



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF. NO 9 ACAPULCO GUERRERO, MÉXICO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. HERNÁNDEZ CRUZ YUCELY YOVANA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR ROGELIO RAMIREZ RIOS**

**NUMERO DE REGISTRO:**

**R-2020-1101-010**

**ACAULCO GUERRERO, DICIEMBRE 2021**



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

---



---

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR  
DE LA UMF. NO 9 ACAPULCO GUERRERO, MÉXICO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. HERNÁNDEZ CRUZ YUCELY YOVANA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR ROGELIO RAMIREZ RIOS**

**NUMERO DE REGISTRO:**

**R-2020-1101-010**

**ACAULCO GUERRERO, DICIEMBRE 2021**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
COORDINACIÓN DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UNIDAD DE EDICINA FAILIAR No.9**

**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF. NO 9 ACAPULCO GUERRERO, MÉXICO**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DR ROGELIO RAMIREZ RIOS**

---

**TESISTA:**

**DRA. HERNÁNDEZ CRUZ YUCELY YOVANA**

---



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1101,  
UMED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS 17 CI 12 001 131

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 001 2018Q22

FECHA Miércoles, 25 de marzo de 2020

M.E. ROGELIO RAMIREZ RIOS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF. NO 9 ACAPULCO GUERRERO, MÉXICO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional

R-2020-1101-010

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

ATENTAMENTE

Dr. ANGE GOMEZ CARBAJAL  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

Imprimir

IMSS



GOBIERNO DE  
MÉXICO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES  
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF. NO 9 ACAPULCO GUERRERO,  
MÉXICO.

No. Registro R-2020-1101-010

**Dra. Guillermina Juanico Morales**

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional



**Dra. Roxana Cepeda Uribe**

Encargada de la Coordinación  
Auxiliar Médico de Educación

**Dra. Guillermina Juanico Morales**

Coordinadora Auxiliar Médico de  
Investigación en Salud



**Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda**

Profesora Titular del Curso de Especialización en  
Medicina Familiar

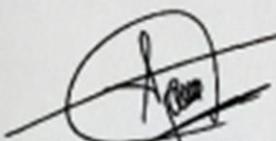
**PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE  
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 9. ACAPULCO GUERRERO MEXICO**

**TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

**HERNÁNDEZ CRUZ YUCELY YOVANA**

AUTORIZACIONES:



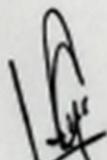
**DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA**  
JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM



FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por permitirme culminar una etapa más en mi vida profesional, por bendecirme cada día con la hermosa oportunidad de ser y estar.

A mis padres por creer en mí, por brindarme todo su amor, y su apoyo incondicional. Gracias por ser el motor de mi vida.

A mis hermanos, en especial a Alexis y Guadalupe, quiénes siempre estuvieron a mi lado en todo el proceso, dándome ánimos y las palabras necesarias para liberar cualquier dificultad, constantes e impasibles, las amo.

Al IMSS por ser mi campo de desarrollo profesional, gracias a esta noble institución y a sus trabajadores por ser parte de mi formación como médico familiar.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo de investigación a mi familia, piedra angular en mi vida: mis padres que forman mi base y a mis hermanos por ser mis pilares, sólo ustedes saben lo que nos ha costado llegar hasta aquí.

A todo el personal médico que vive cada día con algún cuadro de ansiedad y depresión, y aun así continúan dando lo mejor de sí por sus pacientes, sobre todo en esta pandemia.

## INDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	<b>10</b>
<b>1.- MARCO TEÓRICO</b>	<b>11</b>
<b>2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>32</b>
<b>3.- JUSTIFICACION</b>	<b>34</b>
<b>4.- OBJETIVO GENERAL</b>	<b>35</b>
4.1 Objetivos específicos	35
<b>5. HIPÓTESIS</b>	<b>35</b>
<b>6 METODOLOGÍA</b>	<b>35</b>
6.1 Tipo de estudio	35
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio	35
6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra	35
<b>7.- CRITERIOS DE SELECCIÓN</b>	<b>36</b>
7.1 Criterios de inclusión	36
7.2 Criterios de exclusión	36
7.3 Criterios de eliminación	36
<b>8.- VARIABLES</b>	<b>37</b>
8.1 Definición y operacionalización de las variables	37
<b>9.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO</b>	<b>40</b>
<b>10.- RESULTADOS</b>	<b>41</b>
<b>11.- DISCUSIÓN</b>	<b>55</b>
<b>12.- CONCLUSIONES</b>	<b>58</b>
<b>13- RECOMENDACIONES</b>	<b>59</b>
<b>14.- CRONOGRAMA</b>	<b>60</b>
<b>15.- BIBLIOGRAFIA</b>	<b>61</b>
<b>16.- ANEXOS</b>	<b>66</b>
16.1 Consentimiento informado	66
16.2 Hoja de recolección de datos	67
16.3 Test de depresión de Beck	68
16.4 Inventario de ansiedad de Beck	71

