



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

No de Folio: 451.2019

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE, PSICOLOGÍA Y NEUROPSICOLOGÍA

NIVELES DE ANSIEDAD DE ACUERDO A RASGOS DE PERSONALIDAD EN RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
DR. DANIEL MARTÍNEZ CABRERA

ASESOR DE TESIS:
DRA. MARTHA OROZCO QUIYONO



CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE DE 2020



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.

**NIVELES DE ANSIEDAD DE ACUERDO A RASGOS DE PERSONALIDAD EN
RESIDENTES DE PRIMER AÑO EN UN HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD
No de Folio: 451.2019**

CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

AUTORIZACIONES

DR. FELIX OCTAVIO MARTÍNEZ ALCALÁ SUBDIRECTOR DE
ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

DR. PAUL MONDRAGON TERAN
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN.
CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

DRA. MARTHA OROZCO QUIYONO ASESORA DE TESIS.
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA CMN “20 DE
NOVIEMBRE”, ISSSTE

DRA. MARTA G. OCHOA MADRIGAL TITULAR DEL CURSO DEL
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA “20 DE
NOVIEMBRE”, ISSSTE

DR. DANIEL MARTÍNEZ CABRERA
AUTOR DE TESIS
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
CMN “20 DE NOVIEMBRE”, ISSSTE

AGRADECIMIENTOS

A mi madre y mi abuela, gracias a ellas y a su arduo esfuerzo y apoyo hoy soy el profesionalista que presenta este trabajo, y que este logro es en favor de que se sientan orgullosas de mi.

A Ernesto, por ser el apoyo que me ha ayudado a capitalizar este logro, que me ha ayudado a encontrar el orden y la paz que he buscado.

A mis profesores, el Dr. Francisco Javier Valencia Granados, la Dra. Marta Georgina Ochoa Madrigal y el Dr. Ricardo Ortega Pineda, quienes me dieron la extraordinaria oportunidad de formarme en esta gran institución y me brindaron conocimientos invaluable durante toda mi formación.

A mi tutora la Dra. Matha Orozco Quiyono, que siempre estuvo para mi, para empujarme y motivarme a culminar esta tesis, excelete investigadora y profesora que le tengo mucho cariño.

A mis amigos, que han estado presente en momento malos y buenos, siempre brindando palabras de alivio o espacios para desestresarme, a Mariana, Erika, Lia, Diego, Abril, Fernando.

A mis compañeros de residencia, Jenniffer y Gilberto, que junto a ellos recorri este camino y que sin ellos no hubiera sido lo mismo. A mis compañeros mayores, que me dieron el conocimeinto y las enseñanzas, y a mis compañeros de menor jerarquía, que me han hecho querer ser mejor para transmitirles conocimientos.

INDICE

1.- RESUMEN	05
2.- ABREVIATURAS	07
3.- INTRODUCCIÓN	08
4.- ANTECEDENTES	09
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
6.- JUSTIFICACIÓN	17
7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
8.- HIPÓTESIS	19
9.- OBJETIVOS	
9.1.- OBJETIVO GENERAL	18
9.2.- OBJETIVOS PARTICULARES	18
10.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
10.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	19
10.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	19
10.3 UNIVERSO DE TRABAJO	19
10.4 ESQUEMA DE SELECCIÓN	19
10.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
10.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	19
10.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	19
10.5 TIPO DE MUESTREO	20
10.6 DESCRIPCIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	20
10.8 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADOS	21
10.9 PROCEDIMEINTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	22
11.- ASPECTOS ÉTICOS	22
12.- CONFLICTO DE INTERESES	23
13.- CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD	23
14.- PERSPECTIVAS	23
15.- DIFUSIÓN	23
16. RESULTADOS	24
17.- DISCUSIÓN	32

18.- CONCLUSIONES	33
19.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
20.- ANEXOS	38

1.- RESUMEN

Introducción:

Los trastornos psiquiátricos, en su gran mayoría, son el resultado de diversos factores que interactúan entre sí. Los trastornos relacionados con la ansiedad son concebidos como un espectro, que incluye a los trastornos de pánico, la agorafobia, la fobia específica, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada.

La ansiedad se clasifica en normal y patológica; la ansiedad normal se define como el sentimiento que nos permite permanecer alerta y atentos hacia las diversas amenazas que pueden provenir del exterior. Se ha considerado como la herencia evolutiva de nuestros antepasados que vivían en condiciones adversas. Actualmente, estas necesidades se han ido modificando, y es así, que se pueden manifestar en algunos síntomas somáticos y psíquicos que produce esta reacción de hipervigilancia. Los primeros se interpretan como manifestaciones de la activación del sistema nervioso autónomo simpático, el cual se encarga de prepararnos para las reacciones de lucha o huida de la potencial amenaza, y las segundas son la carga emocional y el color con el que interpretamos esta misma amenaza.

En la conformación de la personalidad, se ha visto que se pueden integrar rasgos del temperamento de “afecto negativo“, que hacen que el sujeto sea propenso a desarrollar trastornos de ansiedad en la vida adulta, y esto conlleva una disminución importante en la calidad de vida. En el presente trabajo se describirán como varían los niveles de ansiedad en los médicos residentes de primer ingreso a especialidad de entrada directa e indirecta, a un hospital de tercer nivel y como están relacionados con los rasgos de personalidad asociados a trastornos de ansiedad.

Objetivo: Determinar los niveles de ansiedad entre los residentes de primer ingreso a una residencia en un hospital de tercer nivel y sus variaciones en el primer año.

Método: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, longitudinal y abierto. La muestra consta de los Residentes de primer ingreso a especialidad de entrada directa e indirecta del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre“ ISSSTE. Se utilizará como instrumento de la medición de la ansiedad el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) de Ansiedad rasgo/ estado, en dos mediciones: Al inicio, y al finalizar el primer año de la residencia.

Se realizará un muestreo no probabilístico de los residentes de primer ingreso que acepten realizar el cuestionario y cumplan con los criterios de inclusión, de mayo de 2019 a abril de 2020.

En el presente trabajo describiremos como varían los niveles de ansiedad en los médicos residentes de primer ingreso a especialidad de entrada directa e indirecta, a un hospital de tercer nivel y como están relacionados con los rasgos de personalidad asociados a trastornos de ansiedad.

Resultados: De los resultados obtenidos, podemos observar una variación en los niveles de ansiedad tanto de rasgo como de estado estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en un lapso de 5 meses tras realizar ambas evaluaciones.

Conclusiones: De lo anterior podemos inferir que en un lapso aproximado de 5 meses existen variaciones importantes en los niveles percibidos de ansiedad, tanto transversal como en relación a los rasgos de personalidad percibidos por los encuestados.

2.- ABREVIATURAS

OMS- Organización Mundial de la Salud.

APA- Asociación Psiquiátrica Americana.

DSM-5- Manual de Enfermedad y Estadística quinta edición.

CIE-10- Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima edición.

CIE-11- Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima primera edición.

COMT- Catecol- O- Metil Transferasa.

5HT-1A- Receptor 1A para Serotonina.

ISSSTE- Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

IDARE- Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado.

CSTC- Circuito Cortico Estriado Talamo Cortical.

DA- Dopamina.

5-HT- Serotonina.

PAG- Sustancia Gris Periacueductal.

GABA- Ácido Gama Amino Butírico.

NA- Noradrenalina.

3.- INTRODUCCIÓN

Los trastornos psiquiátricos, en su gran mayoría, son el resultado de diversos factores que interactúan entre sí. Los trastornos relacionados con la ansiedad son concebidos como un espectro, que incluye a los trastornos de pánico, la agorafobia, la fobia específica, la fobia social, y el trastorno de ansiedad generalizada.^{1,2}

La ansiedad la clasificamos en normal y patológica; la ansiedad normal se define como el sentimiento que nos permite permanecer alerta y atentos hacia las diversas amenazas que pueden provenir del exterior. Se ha considerado como la herencia evolutiva de nuestros antepasados que vivían en condiciones adversas. Actualmente, estas necesidades se han ido modificando, y es así, que se pueden manifestar en algunos síntomas somáticos y psíquicos que produce esta reacción de hipervigilancia.¹⁻³ Los primeros se interpretan como manifestaciones de la activación del sistema nervioso autónomo simpático, el cual se encarga de prepararnos para las reacciones de lucha o huida de la potencial amenaza, y las segundas son la carga emocional y el color con el que interpretamos esta misma amenaza.^{1,2,4,5}

Existe una tendencia a investigar los fenómenos que engloban al personal médico en entrenamiento, los cuales muchas veces se encuentran en condiciones crónicas de estrés y ansiedad. Por la exigencia y horarios requeridos durante el servicio, así como la problemática personal y social en contexto de un hospital, y se ha observado una mayor tendencia a presentar trastornos psiquiátricos que resultan en un detrimento del bienestar general del médico residente.

