionario que se aplicó para el diagnóstico de ansiedad de los médicos encontró que 66 médicos (94%) no tienen ansiedad y tan solo 4 médicos (6%) con puntuación de diagnóstico de ansiedad (Gráfica y Tabla 10).

**TABLA 10 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO  
DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD**

Tabla 10: Diagnóstico de Ansiedad			
	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico de ansiedad	Paciente sin ansiedad	66	94%
	Paciente con Ansiedad	4	6%
Total		70	100%

FUENTE: Inventario de ansiedad de Beck en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

**GRAFICA 10 . MÉDICOS ADSCRITOS QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO DE ACUERDO A  
DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD**



FUENTE: Inventario de ansiedad de Beck en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario"

## 8. DISCUSION

En el presente estudio se evaluó la prevalencia de ansiedad en los médicos adscritos a la UMF 33 El Rosario utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck.

En nuestro estudio se encontró que la edad de los médicos que participaron va desde los 25 años hasta más de 50 años, siendo el grupo de médicos que van de 25-39 años el que predomina en este estudio, entre este grupo no hubo diagnóstico de ansiedad (0%), sin embargo e acuerdo a los resultados obtenidos el grupo que tuvo mayor prevalencia de diagnóstico de ansiedad fue el grupo de médicos de 40-49 años (16%), siendo similar al del estudio realizado por Martini (2010) donde la edad que predominó fue de 36 años o más con un 61.53%. En contraste; el porcentaje es bajo comparado con otros estudios internacionales, como el de González y Fadón (2019) donde la prevalencia de edad es de los 31 años y el de Mascarúa et al (2014) donde la edad media es de 30 años. Por lo anterior se observó que los estudios realizados son en hospitales, en médicos de pregrado, en médicos residentes, pero no en médicos de primer nivel.

Con respecto al sexo predominó el sexo femenino con diagnóstico de ansiedad en un 75% siendo similar a los estudios internacionales como el de Reyes et al (2019) donde su prevalencia fue de 1.5 a 2 veces más frecuentes en mujeres que en hombres, o el de Medisauskaitea A et al, (2016) en Londres que la mitad de médicos del estudio (46.2%) son mujeres con niveles severos de ansiedad, así mismo el de Mascarúa et al (2014) donde 73.21% participantes son del sexo femenino. Probablemente esté relacionado a que en nuestra muestra en su mayor parte está formado por personal del sexo femenino.

Por otro lado, se encontró al estado civil; en el grupo de casado y con ansiedad representa el 25%, el siguiente grupo que reporta estar soltero y con ansiedad fue del 75%, congruente con el estudio Marascúa et al, (2014) que se realizó en un grupo de residentes de la unidad de medicina familiar no. 6 de Puebla donde el 50% estaban solteros al momento del estudio y en relación a la ansiedad se observó en el 41.1% de los casos. Contrario al estudio de Chen Q et al (2019) donde se encontró que entre los

factores que influyen en la prevalencia de ansiedad y estar casado representa un factor de riesgo para presentar ansiedad.

Por otro lado en cuanto a la relación existente entre tabaquismo y ansiedad, se encontró que existe en un 100% de los pacientes fumadores, congruente con el estudio de la Dra. Martini (2010) en la UMF No. 33 que menciona que el 100% de los trabajadores que presentaron ansiedad tuvieron dependencia al tabaco.

En cuanto a alcoholismo, el resultado fue similar al de la dependencia del tabaco, ya que se encontró una fuerte asociación representando el 100% de nuestra muestra, lo que equivale a decir que el consumo de alcohol impacta de manera directa en la presencia de ansiedad, similar a lo que menciona Wei S et al (2012), que entre los factores de estilos de vida que incluye el consumo de alcohol se asocia fuertemente a la presencia de trastornos de ansiedad en médicos.

En nuestro estudio se puede observar que sobresale el grupo de médicos entre 40-49 años de edad e hipertensión arterial es de 62% y el grupo de esa misma edad relacionada con DM2 es del 50%. Los médicos jóvenes entre 25-39 años de edad el 82% presenta otras enfermedades, congruente al estudio de Wei S et al (2012) que menciona que en cuanto a los problemas de salud representa un factor importante, mencionando entre ellos a las enfermedades crónico-degenerativas entre ellas la hipertensión arterial y la diabetes mellitus fueron las principales condiciones médicas representadas por un 3.7% y 3.4% respectivamente, la prevalencia de ansiedad del fue del 61%; siendo más alta entre los participantes más jóvenes.

En cuanto a la dificultad para dormir fue referida por el 33% de nuestra población estudiada, observándose una relación directa entre los médicos que la presentan y la presencia de ansiedad presentándose, esta relación en el 100%, como lo menciona Medisauskaitea A, Kamaub C (2019), donde los estudios de prevalencia muestran altos niveles de ansiedad y el agotamiento que producen resultados primarios entre los médicos, donde incluyen los trastornos del sueño como el insomnio o dificultad para dormir.