## RESUMEN

**Título:** Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Medicina Familiar de la UMF. No 9 Acapulco Guerrero, México

**Antecedentes:** La residencia médica es un periodo de riesgo para el desarrollo de ansiedad y depresión. La aplicación periódica de pruebas para su determinación en los residentes permitiría una detección oportuna y un tratamiento precoz.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar adscritos a la U.M.F No. 9 Acapulco, Gro, México.

**Metodología:** Se realizó un estudio transversal, descriptivo a 62 médicos residentes de Medicina Familiar ENARM adscritos a la UMF No. 9 Acapulco Gro, México, en Diciembre 2020, aplicando el inventario de depresión y ansiedad de Beck. Se elaboró base de datos en el programa SSPS, con análisis estadístico obteniendo frecuencias simples y puntajes.

**RESULTADOS:** Se reportó que un 50% del total de los residentes médicos presentan algún grado de depresión, de manera que un 25.81% (16) muestra depresión leve, 20.97% (13) depresión moderada y un 3.22% (2) depresión grave. En lo referente a ansiedad, encontramos que el 41.94% padece ansiedad, de los cuales el 20.97% (13) es ansiedad moderada, el 19.36% (12) manifiesta ansiedad leve y sólo el 1.61 % (1) ansiedad grave.

**CONCLUSIONES:** Se encontró que la mitad de los residentes de Medicina Familiar presentan depresión, predominando el cuadro leve de depresión. En lo que respecta a ansiedad se encontró una prevalencia del menos del 50%, con mayor predominio de ansiedad moderada.

**PALABRAS CLAVE:** Residentes Medicina Familiar, ansiedad, depresión.

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1. DEPRESIÓN**

#### **1.1.1 DEFINICIÓN**

La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier persona, provoca angustia mental y repercute en la capacidad de las personas para llevar a cabo las tareas cotidianas, lo que tiene en ocasiones efectos nefastos sobre las relaciones con la familia y los amigos. En el peor de los casos puede provocar el suicidio (1).

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica (2)

#### **1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA**

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad (1). Se calcula que más de 25% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida, y en el presente año 2020 la depresión será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2017) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo, y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, con

prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. (1).

En Europa, Alemania es el país con más casos de depresión con más de 4 millones de personas afectadas, seguida de Italia, con más de 3 millones y Francia, con cerca de tres millones. (OMS 2017) En el cuarto lugar, está España con más de dos millones. En todos los países europeos, la depresión afecta más a las mujeres, un 5,1% frente al 3,6% de los hombres y la prevalencia es aún mayor en mujeres menores de 29 años o mayores de 55. En España, según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social 2019, la depresión es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%), según datos de la Encuesta Nacional de Salud, que explican que la prevalencia de depresión es el doble entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) y los que están trabajando (3,1%) (4).

Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12% (Pérez-Radilla et al 2017) (5).

El INEGI documentó en 2017, 32.0 millones de personas de 12 y más años de edad reporta haber experimentado sentimientos de depresión, equivalentes a 32.5% de la población de ese grupo de edad. La proporción de mujeres que expresa haber tenido sentimientos de depresión (38.0%) es mayor que la de los hombres (27.0%). También, destaca el hecho que del total de personas que se han sentido deprimidas, únicamente 1.63 millones toman antidepresivos, mientras que 33.19 millones no lo hace (6).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2016 concluyó que la prevalencia de depresión en adultos en México fue de 4.5%, y que los trastornos afectivos se ubican en tercer lugar de frecuencia. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (7)

### 1.1.3 FACTORES DE RIESGO

- **Sexo**
- **Edad**
- **Genéticos**

La depresión y la angustia son enfermedades determinadas por factores genéticos y biológicos, del desarrollo y psicológicos, así como sociales y culturales.

En los estudios en gemelos reportan una heredabilidad de hasta el 40%, con un incremento de 2-3 veces el riesgo de presentar depresión en familiares de primer grado.

Es suficientemente conocido que la historia familiar de trastornos mentales incrementa el riesgo de padecer depresión, ya sea debido a la expresión de ciertos factores heredados o al hecho de que las personas con depresión reportan más problemas parentales, ofrecen bajo apoyo a los miembros de la familia e incumplen su rol familiar de soporte social (8).