4.- ANTECEDENTES

ANSIEDAD Y LOS TRASTORNOS RELACIONADOS

La ansiedad se define como una señal de alerta, la cual se reconoce en la ontogenia del ser humano como la reacción de pelea o huida ante un estímulo potencialmente nocivo o amenazante.^{1,2}

La palabra proviene del alemán “Angst“, la cual significa miedo. Sin embargo; el miedo se define como la sensación de alerta ante un estímulo conocido, externo o bien definido, mientras que la ansiedad, o angustia, es la sensación de alerta ante un estímulo vago, poco o no conocido.^{1,2,11}

Es parte de la respuesta evolutiva normal, y ayuda al individuo en cuestión a perpetuar su supervivencia, la activación de los sistemas simpáticos y parasimpáticos responsables de los mecanismos de huida o lucha, es la responsable de los síntomas físicos tales como taquicardia, sudoración, opresión torácica, sensación de mareo; y es la que conocemos como la ansiedad somática.^{1,5,12}

De aquí que los diversos eventos cotidianos puedan ser percibidos como estresantes, y esa sensación es concebida como la ansiedad psíquica; dada por diversos circuitos neuronales, que interactúan con el sistema límbico para darle la carga afectiva o psicológica.^{1,2,5}

También puede ser mal adaptativa, y ser parte de un espectro de trastornos psiquiátricos, los cuales se encuentran en clasificaciones internacionales, como la quinta edición del manual de estadística y enfermedad (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), (ANEXO1) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (ANEXO 2, 3).^{2,13-15}

Para objetivizar la medición de los niveles de ansiedad nos valemos de diversas escalas clinimétricas, las cuales nos dan una aproximación objetiva del estado mental del paciente, las más utilizadas son aquellas que miden el estado de ansiedad en un corte transversal en el individuo, como la escala de ansiedad de Hamilton. Existen otro tipo de mediciones, las cuales nos ayudan a identificar los rasgos de personalidad en un individuo que tienden a expresar ansiedad, tal como lo es el cuestionario de ansiedad rasgo y estado (IDARE) (ANEXO 4).¹⁶⁻¹⁸

Se han realizado diversos estudios para conocer el estado mental de los profesionales de la salud, que han reportado índices de ansiedad de hasta el 89% en estudiantes universitarios¹¹ y en

residentes de especialidad hasta en un 21.4%¹⁹, y que determina cómo es que el proceso de aprendizaje y las condiciones de trabajo, que en la mayoría de las veces constituyen estresores de gran importancia que acarrear consecuencias negativas para la vida de los mismos. Sin embargo, aun falta mucho por investigar para dar la visibilidad y el peso específico necesarios a esta problemática presente en más de la mitad de los estudiantes y trabajadores de la salud.^{8,10,11,19,20}

Actualmente contamos con clasificaciones de las principales organizaciones encaminadas a clasificar los trastornos y condiciones humanas relacionadas a la salud mental, las mas importantes son la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Asociación de Psiquiatría Americana (APA).^{13,21}

Mostramos una revisión histórica de cómo han evolucionado los diagnosticos de acuerdo a los avances de la neurobiología para los trastornos de ansiedad y abordaremos las clasificaciones internacionales de enfermedades de la OMS, en su 10ª y 11va edicion, asi como las clasificaciones del manual estadístico de trastornos de la APA en su cuarta y quinta edición. (Tabla 1, 2, 3).

Los trastornos de la Ansiedad representan uno de los grupos más comunes de trastornos psiquiatricos, diversos estudios reportan una prevalencia general del 13.6 al 28.8%.^{11,22,23}

En Mexico se reporta una prevalencia global de hasta 14.3%, seguido del trastorno por uso de sustancias (9.2%) y de trastornos del estado del ánimo (9.1%).^{23,24} También son los trastornos de aparicion más temprana (7 a 25 años), con el trastorno de ansiedad por separacion y la fobia social siendo las mas frecuentes.^{22,23}

Dentro del grupo de los trastornos de ansiedad, el trastorno por fobias específicas es el mas prevalente de todos (7.1 al 18%)^{23,24}, seguido del trastorno de Agorafobia y el de fobia social.

Estos trastornos presentan un alto porcentaje de comorbilidad, hasta de un 74.1%, y los más frecuentes son otros trastornos de ansiedad dentro del mismo espectro, como son los trastorno por uso de sustancias y trastornos depresivos, entre otros.²² (Tabla 4)

Los trastornos de la ansiedad, como la mayoría de los trastornos psiquiátricos, presentan un origen y una fisiopatología intrincada, dada entre las interacciones entre factores genéticos, ambientales, sociales y psicológicos.^{1,3,5,12,25,26}

De estos factores la susceptibilidad, o la vulnerabilidad genética, se presenta en ciertos individuos portadores de polimorfismos diversos que predisponen a temperamentos ansiosos, poco tolerantes a la frustración, aprehensivos, conocido como temperamento neurótico o neuroticismo que aunado a las experiencias vivenciales, determinarían si un individuo va a inducir estos cambios para manifestar un trastorno de ansiedad propiamente dicho.²⁷⁻³¹

Se describe un polimorfismo en el gen *Catechol-O-methyl transferase* que es una mutación en los aminoácidos ubicados en la posición 158 (Metionina por valina, Val158Met) que produce una proteína termolábil que causa una mayor degradación de ésta y una menor actividad biológica, en consecuencia aumentando los niveles de Dopamina basales, que se manifiesta clínicamente en individuos con temperamento negativo, y son vulnerables a padecer trastornos de ansiedad.^{27,29-31} También se han descrito mutaciones en genes que codifican para los transportadores de la recaptura de serotonina, como el gen del receptor de serotonina *1-A (5-HT_{1A})*, que promueven la expresión aumentada de subunidades del mismo y está implicada en la aparición de trastorno como la ansiedad y la depresión.^{25,32}

Los sistemas opioides son de los recientemente involucrados en la fisiopatología de la ansiedad, al relacionarla con las respuestas aprendidas; existe el receptor Mu que al ser activado produce sensación de placer y bienestar, causando así un efecto de reforzamiento positivo ante diversas conductas. El receptor Kappa, por otra parte, actúa como regulador de éste, y su activación produce estados de aversión o disforia, actuando como un refuerzo negativo, pudiendo tener implicaciones en las conductas de evitación o los estados de afecto negativos derivado a la exposición a estímulos ansiogénicos.²⁶

Neurobiología.

En la fisiopatología se ha hecho distinción entre los síntomas físicos, resultado de la hiperactivación simpática, y los síntomas psíquicos, que se traducen en la angustia que experimentan los pacientes.^{1,2}

La amígdala es la estructura cerebral profunda que más se ha relacionado a la sensación de miedo, así como con expresión de conductas de agresividad o “lucha”.^{5,28}

En las estructuras más evolucionadas, las conexiones recíprocas a la corteza prefrontal, en áreas que regulan la respuesta emocional, tales como la corteza orbitofrontal, y la cingulada anterior, resultan en la sensación psíquica de miedo, y junto con conexiones neuronales hacia estructuras profundas, se expresan en conductas de lucha o huida; las más importantes son las conexiones recíprocas con la sustancia gris periaqueductal (PAG).^{2,28}

La hiperventilación está dada por la estimulación del núcleo parabraquial en el tallo cerebral, que se traduce en sensación de disnea, y de asfixia que se presenta durante las crisis de pánico. El locus coeruleus, principal núcleo noradrenérgico en el sistema nervioso central, está implicado en síntomas físicos como temblor, taquicardia, sudoración y sensación de palpitaciones.^{2,5,28}

La rumiación de los pensamientos angustiantes, la aprehensividad, el pensamiento catastrófico, y las obsesiones; se relaciona a un circuito neuronal, conocido como circuito cortico estriado talámico cortical (CSTC) , ubicado en su mayor parte en la corteza prefrontal, el paso de las ideas angustiantes a este circuito hablan de una cronificación del padecimiento, ya que de aquí pasa a la memoria de potenciación a largo plazo ubicada en el Hipocampo.⁵ Los neurotransmisores implicados en este circuito son la Dopamina (DA), la Serotonina (5-HT), Noradrenalina (NA), GABA, Glutamato, entre otros.^{1,4,12,28}

Ante situaciones de estrés, existe una hipereactividad del eje hipotálamo- hipófisis- adrenal, que aumenta los niveles séricos del cortisol, el cual prepara al resto del organismo para condiciones de lucha o huida, esto movilizándolo carbohidratos para su aprovechamiento, o modificando la expresión de las espinas dendríticas para favorecer las conexiones neuronales efectivas.^{2,5} En la exposición aguda, esto se vuelve beneficioso para la adaptación ante estas situaciones, sin embargo, una exposición crónica al cortisol se ha visto asociada a la disminución en la densidad de las conexiones dendríticas, resultando en síntomas cognitivos, aparte de varias alteraciones metabólicas que pueden resultar en enfermedades o síntomas somáticos.^{12,32}

En la conformación de la personalidad, se han identificado rasgos del temperamento relacionados al “Afecto negativo“, que hacen que el sujeto sea propenso a desarrollar trastornos de ansiedad en la vida adulta, y esto conlleva una disminución importante en la calidad de vida.^{8-10,20}

INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO DE LA ANSIEDAD

Existen diversas maneras de medir objetivamente la presencia o no de síntomas ansiosos, y el grado en el cual se presentan éstos, y de esto nos valemos los profesionales de la salud mental para determinar diagnósticos, respuesta a tratamiento, o pronóstico del paciente.