Por último, la prevalencia de ansiedad entre nuestra población de médicos estudiada fue del 5.71%, contrario a lo que menciona Wang Y y Wang P. (2015), en un estudio taiwanés, que el alto estrés y el agotamiento entre los médicos se están convirtiendo en un problema de salud pública mundial y pueden provocar diferentes trastornos entre lo que se encuentran principalmente la ansiedad en un 13.3%, que era más alto incluso, que el encontrado en la población general (3.7%) de Taiwán.

## **9. CONCLUSIONES:**

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en los médicos en el presente estudio fue de 6 %, muy por debajo de los estudios internacionales.

Con respecto a la edad de los médicos, predominó el grupo de 40-49 años en el que se encontraban los pacientes que presentan ansiedad, encontrándose por arriba de los estudios revisados, donde la mayoría son médicos residentes o estudiantes generalmente a los 31 años.

En cuanto a la relación entre el sexo y ansiedad, donde del total de los pacientes diagnosticados con ansiedad, el 70 % fueron del sexo femenino, mencionándose como tal, ser un factor de riesgo pertenecer a este grupo de estudio.

Por otro lado, se encontró que la relación estado civil y ansiedad del total de médicos diagnosticados el grupo que predomina el de casados en un 49.3% sin que exista una relación estadística significativa.

En relación con el personal que fuma, del total de pacientes con diagnóstico de ansiedad, en el 100% predomina el hábito tabáquico.

Con respecto al alcoholismo, la relación fue igual que la de tabaquismo, donde encontramos, que en el 100% de los médicos diagnosticados con ansiedad el consumo de alcohol se encuentra presente.

Al hablar de enfermedades crónicas se encontró que las que más predominan en nuestro estudio fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, siendo similar a la de los estudios revisados.

En relación dificultad para dormir el 100% de los pacientes diagnosticados con ansiedad la presentan como resultado del estrés laboral y agotamiento entre los médicos.

Se concluye que la prevalencia de trastorno de ansiedad en los médicos adscritos de la UMF 33 “El Rosario” es baja, por lo que se tendría verse como un resultado positivo el que este tipo de padecimientos no se encuentren presentes en la mayoría de nuestra población estudiada ya que el bienestar mental del médico es un problema de salud pública, pues se ha observado que los médicos que padecen esta enfermedad pueden brindar una atención deficiente y pueden representar una posible amenaza para los pacientes.

## 10. BIBLIOGRAFIA:

1. Galiano M, Castellanos T, Moreno T. Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista Cubana de Pediatría*. 2016;88(2):195-204.
2. Reyes MR, Fernández del Rivero EP. Trastornos de ansiedad. *Medicine*. 2019;12(84):4911-7.
3. Segura NdlÁ, et al. Análisis de la ansiedad en los primeros encuentros clínicos: experiencias utilizando la simulación clínica en estudiantes de pregrado. *Educ Med*. 2018. 1-6.
4. González M, Fadón P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del trastorno por crisis de ansiedad. *Medicine*. 2019;12(84):4957-61.
5. Schiele M, Domschke K. Epigenetics at the crossroads between genes, environment and resilience in anxiety disorders. *Genes, Brain and Behavior* (2018) 17: 1–15.
6. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaría de Salud, 2010.
7. Bellón J, et al. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. *Gac Sanit*. 2020.
8. Schnaas F. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2017; 45 (1): 22-25.
9. Wei S, et al. Cross-Sectional Study of Anxiety Disorder among Doctor. *J Occup Health*. 2012 (54):1-8.
10. Huang C. et al. Risks of Treated Insomnia, Anxiety, and Depression in Health Care-Seeking Physicians. *Medicine* . 2015. 94(35): 1-9.
11. Wang Y, Wang P. Perceived stress and psychological distress among chinese physicians: The mediating role of coping style. *Medicine (Baltimore)*. 2019. 98(23): e15950
12. Guillén D, González C. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*. 2019. 29(1): 5-16.
13. Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano J. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Aten Fam*. 2014;21(2):55-57.
14. Guillén D, González C. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*. 2019. 29(1): 5-16.

15. Ramírez L, Avilés G. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Aten Fam.* 2014;21(4):109–112.
16. Reyes C. et al. Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Inv Ed Med.* 2017; 6(21) :42-46.
17. Hayes B, et al. What's up doc? A national cross-sectional study of psychological wellbeing of hospital doctors in Ireland. *BMJ Open.* 2017 Oct 16;7(10):e018023.
18. Puig A et. al. Prevalence of depression, anxiety, and academic stress among medical students during different periods of stress. *Aten Fam.* 2020;27(4):165-171.
19. Michelle D. et al. Assessment of Physician Well-being, Part One: Burnout and Other Negative States, *Emerg Med.* 2019;20(2): 278–290.
20. Zhou J, Yang Y, Qiu X, Yang X, Pan H, Ban B, et al. Relationship between Anxiety and Burnout among Chinese Physicians: A Moderated Mediation Model. *PLoS ONE.* 2016. 11 (8): e0157013.
21. Antón V. et al. Eficacia de la intervención psicológica grupal en atención primaria, *Revista de Familia Semergen.* 2019;45 (2):86-92.
22. Martini BHA
23. Asociación entre la presencia de ansiedad y la dependencia al tabaco en el personal adscrito a la UMF 33: 2010.
24. American Psychological Association. Guidelines for Psychological Practice With Lesbian, Gay, and Bisexual Clients. *Am Psychol.* 2012;67(1):10-42.
25. Verdugo MF. El proceso de maduración biológica y el rendimiento deportivo. *Rev Chil Pediatr.* 2015;86(6):383-385.
26. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. México: [Consultado el 20 Octubre del 2020]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3100/5.pdf>
27. Ascanio S, Barrenechea C, De León M, García T, Gómez E, González G. Et al. Manual Nacional para el Abordaje del Tabaquismo en el Primer Nivel de Atención. Manual PNA. Ministerio de Salud Pública. [Consultado el 29 Octubre del 2020] . Disponible en : <https://www.who.int/fctc/reporting/Annexsixurue.pdf>
28. Glosario de Términos de alcohol y Drogas. OMS. Gobierno de España. [Consultado el 29 Octubre del 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)
29. Organización Mundial de la Salud . [Consultado el 29 Octubre del 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)