- **Acontecimientos vitales**

Son aquellos eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. Las emociones de tipo negativo que acompañan al estrés varían de acuerdo con las circunstancias del individuo y de la situación y de la agudeza o cronicidad del estrés. Ante el estrés agudo se tiende a experimentar ansiedad/miedo; cuando el estrés se cronifica predomina la experiencia de estado de ánimo depresivo.

- **Factores sociales**

Diversos estudios han mostrado que las personas que viven con limitaciones económicas, además de que ven reducida su posibilidad de acceder a opciones educativas, de vivienda, trabajo, de salud y recreación, tienden a reportar problemas de salud mental; parece que la situación de pobreza actúa como estresor crónico y afecta la capacidad de afrontar el estrés; incluso el apoyo social recibido se ve disminuido debido a la necesidad de suplir exigencias de

supervivencia de cada uno de los miembros del grupo familiar casi de forma individual.

- **Psicológicos**

El trastorno depresivo puede presentarse de manera aislada o acompañado de otras categorías diagnósticas y convertirse en una patología crónica o recurrente. Se asocia con el absentismo laboral y mayor demanda de atención sanitaria, con los importantes gastos económicos que ello supone (9).

Con información de la ENSANUT 2018-19, se reportó que el 17.9% de los adultos mexicanos presentan sintomatología depresiva indicativa de depresión moderada o severa y es aproximadamente 1.8 veces más elevada en mujeres que en adultos. Adicionalmente, la prevalencia de sintomatología depresiva es de 17.3 y de 19.9% en adultos residentes de localidad tipo urbana y rural, respectivamente. (10).

#### **1.1.4 CUADRO CLÍNICO**

La depresión hace referencia a una amplia gama de problemas de salud mental caracterizados por la ausencia de afectividad positiva, bajo estado de ánimo y una serie de síntomas emocionales, físicos, conductuales y cognitivos asociados.

- Síntomas emocionales: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar por las cosas de la vida cotidiana, sentimientos de culpa, de inutilidad y de falta de ilusión, así como baja autoestima con pérdida de confianza en sí mismos.
- Síntomas físicos y conductuales:
  - Llanto, irritabilidad, aislamiento social, exacerbación de dolores preexistentes, aparición de otros como los secundarios a aumento de tensión muscular, disminución de la libido, fatiga y disminución de la actividad, aunque también es frecuente la inquietud y la ansiedad marcada.

- Es característico que haya una disminución del sueño y del apetito (a veces, se producen pérdidas significativas de peso), aunque en algunas personas, el sueño y el apetito se incrementan.
- Síntomas cognitivos: pérdida de concentración y reducción de la atención, pesimismo y pensamientos recurrentes negativos sobre uno mismo, del pasado y del futuro, enlentecimiento mental y pensamientos rumiativos (11).

### **1.1.5 CLASIFICACIÓN**

Las distintas formas de depresión han sido englobadas en el DSM-V (American Psychological Association) y el Sistema de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [CIE-10] en un grupo denominado trastornos del estado de ánimo, que se caracterizan porque la persona presenta estado de ánimo decaído y un grupo de alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales y fisiológicas relacionadas con la condición diagnóstica principal (12).

### **1.1.6 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

#### **1.1.6.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 (OMS)**

- A
  - Duración, al menos dos semanas
  - No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico

- B

Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

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

- C

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

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuada
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones y vacilaciones
- Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

- D

- Puede haber o no síndrome somático..
- Pérdida importante del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que previamente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso del al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

### **Criterios de gravedad del trastorno depresivo**

*Leve:* presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.

*Moderado:* están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.

*Grave:* deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave (2).

#### **1.1.6.2 CLASIFICACION DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO DSM-V**

El DSM-V clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente (distímico). Así como otros trastornos depresivos no especificados y trastornos depresivos especificados. Otros trastornos del estado de ánimo también incluidos en el DSM-IV son el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo debido a otra afección médica.

#### **Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo 296.99 (F34.8)**

A. Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabieta verbal) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.

B. Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.

C. Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.

D. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).

E. Los Criterios A–D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los Criterios A–D.

F. Los Criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.

G. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A–E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca ha habido un período bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]).

K. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

### **Trastorno de depresión mayor**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es, estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

### **Trastorno depresivo persistente (distimia) 300.4 (F34.1)**

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (13).