Estas pruebas se pueden clasificar de diversas maneras, entre ellas se clasifican entre las que son autoaplicables, y las que requieren de un profesional para guiar al paciente en el proceso.^{17,18}

Para Spielberg (1972) la ansiedad se puede concebir como rasgo o como estado. El estado es aquel nivel de ansiedad que se presenta en un momento determinado, y que está dado en gran medida por las influencias en el ambiente o el contexto dado, y el rasgo se concibe como la respuesta afectiva del individuo a las circunstancias, determinado mas bien por rasgos en la personalidad, y que son más o menos estables durante el tiempo.^{17,18}

El Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) comprende de 2 subescalas, primero, la escala “E“, que se encarga de medir el estado de ansiedad en el momento, y comprende preguntas que miden niveles de aprehensión, tensión, nerviosismo, preocupación, y activación de síntomas somáticos o neurovegetativos. La escala “R“ o de rasgo, evalúa aspectos relativamente estables del afecto, tales como confianza, seguridad y calma.^{17,18,20}

Comprende 20 reactivos por subescala, que se califican en cuestiones de “casi nunca“, “algunas veces“, “frecuentemente“ o “casi siempre“, en relacion al rasgo; y “no“, “poco“ “regular“ y “mucho“ para la de estado.

Los resultados para cada escala van de 20 a 80, y se marca el punto de corte en 39- 40 para detectar estados de ansiedad significativos.^{16-18,33}

Las propiedades psicométricas del IDARE han sido examinadas en muestras españolas y latinoamericanas, mostrando resultados favorables en cuanto a la consistencia interna, estabilidad y validez de criterio. Según investigaciones previas el IDARE cuenta con indicadores de fiabilidad elevados (valores de .87 y .93).^{16,18}

Estudios mas recientes corroboran la consistencia interna (valores comprendidos entre .94 y .98) y estabilidad del IDARE (valores r comprendidos entre .81 y .93) en población general y clínica. La estructura factorial constituye el aspecto más controvertido del STAI (Guillen-Riquelme y Buela-Casal, 2015). Las dimensiones originalmente propuestas de estado de ansiedad presente y ausente (o estado de bienestar) y el rasgo de ansiedad presente y ausente (o rasgo de bienestar) han sido corroboradas en diferentes investigaciones. ^{17,18}

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN PERSONAL MEDICO

Se ha hecho una larga documentacion en estudios de carácter transversal, acerca de los estados de ansiedad y depresion en el personal médico, enfocándose en los médicos especialistas en formación. ^{8,10,19,33}

Diversos estudios han reportado porcentajes superiores a los encontrados en la población general para los trastronos de ansiedad de un 4.6 a un 15.9% ^{7,34,35}

Vargas Telles y Cols., (2015) realizaron un estudio observacional en 980 residentes de primer y segundo año, para determinar los distintos rasgos de personalidad que predominan en cada especialidad médica; para esto emplearon una escala conocida como el Inventario NEO FFI-R, que evalua 5 dimensiones de la personalidad: extroversión, amabilidad, diligencia, neuroticismo y apertura. Identificaron entre las especialidades con mayor proporción de neuroticismo Urología (38.9%), Psiquiatría (34.1%), Medicina Legal (27.8%)y Anestesiología (25%)¹⁰

Ruiz Zavala y cols. (2016), aplicaron el cuestionario 16PF-5, que también evalúa 5 rasgos componentes de la personalidad (extroversión, ansiedad, dureza, independencia, autocontrol) a 50 residentes, donde encontraron como características mas prevalentes en general la independencia y la ansiedad. ⁸

Torres Valenzuela y cols. (2017), realizaron un análisis similar en los estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se aplico a 163 estudiantes el cuestionario de Cattell de rasgos de la personalidad, donde se reportan mayores índices en impetuosidad, tensión, sensibilidad, mientras que la inestabilidad emocional está en los últimos lugares.⁹

Barraza López y cols. (2016), realizaron un estudio transversal en 235 estudiantes de profesiones de la salud tres universidades chilenas, aplicaron el inventario de organización de la personalidad, y lo relacionaron con síntomas de depresión y ansiedad. Reportaron una prevalencia global de 39% de estudiantes con ansiedad significativa, correlacionada a presentarse en los estudiantes con mayor prevalencia de los dominios “defensas primitivas”, y “difusión de identidad”.²⁰

Mcauley y cols. (2018), realizaron un estudio en 183 estudiantes del área de la salud, donde aplicaron el IDARE, y reportaron el 83% de los estudiantes con un nivel de estado de ansiedad mayor del promedio, y el 56% con niveles arriba del punto de corte del rasgo.¹¹

Vázquez- Ramírez y cols. (2014) realizaron mediciones de ansiedad y calidad de vida en 77 residentes de distintas especialidades en un hospital general del ISSSTE, donde encontraron una prevalencia de 15.5% global, y la correlación de esta de significancia estadística con la calidad de vida en cuanto a la percepción de los sentimientos de los residentes.¹⁹

De los estudios antes mencionados podemos resumir, que los trastornos de ansiedad son de una alta prevalencia en el medio intrahospitalario, que estos disminuyen la calidad de vida de los profesionales de la salud, y que la organización de personalidad de los médicos residentes en una buena proporción es propensa a padecerla.^{8-11,19,20}

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial, se han descrito prevalencias en los trastornos de ansiedad como los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Con una prevalencia en la población general de 13.6% a 28.8% en toda la vida, y de 5.6% a 19.3% de incidencia anual, y hasta en un 80% de los individuos que la presentan que iniciaron antes de los 35 años.^{1,7,22,34,35} Se considera que hasta en un 92.2% no se presentan aislados, sino acompañados de algún otro trastorno psiquiátrico.

De acuerdo a la Carga Global de Enfermedades de la OMS, es la sexta causa de incapacidad en países desarrollados y subdesarrollados, con un máximo entre los 15 y los 34 años.^{7,34,35} Se asocia el aumento en el riesgo de presentar conductas suicidas en individuos con trastornos de ansiedad (OR 5.9).^{10,24}

Está descrito que existe una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en grupos específicos, tales como los profesionales y estudiantes de la salud. Diversos estudios han registrado entre un 15 a un 28.5%, y el aumento en los niveles de ansiedad en médicos en formación se relacionan a una mayor cantidad de incidentes adversos en la práctica médica.¹¹

A nivel nacional contamos con estadísticas que reportan prevalencias de trastornos de ansiedad de 14.3%, y en poblaciones relacionadas con la salud se han encontrado prevalencias de 15.5% al 20%.^{23,36}

Es así, que los trastornos de ansiedad son un grupo de entidades altamente prevalentes en la población mundial, que resultan en disminución de la funcionalidad y discapacidad, dado que es más frecuente en los trabajadores relacionados al área de la salud, es necesario identificarlos para plantear estrategias adecuadas para su manejo.^{19,33}

6.- JUSTIFICACIÓN

Existen pocos estudios relacionados con la salud mental de los médicos en entrenamiento, y aún menos los estudios enfocados a cómo se altera su salud mental; la mayoría de ellos, son enfocados hacia el síndrome de burnout, el cuál aunque es una patología frecuente y con repercusiones, las actuales clasificaciones nosológicas no la tienen en cuenta, por esto es necesario evaluarlos en entidades dentro de las clasificaciones existentes, para poder estandarizar manejos terapéuticos y diagnósticos.

Éste tipo de estudios revelan una problemática social relacionada a la aparición de estrés y ansiedad, y que por periodos crónicos tienen repercusiones en el funcionamiento cognitivo que causan incidentes y malas prácticas médicas en individuos que presentan vulnerabilidad para presentar algún trastorno que altere su funcionamiento.