30. Pautas de actuación y seguimiento. Madrid. [Consultado el 29 Octubre del 2020].  
Disponible en: <http://www.ses.org.es/docs/guia-de-insomnio-2016.pdf>

# 11. ANEXOS

## Anexo 1. Consentimiento Informado (adultos)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN MEDICOS ADSCRITOS A LA UMF 33 "EL ROSARIO"
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	R -2021-3511-013
Justificación y objetivo del estudio:	Lo(a) estamos invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo conocer la prevalencia de los trastornos de ansiedad en médicos adscritos a la UMF 33 "El Rosario". La finalidad de esta investigación es conocer los factores sociales, de entorno, laborales y de salud que interfieren en la presencia. Lo anterior permitirá en estudios posteriores generar estrategias de prevención que impacten de forma positiva en la población.
Procedimientos:	Si acepta participar en este estudio y firma el consentimiento informado, se le realizarán de manera inicial una serie de preguntas relacionadas con sus datos generales y antecedentes relacionados con las enfermedades que padece. Además de que se cuestionaran sobre los síntomas más comunes que se presentan en los trastornos de ansiedad
Posibles riesgos y molestias:	Las molestias que usted puede presentar es que la duración del cuestionario y las actividades puede generarle inquietud y dar la percepción de que dura mucho tiempo. Otro posible inconveniente es que usted se sienta preocupado si tiene dificultad para realizar el mismo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Por su colaboración en el estudio usted no recibirá pago alguno. Así mismo, su participación no le generará ningún gasto y tampoco recibirá algún beneficio directo. Es posible que la única gracia que pueda obtener esté en relación al resultado del instrumento que se le aplicará, ya que en caso de encontrar datos que sugieran la presencia de ansiedad, se le informara y explicara el resultado a fin de dar seguimiento en su consultorio de adscripción. No omito manifestarle que los resultados del presente estudio contribuirán a al avance en el conocimiento de los factores sociales y del entorno, así como los de salud que influyen en la aparición de esta enfermedad, la información será de utilidad para futuros programas de prevención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Si durante la realización del estudio, hubiera cambios en los riesgos o beneficios por su participación en esta investigación, existe el compromiso por parte del investigador de informarle, aunque esta información pueda cambiar su opinión respecto a su participación en este estudio.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Si usted decide no participar, seguirá recibiendo la atención médica brindada por el IMSS y conservará su derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que recibe del IMSS. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (a) (nombre y número de seguridad social) será guardada por el investigador de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

#### Declaración de consentimiento:

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

- No autorizo participar en el estudio.
- Si autorizo participar en el estudio.

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

Investigador Responsable: Dra. Martha Fabiola Gutiérrez Castañeda, Médico Familiar, Matrícula: 99359120  
Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ. E Invest. en Salud. UMF 33 "El Rosario".

Colaboradores: Dra. Ana Nohemi Santos Chávez, Médico residente de primer año de medicina familiar, Matrícula 98358689  
Tel: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 Coord. Clínica de Educ. E Invest. en Salud. UMF 33 "El Rosario".

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

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

## Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN NORTE DEL DF  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33  
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

### INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Le solicito de la manera más atenta contestar el siguiente inventario. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de trastornos de ansiedad en médicos adscritos de la UMF 33 "El Rosario". La información proporcionada será estrictamente confidencial.

**Edad:**

- a) 25-39 años      b) 40-50 años      c) 50 años o más

**Sexo:**

- a) Masculino      b) Femenino

**Estado civil:**

- a) Soltero      b) Casado      c) Unión libre      d) Viudo      e) Divorciado

**Tabaquismo:**

- a) Positivo      b) Negativo

**Alcoholismo:**

- a) Positivo      b) Negativo

**Enfermedades crónicas:**

- a) DM2      b) Hipertensión arterial      c) Otra:

**Dificultad para dormir:**

- a) Si      b) No

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.				
Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1. Entumecimiento, hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3. Debilitamiento de piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				
12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad				
20. Ruborizarse, sonrojamiento				
21. Sudoración no debida al calor				
No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación en pacientes con ansiedad es de 25.7 y en sujetos normales es de 15.8.				