## **1.1.7 ESCALAS DE MEDICIÓN**

### **INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)**

Existen varias escalas para evaluar depresión en adultos, como la de Zung (1965), Hamilton (1967) y Goldberg, Bridges, Duncan y Grayson (1988). El Inventario de Depresión de Beck (BDI) es uno de los instrumentos de medida de sintomatología depresiva más usados, tanto en población clínica como en ámbitos de investigación con población general.

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. Los ítems evalúan: estado de ánimo, pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, sentimiento de culpa, sentimiento de castigo, odio a sí mismo, autoacusación, intentos suicidas, períodos de llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, trastornos del sueño, cansancio, pérdida del apetito, pérdida de peso, hipocondría, libido. Cada ítem valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida.

La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más que una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Los puntos de la corte de escala se emplean para categorizar la severidad de la depresión de la siguiente manera:

- De 0 a 9 refleja ausencia o presencia mínima de síntomas, se toma como valor normal.
- De 10 a 18 depresión leve a moderada
- De 19 a 29 depresión moderada a severa
- De 30 a 63 depresión severa (14).

## **1.2 ANSIEDAD**

### **1.2.1 DEFINICIÓN**

Spielberger define el estado de ansiedad como un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de

aprensión y temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; en aquellas situaciones que fueran percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, que suscitaría estados de ansiedad. El rasgo de ansiedad constituiría una predisposición, por parte del individuo, a percibir circunstancias ambientales como amenazantes y por tanto una tendencia a responder, con frecuencia, con fuertes estados de ansiedad (15).

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (2).

### **1.2.2 EPIDEMIOLOGÍA**

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS 2018) en un estudio sobre los Trastornos mentales en América Latina y el Caribe, los Trastornos de ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el trastorno de Pánico (TP) con una prevalencia media al último año de 3.4%, 1.4% y 1.0% respectivamente; mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres en el TAG y el TP, no así en el TOC. (16). En Estados Unidos de Norteamérica 16.4% de la población presenta algún tipo de trastorno de ansiedad. (17).

Según el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS 2013) El trastorno psicológico más frecuente en México es la ansiedad, padecida por el 14.3%; le siguen el abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos, como la depresión (9.1%) y las fobias (7.1%). Un 36% de los mexicanos padecerá un desorden psiquiátrico antes de los 65 años; de entre ellos, 20% desarrollará bipolaridad o depresión, 17.8% de ansiedad y 11.9% abusará de sustancias. Se estima que más del 9% de la población adulta de la Ciudad de México sufre de depresión y 8.3% padece trastornos de ansiedad como la agorafobia o los ataques de pánico (18).

### **1.2.3 FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo más importantes para presencia de ansiedad son:

- Historia familiar de ansiedad ( u otros trastornos mentales)
- Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada.
- Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso.
- Ser mujer
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión)
- Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias (19).

### **1.2.4 CUADRO CLÍNICO**

Esta condición se manifiesta por:

- Aumento de la tensión muscular
- Mareos
- Sensación de “cabeza vacía”
- Sudoración
- Hiperreflexia
- Fluctuaciones de la presión arterial
- Palpitaciones
- Midriasis
- Síncope
- Taquicardia
- Parestesias
- Temblor
- Molestias digestivas
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias
- Diarrea

Síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como:

- Intranquilidad
- Inquietud
- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas catastróficas
- Deseo de huir
- Temor a perder la razón y el control
- Sensación de muerte inminente.

La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo. Los trastornos de ansiedad están asociados con un mayor riesgo de conductas suicidas. (20).

### **1.2.5 CLASIFICACIÓN**

#### **Trastorno de ansiedad por separación F93.0**

A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.
2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.

4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.
5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.
6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.
7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación.
8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.

C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada; o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.

### **Trastorno de ansiedad social (fobia social) F40.10**

- Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).

- El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.
- Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.
- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- Si existe otra afección médica (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

### **Trastorno de ansiedad generalizada F41.1**

A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
2. Fácilmente fatigado.
3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante (13).

### **1.2.6 ESCALAS PSICOMÉTRICAS**

La ventaja principal de utilizar test es la estandarización que ofrecen, junto con el uso de información normativa para interpretar resultados, algunos de los más utilizados son:

1. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)
2. Inventario de Ansiedad de Beck
3. Registro diario de Pensamientos disfuncionales

4. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)
5. Cuestionario de Ansiedad Cognitiva-Somática (CSAQ) (14).

### **1.3 RESIDENCIA MÉDICA, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

La especialización médica en México data de la época prehispánica y se acentuó durante el Virreinato con la apertura de hospitales de especialidades, y no es sino hasta el siglo XX cuando se impulsó más su creación y consolidación.