Si se confirmara la hipótesis de encontrar variaciones significativas durante el año de estudio en los niveles de ansiedad, el siguiente paso sería planificar estrategias para poder atender a estas poblaciones en situaciones vulnerables, así como encontrar un método eficaz que se pueda aplicar a manera de cribado, para ofrecer servicios preventivos de los síntomas, que como se ha descrito, ocasionan discapacidad y disminución en la funcionalidad laboral.

7.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe una relación entre los niveles de ansiedad registrados a lo largo del tiempo y los rasgos de personalidad en los residentes de primer año en un hospital de alta especialidad?

8.- HIPOTESIS

Los niveles de ansiedad se asocian con los rasgos de personalidad ansiosa en residentes de primer año en un hospital de alta especialidad.

9.- OBJETIVOS

9.1 Objetivo General

Observar los niveles de ansiedad de los residentes de primer ingreso a una determinada especialidad, en relación a rasgos ansiosos de personalidad, durante el primer año en un hospital de alta especialidad

9.2 Objetivos específicos

- Obtener prevalencias de niveles de ansiedad de acuerdo a edad, sexo, y especialidad médica.
- Correlacionar las variaciones en los niveles de ansiedad al observar a los sujetos durante un año.

10.- METODOLOGÍA

10.1 Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo.

10.2 Población de estudio

Residentes de primer ingreso a especialidad de entrada directa e indirecta del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre“ ISSSTE

10.3 Universo de trabajo

Residentes del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre del” ISSSTE.

10.4 Esquema de selección

10.4.1 Criterios de inclusión

1. Ser residente de primer ingreso a especialidad de entrada directa o indirecta.
2. No estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de la muestra
3. No contar con comorbilidades psiquiátricas
4. No estar en cursos de Alta especialidad.

10.4.2 Criterios de exclusión

1. Residente de mayor antigüedad a un año en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.
2. Estar inscrito a un curso de alta especialidad en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

10.4.3 Criterios de eliminación

1. Diagnóstico de comorbilidades psiquiátricas durante el año de estudio
2. Inicio de tratamiento psicológico o psiquiátrico a lo largo del año de estudio
3. Negarse a continuar con el seguimiento.

10.5 Tipo de muestreo

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia, de los Médicos Residentes que ingresan a especialidad de entrada directa e indirecta en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE”, en el periodo que comprende de junio de 2019 a marzo de 2020.

10.6 Descripción operacional de las variables

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Sexo	Cualitativa nominal	Sexo biológico del individuo	Sexo con el cual se identifica el individuo.	Nominal	Masculino o Femenino
Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo en años	Tiempo de vida referidos en el cuestionario	De Razón	Años
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona de su situación de pareja, y la situación legal respecto a esto.	Situación de pareja que conteste el individuo en el cuestionario	Nominal	Soltero, Casado, Divorciado, Viudo, Unión Libre
Especialidad	Cualitativa Nominal	Disciplina específica de la medicina donde se realizan estudios de especialización.	Nombre del curso de especialidad referido en el cuestionario	Nominal	Nombre del curso de especialización
Nivel de ansiedad: Estado	Cuantitativa discreta	Corte transversal de la situación del sentimiento o sensación de ansiedad.	Puntuación obtenida tras contestar el cuestionario IDARE- S	De Razón	Alto, Moderado, Bajo
Nivel de ansiedad: Rasgo	Cuantitativa discreta	Características presentes en un periodo de tiempo estable, las cuales son poco modificables y tienden a respuesta ansiosas ante estímulos.	Puntuación obtenida tras contestar el cuestionario IDARE- T	De Razón	Alto, Moderado, Bajo

10.8 Técnicas y procedimientos empleados

Se aplicará el cuestionario de Ansiedad Rasgo- Estado, que esta validado para poblacion hispanohablante. Este se aplicara en tres ocasiones a lo alrgo del año que comprende de Junio de 2018 a Marzo de 2019, con una medicion al inicio, y un seguimiento a los 6 y a los 12 meses. Aparte se tomaran datos generales, como tipo de especialidad, sexo, edad, estado civil, para esto se entrego un aviso de privacidad donde se especifica la no divulgacion de los datos obtenidos.

El Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado (IDARE) comprende de 2 subescalas, primero, la escala “E“, que se encarga de medir el estado de ansiedad en el momento, y comprende preguntas que miden niveles de aprehension, tension, nerviosismo, preocupacion, y activacion de sintomas somáticos o neurovegetativos. La escala “R“ o de rasgo, evalua aspectos relativamente estables del afecto, tales como confianza, seguridad y calma.

Comprende de 20 reactivos por subescala, que se califican en cuestiones de “casi nunca“, “algunas veces“, “frecuentemente“ o “casi siempre“, en relacion al rasgo; y “no“, “poco“ “regular“ y “mucho“ para la de estado.

Los resultados para cada escala van de 20 a 80, y se marca el punto de corte en 39- 40 para detectar estados de ansiedad significativos. Se encuentra validado para población hispanohablante.

La recopilación de la información se realizó sólo con el consentimiento informado de los sujetos de estudio. El Dr. Daniel Martínez Cabrera será el responsable de hacerlo, asegurando mantener la privacidad y la confidencialidad de éstos, y será la única persona con acceso a las cédulas y los cuestionarios.

10.9 Procedimiento y análisis estadístico

Se realizará un análisis descriptivo de las variables clínicas y epidemiológicas con medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas, así como intervalos de confianza para proporciones y medias para todos los individuos.^[1] Se obtuvo la prevalencia de los estados y rasgos de ansiedad de los médicos res Se analizará a través de la prueba paramétrica de X^2 , con un nivel de significancia del 95%.

Prueba de asociación de Pearson.

Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS17.0

11.- ASPECTOS ÉTICOS

Para el desarrollo de este estudio se seguirán normativas y legislación Internacionales y Nacionales para la realización de estudios de investigación en salud en población humana de acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación, al Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki y los lineamientos establecidos por las normas oficiales mexicanas NOM04 y NOM012 de la Secretaria de Salud.

12.- CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno.

13.- CONSIDERACIONES DE BIOSEGURIDAD

La aplicación de instrumentos (cuestionarios) se realizó en apego al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, respetando aspectos de tomar las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación. En todo caso se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, y se buscó limitar la probabilidad de que el sujeto de sufriera algún daño como consecuencia del estudio.

La investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se trató de una aplicación de cuestionarios. Todos los participantes leyeron, entendieron y firmaron el consentimiento de informado.

14.- PERSPECTIVAS

Crear una línea de investigación donde se continúe el estudio de la salud mental de los médicos residentes y estudiantes de este instituto.

En un futuro se proyecta realizar interrelación con investigación genética, para correlacionar la aparición de polimorfismos e identificar poblaciones vulnerables, plantear estrategias preventivas de abordaje y así evitar la discapacidad resultante de este tipo de trastornos.

15.- DIFUSIÓN

Los resultados podrán ser publicados en revistas de psiquiatría, psicología, educación médica, nacionales e internacionales.

16.- RESULTADOS

Ingresaron un total de 251 alumnos a la residencia de las diversas especialidades del primer año con inicio en 2019 y que cursarían en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” ISSSTE. Se les invitó a participar al presente proyecto de investigación sobre ansiedad a 133 (52.98%) alumnos que acudieron a su primera sesión académica. Previamente se les informó claramente sobre el protocolo de investigación y después de responder todas sus dudas, se procedió a aplicar de forma voluntaria el cuestionario elaborado especialmente para este proyecto de investigación sobre ansiedad de riesgo -estado siendo el número de alumnos que finalmente contestaron de 71 (53.4%) del total que se invitó, considerada como la primera medición y con una segunda medición 5 meses después, de 85 (63.9%) alumnos. Se parean los datos de ambas mediciones siendo el total de 55 encuestados (41.35%).

Con respecto al género de los alumnos 29 fueron hombres (52.73%) y 26 mujeres (47.27%), con un promedio de edad general de 29.7 años (D.E. ± 2.79). Es de interés resaltar que con respecto al género son prácticamente iguales la proporción de hombres y mujeres (1.1). La edad es la esperada para médicos que muchos ya han realizado una especialidad troncal e ingresan para realizar una subespecialidad (ejem. Neuropediatría, Cirugía Plástica, Cirugía Cardíaca, entre otras).

Con respecto a su nacionalidad, el 90.9% (50) de los alumnos fueron nacionales, de los cuales el 69% (38) fueron foráneos y el 30.9% (17) procedentes de la Ciudad de México. El 9% (5) de los alumnos fueron extranjeros. Es importante resaltar a este respecto el mayor ingreso a realizar su residencia en un Hospital de Alta Especialidad como el C.M.N. “20 de Noviembre” de alumnos procedentes del Interior de la República, lo que deja ver que se da una excelente opción de formación a médicos que al término de su preparación es muy probable que regresen a sus lugares de origen. El número de médicos extranjeros que acuden a formarse en este Hospital es considerable, lo que habla muy bien de la formación en nuestro país. Si sumamos los alumnos que son foráneos y los que son extranjeros son un total de 43 (86%) y que esperaríamos que el nivel de ansiedad fuera mayor por las condiciones de desplazados de sus lugares de origen, que aunado a la especialidad o subespecialidad que sea menos o más estresante será la influencia en el alumno.

Otro de los datos de interés para este protocolo de ansiedad es el estado civil, reportándose que el 80% (44) de los alumnos eran solteros, 16.4% fueron casados y solo el 3.6% (2) se refirieron como en unión libre.

Se encuestaron un total de 22 especialidades de entrada directa e indirecta. Para su análisis, se dividieron para su estudio en especialidades clínicas (60%), quirúrgicas (14%), y pediátricas (8%) (Figura 1). Se decidió agrupar de esta manera para que la muestra estadística fuera más robusta entre los comparativos de las especialidades, dado que la mayoría de estas cuentan con menos participantes que otras (Tabla 1).



Figura 1. Distribución de las especialidades.

Especialidades quirúrgicas (n= 14)		Especialidades clínicas (n=33)	
	N		N
Otorrinolaringología	2	Anatomía Patológica	2
Angiología	4	Gastroenterología	1
Oncología Quirúrgica	2	Oncología	3
		Medicina Crítica	3
Reproducción Humana	6	Inmunología	1
		Imagenología	2
Especialidades pediátricas (n=8)		Endocrinología	2
	N	Genética Médica	2
Neurología Pediátrica	3	Rehabilitación	3
Cardiología Pediátrica	1	Reumatología	4
Neonatología	1	Neurología	1
Pediatría	3	Psiquiatría	3
		Nefrología	3
		Dermatología	3

Tabla 1. Número de encuestados por especialidad

Resultados de la medición del Inventario Ansiedad Rasgo- Estado

Se utilizó la escala de IDARE de estado para calificar los resultados de los individuos que presentaron un nivel significativo de ansiedad a partir de un corte de 30 puntos, con dos clasificaciones: rasgo y estado. Es así, que en la primera medición, la puntuación para rasgo de ansiedad se registró una puntuación media de 37.6 (D.E. ± 10.8) y de 36.72 (D.E. ± 10.15) para Estado. Para la segunda medición se observó una puntuación media de 40.25 (D.E. ± 12.68) para Rasgo y 40.34 (D.E. ± 12.65) para Estado. Todos los rangos por arriba del corte de 30 puntos y con una Desviación Estándar (D.E.) (Figura y tabla 2) de todos los resultados muy amplia lo que demuestra la gran variabilidad de los datos obtenidos y que deben de ser tomados en consideración.

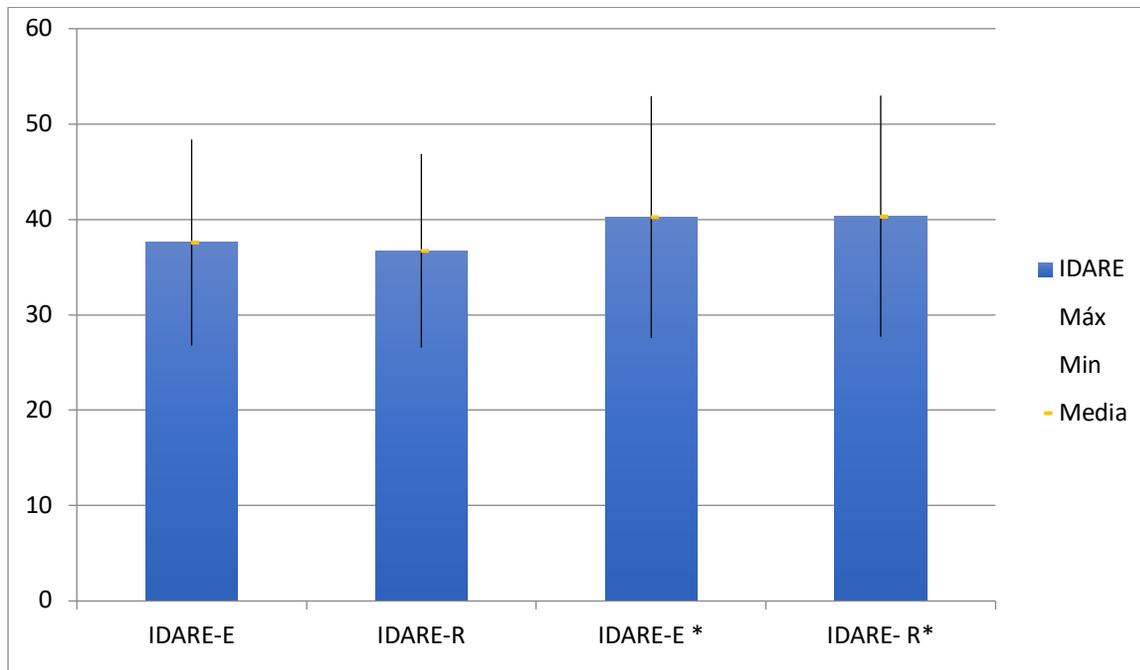


Figura 2. Representación de las mediciones y sus desviaciones estándar. (D.E.)
(Mayo y Octubre*).

En relación al género, al sumar los niveles de ansiedad de alto y medio en hombres nos dio para rasgo un total de 68.97% (20) y 62% (18) para estado y al realizar la determinación en su seguimiento nos dio 75.87% (33) para rasgo y 68.96% (20) para estado. En el caso de las mujeres observamos que el 80.77% (22) presentan el mismo nivel de ansiedad para rasgo y estado, con un seguimiento de 84.62% (22) para rasgo, y 92.3% para estado (Tabla 3). Es evidente que el nivel de ansiedad en ambas mediciones es mayor en las mujeres que en los hombres.

Tabla2. Características medición IDARE-E Mayo y Octubre

Variable	IDARE-E Mayo			IDARE-E Octubre		
	Alto n(%)	Medio n(%)	Sin Ansiedad n(%)	Alto n(%)	Medio n(%)	Sin Ansiedad n(%)
Sexo						
Hombre	12 (31%)	13 (34.21%)	13 (34.21%)	17 (38.6%)	16 (36.3%)	11 (25%)
Mujer	10 (30.3%)	19 (57.5%)	4 (12.2 %)	18 (42.8%)	22 (52.3%)	2 (4.7 %)
Estado Civil						
Soltero	18 (32.3%)	25 (45.5%)	12 (21.8%)	32 (37.2%)	28 (32.5%)	11 (12.7%)
Casado	2 (14.2%)	7 (50%)	5 (35.7%)	2 (16.6%)	8 (66.6%)	2 (16.6%)
Unión Libre	2 (100%)	0	0	1 (50%)	1 (50%)	0
Nacionalidad						
Mexicano	12 (32.4%)	15 (40.54%)	10 (27%)	32 (37.2%)	30 (34.8%)	12 (13.9%)
Extranjero	1(100%)	0	0	3(25%)	8 (66.6%)	1 (8.3%)
Lugar de Origen						
Local	3 (25%)	7 (58.3%)	2 (16.67%)	9 (42.8%)	8 (38.1%)	4 (19%)
Foráneo	10 (38.4%)	8 (30.7%)	8 (30.7%)	26 (40%)	30 (46.1%)	9 (13.8%)
Edad						
25-29	5 (50%)	5 (50%)	0	21 (38.8%)	23 (42.5%)	10 (18.5%)
29-38	14 (26.9%)	23 (44.2%)	15 (28.8%)	14 (43.7%)	15 (46.8%)	3 (9.38%)
Especialidad						
Clínicas	15 (35.7%)	18 (42.8%)	9 (21.4%)	16 (43.2%)	14 (37.8%)	7 (18.9%)
Quirúrgicas	3 (17.6%)	9 (29.4%)	5 (52.9%)	14 (45.1%)	16 (51.6%)	1 (3.2%)
Pediátricas	4 (30.99%)	5 (41.6%)	3 (25%)	5 (27.7%)	8 (44.4%)	5 (27.7%)