En 1906 se estableció en la Escuela de Medicina un programa de cursos para graduados de diversas especialidades. A partir de la creación de la primera residencia del Hospital General, en 1942, la realización de estos cursos se hizo regular y ordenada (21).

Se define como Residencia médica al conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el médico residente dentro de las unidades médicas receptoras de residentes, durante el tiempo estipulado en los programas académico y operativo correspondientes (22).

Médico residente: Profesional de la medicina que ingresa a una unidad médica receptora de residentes para realizar una residencia médica a tiempo completo.

Sistema Nacional de Residencias Médicas: Conjunto de dependencias e instituciones de salud responsables de la organización y funcionamiento de las residencias médicas para la formación de médicos especialistas, mediante la coordinación con instituciones de educación superior reconocidas y de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud (23).

La Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ha desarrollado el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) el cual evalúa el cumplimiento de los programas de los diferentes cursos que se imparten en dichas especializaciones. México reconoce 81 especialidades, de las cuales 24 son de “entrada directa”, donde mayormente invierte en la formación de los especialistas y el resto son sub-especialidades (24).

Patologías como la ansiedad y la depresión, causales de discapacidad y ausentismo laboral, pueden ser precipitadas por los programas de formación de especialistas, en los que las cuestiones laborales, sociales y académicas pueden alterar el estado emocional y afectar así, la calidad de vida de los residentes (25).

La etapa de residencia del médico especialista en formación suele exigir del médico muchas horas de dedicación, lo cual significaría mayor carga laboral y menos tiempo disponible para el ocio, la relajación, la búsqueda de ayuda e incluso para el sueño. Todo ello podría afectar a la salud mental de los médicos residentes. (26).

Shibli-Sadiq y colaboradores (2019) realizaron un estudio transversal en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Médica Bangabandhu Sheikh Mujib, Dhaka, Bangladesh. Se recopilaron datos de 200 residentes a través de una entrevista cara a cara que fue realizada por un psiquiatra, la distribución de la depresión, la ansiedad y el estrés reveló que el 11.5% de los residentes tenían trastornos depresivos, el 11% trastornos de ansiedad y el 10.5% trastornos de estrés. El puntaje DASS-21 reveló que el 6% de los residentes tenían depresión severa a extremadamente severa, 3.5% ansiedad severa a extremadamente severa, y 6.5% trastorno de estrés severo a extremadamente severo (27).

Mampuya, Matsuo y colaboradores (2017) realizaron un estudio de prevalencia de agotamiento y la morbilidad psicológica entre los oncólogos radiólogos en Japón, en el cual la prevalencia de morbilidad psicológica estimada fue del 32%. Un alto nivel de agotamiento emocional y un bajo nivel sentido de logro personal se correlacionaron significativamente con un alto nivel de morbilidad psicológica con  $P < 0.001$  y  $< 0.01$  respectivamente (28).

Laramée y colaboradores (2019), realizaron un estudio de prevalencia de ideación suicida entre los residentes de medicina familiar de la Universidad de Columbia Británica (UBC) en Vancouver, entre los 109 encuestados la tasa de ideación suicida durante la residencia de práctica familiar fue del 33.3%, la tasa de ideación suicida con un plan durante la residencia fue del 18.1%, y la tasa de intento de suicidio durante la residencia fue del 2,9% (29).

Ratnakaran, Prabhakaran y colaboradores (2016) realizaron un estudio transversal en Kerala, India sobre prevalencia del agotamiento laboral, personal y relacionado con el paciente, en 558 residentes del Government Medical College, Thiruvananthapuram, encontrando mayor prevalencia en agotamiento personal (64.05%) y agotamiento relacionado con el paciente (68.62%) y en menor porcentaje agotamiento laboral (40%). Los residentes de especialidades quirúrgicas tuvieron el mayor agotamiento personal (57.92%) y los residentes de especialidades médicas tuvieron el mayor agotamiento relacionado con el paciente (27.13%). (30).

Alva-Díaz y colaboradores (2021) realizaron un estudio transversal analítico que usó la base de datos de la Encuesta Nacional para Médicos Residentes, una encuesta voluntaria realizada virtualmente por el Consejo Nacional de Residencia Médica de Perú a médicos que realizaban su residencia en este país, evaluándose 953 residentes, de los que el 14,6% tenía síntomas depresivos. En el análisis ajustado, se encontró que la prevalencia de síntomas depresivos aumentaba por cada hora laborada adicional (RP = 1,11; IC 95%, 1,04-1,17). Uno de cada 7 residentes presentó síntomas depresivos. Por cada hora laborada diariamente extra, la frecuencia de síntomas depresivos aumentó un 11% (31).