Tabla3. Características medición IDARE-R Mayo y Octubre

Variable	IDARE-R Mayo			IDARE-R Octubre		
	Alto n(%)	Medio n(%)	Sin Ansiedad n(%)	Alto n(%)	Medio n(%)	Sin Ansiedad n(%)
Sexo						
Hombre	10 (26.3%)	15 (39.4%)	13 (34.21%)	16 (36.3%)	20 (45.4%)	8 (18.1%)
Mujer	6 (18.13%)	19 (57.5%)	8 (24.2%)	17(40.4%)	19 (45.2%)	6 (14.2 %)
Estado Civil						
Soltero	12 (21.8%)	27 (49%)	16 (29%)	31 (43.6%)	32 (45%)	8 (11.2%)
Casado	2 (14.2%)	5 (35.7%)	7 (50%)	1 (8.3%)	6 (50%)	5 (41.6%)
Unión Libre	2 (100%)	0	0	0	1 (50%)	1 (50%)
Nacionalidad						
Mexicano	9 (24.3%)	17 (45.9%)	11 (29.7%)	27 (36.4%)	36 (48.6%)	11 (14.8%)
Extranjero	1(100%)	0	0	6(50%)	3 (25%)	3 (25%)
Lugar de Origen						
Local	3 (25%)	7 (58.3%)	2 16.67%)	9 (42.8%)	7 (33.3%)	5 (23.8%)
Foráneo	10 (38.4%)	8 (30.7%)	8 (30.7%)	24 (36.9%)	32 (49.2%)	9 (13.8%)
Edad						
25-29	5 (50%)	3(30%)	2 (20%)	19 (35.1%)	28 (51.8%)	7 (12.9%)
29-38	10 (19.3%)	26 (50%)	16 (30.7%)	14 (43.7%)	11 (34.3%)	7 (21.8%)
Especialidad						
Clínicas	11 (26.1%)	20 (47.6%)	11 (26.1%)	16 (43.2%)	15 (40.5%)	6 (16.2%)
Quirúrgicas	3 (17.6%)	7 (41.1%)	7 (41.1%)	10 (32.2%)	16 (51.6%)	5 (16.1%)
Pediátricas	2 (16.6%)	7 (58.3%)	3 (25%)	7 (38.8%)	8 (44.4%)	3 (16.6%)

De la nacionalidad se registro en extranjeros niveles de ansiedad hasta en un 80%(4) para rasgo y 60% (3) para Estado, en la segunda medicion encontramos 80% (4) para ambas. Este dato con respecto al nivel de ansiedad de los estudiantes extranjeros debe ponernos en alerta por tratarse de personas que incluso se pueden considerar como vulnerables en comparación a los alumnos nacionales, por cuestiones de lejanía y culturales, por lo que sería lógico su nivel de ansiedad que se esperaría que mejorara con el tiempo si su adaptación fuera correcta, habría que vigilar que no sean discriminados o incluso agredidos en su residencia. Los sujetos mexicanos presentaron niveles de ansiedad 74% (37) y 82% (41) para Rasgo y Estado, con 70% (35), 80% (40) en el seguimiento.

En relacion al estado civil, observamos lo siguiente:

- Casados. El nivel de ansiedad en la primera medición fue de 55% en relacion al rasgo y estado, con un seguimiento de 55.56% (5) para rasgo y 88.89 para estado.
- Solteros. Reportaron algún grado de ansiedad en un 79.55% (35) para rasgo y 72.73% (32) para estado, con seguimientos de 86.36 % (38) y 84.27% (34) para rasgo y estado respectivamente.

En relación a las especialidades, las Clínicas de manera inicial reportaron 75.75% (25) para rasgo y 72.72%(24) y estado. Esta proporción cambio a 81.81% (27) y 78.78% (26) para ansiedad y rasgo.

Las especialidades pediátricas reportaron el 75% (6) con algun nivel de ansiedad en la primera medicion para rasgo y estado, con 75% (6) y 50% (4) par rasgos y estado.

Las especialidades quirurgicas reportaron hasta un 71.43% (10) y 64.29% (9) con algun nivel de ansiedad para rasgo y estado, esto cambio a 78.5% (11) para rasgo y 100% (14) para estado en la evaluación de seguimiento. (Gráfica 1)

Gráfica 1

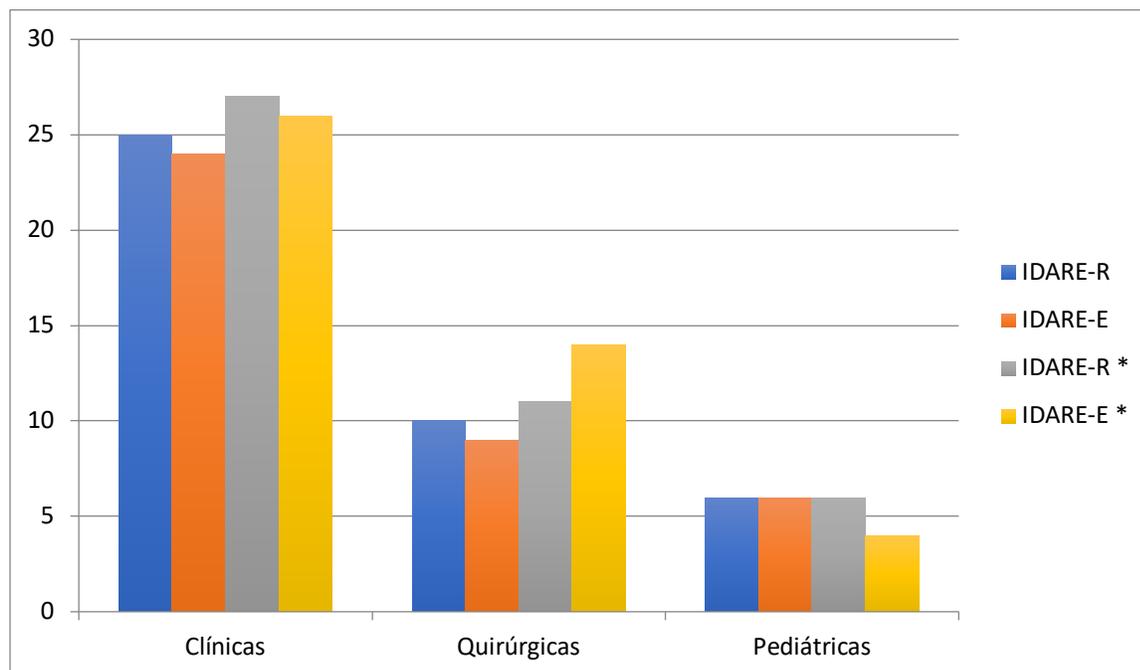


Figura 2. Medición del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado *Segunda medición

Comparación entre mediciones.

Se utilizó prueba de t pareada para determinar la diferencia entre las medias de la puntuación, encontramos que no existe una diferencia significativa en las mediciones de estado ($p > 0.05$). Existe una diferencia significativamente estadística en la puntuación para Rasgo de ansiedad en los médicos residentes. ($p < 0.05$). (Tabla 3).

Tabla 3. Puntuaciones IDARE

	Primera Medición M (DS)	Segunda Medición M (DS)	Diferencia M (DS)	T	P
IDARE-E	36.72 (10.15)	40.34 (12.65)	3.61 (9.87)	2,71	0.008
IDARE-R	37.61 (10.86)	40.25 (12.68)	2.63 (9.8)	1.99	0.05

17.- DISCUSION

De acuerdo a los resultados observados, podemos inferir que en general los niveles de ansiedad registrados en ambas mediciones para rasgo y para estado aumentan de manera significativa durante el tiempo de estudio.

Se registraron niveles de ansiedad elevados en relación a la media, sin embargo, existe una gran variabilidad en los datos encontrados, esto debe ser tomado en cuenta para la realización de inferencias estadísticas.

Se encontro hasta un 75.87% de algun nivel de ansiedad en el personal al realizar la medición de seguimiento, lo cual dispara los porcentajes según lo encontrado en la literatura.^{7, 34, 35}

Encontramos una mayor predisposición en general a encontrar aumento de los niveles de ansiedad en el sexo femenino, ser extranjero, ser soltero, o pertenecer a alguna especialidad clínica.

Esto concuerda en relación a lo descrito en la literatura, de los estudios transversales observados, las especialidades clínicas tienen en general mayor predisposición a presentar niveles de ansiedad elevados.

En el comparativo de las mediciones, encontramos un incremento de aproximadamente 4 puntos para la escala de estado, y un incremento de 3 puntos para la escala de rasgo. Esto nos puede orientar a que la exposición al estrés crónico de la residencia médica puede afectar de una manera crónica el estado de compensación al estrés, mientras que el rasgo aumenta en menor medida, dependiendo de la variabilidad genética constitutiva, la cual es sensible a cambios epigenéticos.

Limitaciones y Fortalezas

Dentro de las limitaciones encontramos una dificultad en el muestreo de pacientes, ya que debido a las diferentes exigencias en las áreas de trabajo, no pudimos obtener un mayor número de muestra para realizar las inferencias correspondientes.

Consideramos dentro de las fortalezas el hecho que es un estudio longitudinal del estado de salud mental del personal médico en formación, en el país no se cuenta con estudios que aborden esta problemática, y que en la literatura internacional se ha relacionado a mayor índice de iatrogenias y errores en el trabajo, así como una disminución en la calidad de vida, que incluso incide de manera negativa con el conocido aumento del suicidio en este grupo de profesionales.

Este es un primer estudio del cual se pueden derivar estudios más profundos con respecto a la situación mental de los médicos residentes en las diferentes especialidades en un Hospital de Alta especialidad, lo que obligaría a buscar estrategias de prevención y atención que mejore el nivel de ansiedad de estos médicos estudiantes a su ingreso y con un seguimiento regulado que a su vez

repercutiría en un mejor aprovechamiento del adiestramiento profesional en las diversas residencias. Lo que nos queda claro es que estamos valorando solamente un lado del problema, quedaría por valorar el nivel de ansiedad de los médicos profesores encargados de cada una de las especialidades de las residencias en los hospitales de alta especialidad que también sería necesario valorar para buscar estrategias para mejorar su estado de salud mental y así atender de forma holística la enseñanza en medicina.

18. CONCLUSIONES

De lo anterior podemos concluir que; durante el primer año de las diferentes residencias médicas hay cambios significativos en los niveles de ansiedad percibidos, tanto en el estado inmediato como en los rasgos de personalidad, y esto está relacionado a distintos factores socioculturales, que pueden ser perfectamente modificables para mejorar el estado mental de estos médicos residentes en su formación en cada una de las especialidades en un Hospital de Alta Especialidades.

9.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016;388(10063):3048-3059. doi:10.1016/S0140-6736(16)30381-6
2. Sadock, Virginia A.; Sadock, Benjamin J.; Ruiz P. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, Eleventh Edition*. 11th ed. Wolters Kluwer; 2015.
3. Garcia-garcia AL, Newman-tancredi A, Leonardo ED. P5-HT 1A receptors in mood and anxiety: recent insights into autoreceptor versus heteroreceptor function. *Psychopharmacology (Berl)*. 2014;623-636. doi:10.1007/s00213-013-3389-x
4. Möhler H. Neuropharmacology The GABA system in anxiety and depression and its therapeutic potential. *Neuropharmacology*. 2012;62(1):42-53. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.08.040
5. Dunsmoor JE, Paz R. Fear generalization and anxiety: behavioral and neural mechanisms. *Biol Psychiatry*. 2015. doi:10.1016/j.biopsych.2015.04.010
6. Medisauskaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors : Randomized controlled trial. *Psychiatry Res*. 2019;274(March):383-390. doi:10.1016/j.psychres.2019.02.075
7. Jong MA De, Nieuwenhuijsen K, Sluiter JK. Common mental disorders related to incidents and behaviour in physicians. 2016:506-513. doi:10.1093/occmed/kqw030
8. Humberto J, Zavala R, Loreto M, et al. Relación entre rasgos y tipos de personalidad con la especialidad médica elegida por un grupo de médicos residentes &. *Investig en Educ médica*. 2016;(xx). doi:10.1016/j.riem.2016.03.002
9. Torres A, Yolanda G, Hernández V, et al. Rasgos de personalidad en alumnos de reciente ingreso a la carrera de medicina &. *Investig en Educ médica*. 2017;(xx). doi:10.1016/j.riem.2017.02.002
10. Vargas-terrez BE, Moheno-klee V, Cortés-sotres JF, Heinze-martin G. Médicos residentes : rasgos de personalidad , salud mental e ideación suicida. *Investig en Educ médica*. 2015;4(16):229-235. doi:10.1016/j.riem.2015.08.001
11. Macauley K, Plummer L, Bemis C, Brock G, Larson C, Spangler J. Prevalence and Predictors of Anxiety in Healthcare Professions Students. *Heal Prof Educ*. 2018;4(3):176-185. doi:10.1016/j.hpe.2018.01.001
12. Barendse MEA, Simmons JG, Byrne ML, et al. Psychoneuroendocrinology Associations

- between adrenarcheal hormones , amygdala functional connectivity and anxiety symptoms in children. *Psychoneuroendocrinology*. 2018;97(May):156-163. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.07.020
13. Organización Mundial de la Salud. *Guía de Bolsillo de La Clasificación CIE-10: Clasificación de Los Trastornos Mentales y Del Comportamiento.*; 2000. doi:9788479034924
 14. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). *Text*. 2000;1:943. doi:10.1176/appi.books.9780890423349
 15. World Health Organization. Chapter 06. Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. *Int Classif Disord Mortal Morb Stat*. 2018.
 16. García- Batista, Z. E. et al. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad rasgo-estado en población general y hospitalaria de República Dominicana. *Ansiedad y Estrés*. 2017. doi:10.1016/j.anyes.2017.09.004
 17. Julian LJ. Measures of Anxiety. State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis care Res*. 2011;63(November):467-472. doi:10.1002/acr.20561
 18. CASTRILLÓN MORENO, DIEGO ALONSO, & BORRERO COPETE PE. VALIDACIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO - RASGO (STAIC) EN NIÑOS ESCOLARIZADOS ENTRE LOS 8 Y 15 AÑOS DIEGO. *Acta Colomb Psicol*. 2005;8(1):79-90. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100005.
 19. Vázquez-Ramírez LA, González-Pedraza Avilés A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Atención Fam*. 2014;21(4):109-112. doi:10.1016/S1405-8871(16)30030-X
 20. Barraza, René; Muñoz, Nadia; Contreras A. Relationship between personality organisation and the prevalence of symptoms of depression , anxiety and stress among university students in health careers in the Region of Coquimbo , Chile & ~ Navarro b , Ana Contreras Astorga a. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017;(x x):1-6. doi:10.1016/j.rcpeng.2017.09.003
 21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.*; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.744053
 22. Michael, Tanja; Zetsche, Ulrike; Margraf J. *Epidemiology of Anxiety Disorders*. Vol 3.; 2007. doi:10.1383/psyt.3.4.2.32909

23. Medina-mora ME, Borges G, Muñoz CL, et al. RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO. *Salud Ment.* 2003;26(4):1-16.
24. Borges G, Nock MK, Medina-mora ME, Hwang I, Kessler RC. Psychiatric disorders , comorbidity , and suicidality in Mexico. *J Affect Disord.* 2010;124(1-2):98-107. doi:10.1016/j.jad.2009.10.022
25. Arnold PD, Zai G, Richter MA. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2004;6(4):243-254. doi:10.1007/s11920-004-0073-1
26. Hang A, Wang Y, He L, Liu J. The role of the dynorphin / κ opioid receptor system in anxiety. *Nat Publ Gr.* 2015:1-8. doi:10.1038/aps.2015.32
27. Kim B, Yoo E, Lee J, et al. The effects of the catechol- O -methyltransferase val158met polymorphism on white matter connectivity in patients with panic disorder. *J Affect Disord.* 2013;147(1-3):64-71. doi:10.1016/j.jad.2012.10.009
28. Grupe DW, Nitschke JB. Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. *Nat Publ Gr.* 2013;14(July). doi:10.1038/nrn3524
29. Domschke K, Ohrmann P, Braun M, et al. Influence of the catechol- O -methyltransferase val158met genotype on amygdala and prefrontal cortex emotional processing in panic disorder. *Psychiatry Res Neuroimaging.* 2008;163:13-20. doi:10.1016/j.psychresns.2007.04.016
30. Du L, Merali Z, Poulter MO, Palkovits M, Faludi G, Anisman H. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry Catechol-O-methyltransferase Val158Met polymorphism and altered COMT gene expression in the prefrontal cortex of suicide brains. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2014;50:178-183. doi:10.1016/j.pnpbp.2013.12.016
31. Hosa L. Role of the COMT gene Val158Met polymorphism in mental disorders : A review. *Eur Psychiatry.* 2007;22(November 2004):276-281. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.02.002
32. Smoller JW. The Genetics of Stress-Related Disorders: PTSD, Depression and Anxiety Disorders. *Neuropsychopharmacology.* 2015;(May). doi:10.1038/npp.2015.266
33. García-Rivera B, Maldonado-Radillo SE, Ramírez Barón M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa Psicológica UST, ISSN 0718-0446, Vol 11, N° 1, 2014 (Ejemplar Dedic a Psicoanálisis y Cult págs 65-73.* 2014;11(1):65-73. doi:10.18774/summa-vol11.num1-128

34. Mousa OY, Dhamoon MS, Lander S, Dhamoon AS. The MD Blues : Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees. 2016:1-10. doi:10.1371/journal.pone.0156554
35. Monrouxe L V, Bullock A, Tseng H, Wells SE. Association of professional identity , gender , team understanding , anxiety and workplace learning alignment with burnout in junior doctors : a longitudinal cohort study. 2017:1-12. doi:10.1136/bmjopen-2017-017942
36. Marín-ramírez AH, Martínez-díaz GJ, Ávila-avilés JM. Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul , Yucatán , México. *Rev Biomed.* 2015;26(1):23-31.