Benjet, Gutierrez y colaboradores (2019) a través de Puertas (Proyecto Universitario para Estudiantes Saludables) se llevó a cabo en seis universidades mexicanas como parte de la Iniciativa Internacional para Estudiantes de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS (WHO-WMH-ICS), encuestando a 4 189 estudiantes de nuevo ingreso de seis universidades en cuatro estados, de los cuales, 32.5% han padecido psicopatologías en su vida, pero únicamente 19.5% han recibido tratamiento (32).

Palmer-Morales y colaboradores (2017) realizaron un estudio descriptivo y transversal, en el Hospital General de Zona no. 30 del IMSS, Mexicali, Baja California, utilizando la escala para la depresión de Zung, se estudiaron 70 médicos internos de pregrado, concluyendo que la frecuencia de rasgos de depresión 28.6% predominando en un 54.3% en el sexo femenino (33).

Según Mascuarú-Lara E, et al (2014); Vargas y Moheno (2015) la depresión y el desgaste son muy prevalentes entre los residentes de todo el mundo; el síndrome de burnout se manifiesta en 41 a 76% de los residentes, mientras que la depresión se manifiesta en 7 a 56% de ellos. La depresión es por mucho el desorden psiquiátrico más común en las mujeres médicos; la tasa de suicidio es alarmantemente alta (34, 35).

El agotamiento entre los médicos ha atraído una atención generalizada dentro del sector de la atención médica y es considerado por muchos como un problema de salud pública en desarrollo ya que parece aumentar el riesgo de afecciones psiquiátricas, que incluyen depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y tendencias suicidas (33).

Jiménez-López, y colaboradores, en 2015 realizaron un estudio de prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio, en médicos residentes durante un año académico, participaron 108 residentes de las especialidades de Cirugía, General (37.04 %), Anestesiología (27.78 %), Medicina Interna (27.78 %), Anatomía Patológica y Urología, reportándose en la medición basal una prevalencia de 3.7% para síntomas de depresión, 38 % para síntomas de ansiedad y 1.9 % para riesgo de suicidio; se encontró un aumento de la prevalencia a los seis meses de 22.2 % para depresión, 56.5 % para ansiedad y 7.4 % para riesgo de suicidio (37).

## 2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2017) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del total de las enfermedades, de estas, la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%, con respecto al trastorno de ansiedad se estima 260 millones de personas sufren esta enfermedad (1). En el continente Europeo, Alemania es el país con más casos de depresión con más de 4 millones de personas afectadas, seguida de Italia, con más de 3 millones y Francia, con cerca de tres millones. En el cuarto lugar, está España con más de dos millones (OPS 2018) (16). En México el 28.6% de la población de entre 18 y 65 años ha sufrido, al menos una vez un trastorno mental, de estos el más frecuente es ansiedad, con una prevalencia del 14.3%; le siguen los trastornos afectivos, como la depresión 9.1% y las fobias 7.1% (INEGI 2018) (6).

Partiendo de estas cifras con respecto a los reportes de prevalencia de estos trastornos de salud mental en el personal de salud, la bibliografía es abundante, presentando rangos amplios, principalmente en los médicos residentes en formación. Se reconoce a la residencia como una etapa de la formación del médico especialista con mayor carga laboral, esfuerzo físico, emocional y menos tiempo disponible para la relajación. Es por ello que debido a sus condiciones laborales y académicas durante su adiestramiento médico, los residentes pueden estar especialmente expuestos a niveles altos de estrés, lo que contribuye a sufrir problemas de salud mental como síndrome de desgaste, angustia y depresión.

Mayormente la depresión y el síndrome de desgaste son los más prevalentes entre los residentes de todo el mundo; el síndrome de burnout se manifiesta en un rango de 41 a 76%, mientras que la depresión se manifiesta en 7 a 56% de ellos. Los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad 16,6 con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año (Jiménez-López, J. et al 2015; Rodríguez-Weber 2016) (37.38)

La presencia de estos trastornos mentales no solo afecta a la calidad de vida de los residentes, sino que genera un impacto negativo en la calidad de la

atención que brindan a sus pacientes, así como un mayor riesgo de cometer errores médicos como la prescripción errónea de medicamentos.

Debido a la magnitud del problema de salud mental en la población médica, ha atraído una atención generalizada dentro del sector de la atención médica y es considerado por muchos como un problema de salud pública en desarrollo.

Por lo tanto es imprescindible que se tome conciencia de esta situación, debido a que la mayoría de los profesionales la pueden llegar a sufrir en silencio, con repercusiones familiares, sociales, emocionales, o laborales, llegando inclusive al suicidio, se dice que aproximadamente 300 y 400 médicos mueren por suicidio cada año (Yaghmour NA et al. 2017) (39).

Por lo anterior la importancia de una detección temprana, y el diagnóstico oportuno de ambas enfermedades en los residentes de las diversas especialidades médicas para la disminución de los índices de morbilidad, con el objeto de que los alumnos vulnerables reciban atención oportuna que les permita continuar con su adiestramiento y tengan una mejor calidad de vida. Es por ello que surge la necesidad de la realización de esta investigación en los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar, adscritos a la Unidad de Medicina No.9, con el fin de conocer la prevalencia de depresión y ansiedad, compararla con la reportada en otros estudios publicados, así como brindar atención médica y psicológica oportuna que les evite llegar al suicidio, al síndrome de burnout o a otros desenlaces indeseados, ya que se cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para ello en la unidad .

Es por ello que surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Medicina Familiar de la UMF. No 9 Acapulco Guerrero, México?

### **3.- JUSTIFICACIÓN:**

La bibliografía sobre depresión en profesionales de la medicina es abundante, Medicina es señalada como una de las carreras con mayor incidencia de estrés, ansiedad y depresión, identificándose como principales factores contribuyentes; la exigencia académica, responsabilidades en el área clínica, exposición a conflictos éticos relacionados con el sufrimiento humano, largas jornadas laborales, malos hábitos de sueño, presión de tiempo, altas cargas laborales y pacientes complicados.

En médicos residentes las prevalencias de depresión y ansiedad reportadas presentan rangos amplios, mostrando que estos trastornos mentales causan malestar o deterioro clínicamente significativos en la actividad social o laboral.

Hacer valoraciones sobre la frecuencia de la depresión y ansiedad en los médicos residentes se ha vuelto algo trascendental, debido a que la presencia de estos trastornos mentales puede influir en la calidad de los servicios prestados, en el rendimiento académico y salud mental del residente. Podemos afirmar que un médico insatisfecho o desgastado sólo podrá otorgar una atención médica limitada, distante y de mala calidad.

Por lo anterior es recomendable la detección de residentes con vulnerabilidad a la depresión con el objeto de que reciban atención oportuna en caso de que desarrollen trastorno depresivo,

El presente estudio no pretende evaluar las causas específicas que llevan a la depresión, sino que tiene como finalidad reconocer la frecuencia de la enfermedad, su relación con algunas variables sociodemográficas y plantear la detección periódica de residentes con vulnerabilidad a la depresión con el objeto de que reciban atención oportuna en caso de que desarrollen trastorno depresivo y así permitirles continuar con su adiestramiento. Dicho esto, la sencillez de este estudio, la alta especificidad y sensibilidad de las pruebas diagnósticas empleadas y el beneficio incuestionable de un diagnóstico temprano de ambos trastornos, justifican plenamente la realización de este estudio, como escrutinio ya que estas patologías son meritorias de tratamiento. La presente investigación podrá ser utilizada como preámbulo para futuras investigaciones.

#### **4.- OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar modalidad ENARM adscritos a la UMF. No.9 Acapulco, Gro, México.

#### **4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

Documentar la existencia de síntomas de ansiedad y depresión en los residentes de medicina familiar en función del grado académico, estado civil, lugar de residencia, lugar de origen.

Identificar en qué género es más prevalente la ansiedad y depresión.

#### **5.- HIPÓTESIS**

La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en los residentes de Medicina Familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 es de más del 30%.

#### **6.- METODOLOGIA**

TIPO DE ESTUDIO: estudio transversal, prospectivo, descriptivo, observacional no aleatorizado.

#### **6.1 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:**

La población estuvo constituida por Médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar de todos los grados, adscritos la Unidad de Medicina Familiar No. 9 Acapulco, Gro, México, modalidad ENARM, inscritos en el Programa Único de Especialidades Médicas Avalado por la UNAM periodo lectivo 2020-2021.

#### **6.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTRA:**

Se realizó una muestra por conveniencia, ya que se incluyó al total de médicos residentes de la UMF No.9 avalados por la UNAM, modalidad ENARM.

## **7.- CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

### **7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Estar inscrito al Programa Único de Especialidades Médicas en la especialidad de Medicina Familiar en la UMF 9 IMSS avalada por la UNAM modalidad ENARM.

Que aceptaron y firmaron consentimiento informado

### **7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Médicos residentes que se negaron a participar en el estudio previo consentimiento

Médicos residentes de la modalidad ECA

Médicos residentes de otra especialidad diferente a Medicina Familiar.