20.- ANEXOS

Índice de Anexos

1. Tabla 1. Espectro de los trastornos de ansiedad DSM-5
2. Tabla 1 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
CIE- 10
3. Tabla 2. Trastornos relacionados a la ansiedad o al miedo. CIE- 11.
4. Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado
5. Aviso de privacidad

ANEXO 1

Trastorno	Características clínicas centrales
Trastorno de Ansiedad por separación	Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.
Mutismo selectivo	Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).
Fobia específica	Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo- ansiedad.
Trastorno por Ansiedad Social	Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.
Trastorno de Angustia con /sin ataque de pánico	Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y des adaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.
Agorafobia	Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.
Trastorno de Ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.
Inducido pro sustancias / medicación	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas.

Debido a otra enfermedad médica	El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica.
---------------------------------	---

Tabla 3. Espectro de los trastornos de ansiedad. DSM-5

ANEXO 2

Tabla 4 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. CIE- 10

Trastorno	Características clínicas
Trastornos de ansiedad fóbica (F40)	
Agorafobia (F40.0)	El término abarca un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, entre ellos temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo en trenes, autobuses o aviones. Aunque la gravedad de la ansiedad y la intensidad de la conducta de evitación son variables, éste es el más incapacitante de los trastornos fóbicos y algunos individuos llegan a quedar completamente confinados en su casa.
Fobias sociales (F40.1)	Miedo a ser enjuiciado por otras personas en el seno de un grupo comparativamente pequeño (a diferencia de las multitudes) y suelen llevar a evitar situaciones sociales determinadas.
Fobias específicas (aisladas) (F40.2)	Fobias restringidas a situaciones muy específicas tales como a la proximidad de animales determinados, las alturas, los truenos, la oscuridad, a viajar en avión, a los espacios cerrados, a tener que utilizar urinarios públicos, a ingerir ciertos alimentos, a acudir al dentista, a la visión de sangre o de heridas o al contagio de enfermedades concretas. Aunque la situación desencadenante sea muy específica y concreta, su presencia puede producir pánico como en la agorafobia y en las fobias sociales.
Otros Trastornos de Ansiedad (F41)	
Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica) (F41.0)	Crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de asfixia, mareo o vértigo y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer. Cada crisis suele durar sólo unos minutos, pero también puede persistir más tiempo.
Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)	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").

ANEXO 3.

Tabla 5. Trastornos relacionados a la ansiedad o al miedo. CIE- 11.

Trastorno de ansiedad generalizada. (6B00)	Es caracterizado por síntomas intensos o persistentes, de por lo menos algunos meses, manifestado por aprehensividad generalizada (ansiedad flotante), o una preocupación excesiva de los eventos cotidianos, acompañados de síntomas físicos, como tensión muscular, inquietud psicomotriz, hiperreactividad del sistema nervioso simpático, nerviosismo, dificultad para concentrarse, irritabilidad, o alteraciones en el sueño. Esto resulta en una disfunción importante en áreas de funcionamiento.
---	---

Trastorno de pánico. (6B01)	<p>El trastorno de pánico es caracterizado por episodios paroxísticos y recurrentes de ataques de pánico, que no están restringidos a estímulos o situaciones desencadenantes. Un ataque de pánico es un episodio de miedo o angustia intensa, acompañado de el inicio rápido de varios síntomas (palpitaciones, taquicardia, sudoración, temblor, disnea, opresión torácica, mareos, escalofríos, bochornos, sensación de miedo intenso o de muerte inminente). Se acompaña de preocupación constante de la recurrencia del ataque de pánico, que condicionan conductas de evitación de los estímulos se creen desencadenantes, que resulta en disfunción en distintas áreas de la vida del paciente.</p>
Agorafobia. (6B02)	<p>La agorafobia se caracteriza por sensación de miedo o angustia excesiva que ocurre en respuesta a situaciones donde el escape resulta difícil, o donde no es posible recibir ayuda, como en el transporte público, lugares muy concurridos, o estar fuera de casa sin compañía. El individuo se encuentra constantemente preocupado por estas situaciones, y estas son evitadas activamente, y resultan en disfunción en distintas áreas de la vida del paciente.</p>
Fobia específica. (6B03)	<p>Las fobias específicas son caracterizadas por una sensación de ansiedad o miedo intensos, en respuesta a la exposición de uno o más objetos o situaciones específicas (animales, volar, alturas, espacios cerrados, sangre, agujas), que es desproporcionado a la magnitud del peligro real que el estímulo representa. Estos son evitados intensamente, y resultan en disfunción en distintas áreas de la vida del paciente.</p>
Trastorno de ansiedad social. (6B04)	<p>Es caracterizado por sensación de miedo o angustia excesiva constante, desencadenada en una o más situaciones sociales, como la interacción, ser observados, o estar expuestos frente a otros. El individuo está angustiado en actuar de cierta manera que resultaría en una evaluación negativa por los demás. Estas situaciones son evitadas intensamente, y resultan en disfunción en distintas áreas de la vida del paciente.</p>
Trastorno de ansiedad por separación. (6B05)	<p>El trastorno de ansiedad por separación es caracterizado por sensación de ansiedad o miedo intenso, desencadenado por la separación de figuras de apego. En los niños se enfoca exclusivamente en los cuidadores o miembros de la familia; en los adultos es en una pareja sentimental o hijos. Las manifestaciones incluyen pensamientos de daño sobre el objeto de apego, pesadillas sobre la separación, estos resultan en disfunción en distintas áreas de la vida del paciente.</p>
Mutismo Selectivo. (6B06)	<p>El mutismo selectivo es caracterizado por selectivismo en el habla en un niño que previamente había demostrado una capacidad adecuada para el lenguaje hablado, y es tan severo como para interferir con el aprovechamiento escolar, o la comunicación social. La falla en el habla no se da por falta de conocimiento, o comodidad con el lenguaje hablado en la situación social específica.</p>

ANEXO 4

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre (Iniciales/ Número de empleado): _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECIENTE- MENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Calificación Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Items 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 = Total A

Items 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 = Total B

$(A - B) + 50 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

Items 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 = Total

Items 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 = Total B

$(A - B) + 35 =$

Nivel de ansiedad

_____ Bajo (<30)

_____ Medio (30-44)

_____ Alto (>45)

ANEXO 5

AVISO DE PRIVACIDAD

TITULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: Niveles de ansiedad de acuerdo a rasgos de personalidad en residentes de primer año en un hospital de alta especialidad.

Número de registro:

El presente Aviso de Privacidad tiene como objeto informarles sobre el tratamiento que se le dará a sus datos personales cuando los mismos son recabados, utilizados y almacenados.

Investigador responsable de recabar sus datos personales, de su uso y protección:

Nombre: **Dra. Martha Orozco Quiyono**

Domicilio: San Lorenzo 502, edificio D, 2° piso, Col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100 CDMX

Correo-e: morozco11@yahoo.com.mx

Su información personal será utilizada con la finalidad de contacto con usted para solicitar información de seguimiento de estado de salud; para lo cual requerimos obtener datos de su domicilio, correo electrónico, teléfono particular, de trabajo o celular, estos datos son considerados como sensibles de acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Es importante que usted sepa que todo el equipo de investigación que colabora en este estudio se compromete a que todos los datos proporcionados por usted serán tratados bajo medidas de seguridad y garantizando siempre su confidencialidad. En el caso de este proyecto las medidas que se tomarán para ello serán utilizar códigos, Iniciales, número de expedientes y se almacenarán en archivo electrónico a cargo del investigador principal.

Los datos que usted nos proporcione no serán compartidos con otras instancias o instituciones y únicamente serán usados por el equipo de investigadores para este proyecto.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al manejo de los mismos o anular el consentimiento que nos haya otorgado para tal fin, presentando una carta escrita dirigida a el/ la investigador responsable Dra. Martha Orozco Quiyono o con la Presidente del Comité de Ética en Investigación del CMN "20 de Noviembre", Dra. Dra. Erika G. Meza Dávalos. Tel. 523005003 Ext. 14661 y 14583 comiteetica20nov@gmail.com

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD: Manifiesto estar de acuerdo con el tratamiento que se dará a mis datos personales

Nombre y firma del sujeto de investigación o paciente: _____

Fecha: _____