### **7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

Encuestas contestadas en forma incompleta o mal llenados.

Médicos residentes que renuncien a la especialidad.

## 8.- VARIABLES.

### 8.1 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable	Definición		Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
	Conceptual	Operacional			
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento. La distancia temporal de un organismo desde una fase a otra (40).	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos.	Independiente cuantitativa	Ordinal	Años cumplidos
<b>Sexo</b>	Referencia a las características biológicas (genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas) a partir de las cuales las personas son clasificadas al nacer, como hombres o mujeres, respectivamente (41)	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos.	Independiente cualitativa	Nominal	1.- Hombre 2.- Mujer
<b>Estado civil</b>	Conjunto de situaciones en las que se ubica el ser humano dentro de la sociedad, respecto de los derechos y obligaciones que le corresponden, derivadas de acontecimientos, atributos o situaciones, tales como el nacimiento, el nombre la filiación, la adopción, la emancipación, el matrimonio, el divorcio y el fallecimiento, que en suma contribuyen a conformar su identidad (42).	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos.	Independiente cualitativa	Nominal	1.- Soltero 2.- Casado 3.- Divorciado 4.- Separado 5.- Unión libre 6.- Viudo

Variable	Definición		Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
	Conceptual	Operacional			
<b>Año de curso</b>	Nivel de estudio que se ha adquirido en especialización. Período del año en que los estudiantes van a sus centros de enseñanza (43).	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos.	Independiente cuantitativa	Ordinal	1.- Primero 2.- Segundo 3.- Tercero
<b>Lugar de residencia</b>	Lugar en que una persona tiene su morada habitual (44).	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos.	Independiente cualitativa	Nominal	1.- Local 2.- Foráneo
<b>Antecedente personal de trastornos psiquiátricos</b>	Historia personal de trastornos psiquiátricos.	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos	Independiente cualitativa	Nominal	1.- Sí 2.- No
<b>Antecedente familiar de enfermedad psiquiátricos.</b>	Antecedentes de trastornos psiquiátricos en familiares de primer grado.	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos	Independiente cualitativa	Nominal	1.- Sí 2.- No
<b>Toxicomanías</b>	Consumo excesivo de drogas lícitas o ilícitas, que suprimen el dolor, dan lugar a sensaciones agradables y evaden de la vida real.	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación de la hoja de recolección de datos		Nominal	1.- Alcohol 2.- Tabaco 3.- Otros

Variable	Definición		Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma la variable
	Conceptual	Operacional			
<b>Ansiedad</b>	Es un estado emocional transitorio caracterizado por una percepción subjetiva de sentimientos de aprensión y temor y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo; en aquellas situaciones que fueran percibidas como amenazantes, con independencia del peligro real, que suscitaría estados de ansiedad (20).	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación del Test de Beck, en el cual se clasificará de acuerdo al puntaje obtenido la presencia o ausencia de depresión así como el grado de la misma.	Dependiente cualitativa	Escala de razón y proporción	BAI 0-7 sin ansiedad 8-15 "leve" 16-25 "moderada" +26 "severa"
<b>Depresión</b>	La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático por lo que es una afectación global de la vida psíquica (2).	De acuerdo al resultado obtenido con la aplicación del Test de Beck, en el cual se clasificará de acuerdo al puntaje obtenido la presencia o ausencia de depresión así como el grado de la misma.	Dependiente cualitativa	Escala de razón y proporción.	BDI 0-13 "mínima" 14-19 "leve" 20-28 "moderada" 29-63 "Grave"

## **9.- DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO**

Se efectuó un estudio transversal descriptivo en residentes de Medicina familiar adscritos a la UMF No.9 Acapulco, Guerrero, México periodo 2020-2021, determinando la prevalencia de depresión y ansiedad, aplicándose los inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck a un total de 62 Médicos Residentes de Medicina Familiar durante el mes de Diciembre 2020.

El inventario de Beck para la determinación de la ansiedad está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto”, 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a “moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta sin ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y de 26 a 63 como grave.

El inventario de Beck para la determinación de la depresión es un instrumento de auto aplicación que consta de 21 ítems, de acuerdo a la suma de puntuaciones se clasifica en 0-13 “mínima”, 14-19 “leve”, 20-28 “moderada” y 29-63 “grave”.

Las determinantes psicosociales se solicitaron en la misma encuesta, junto con el consentimiento informado, estas fueron; edad, sexo, estado civil, lugar de origen, lugar de residencia, año de especialidad en el momento de estudio, antecedente familiar o personal de trastornos psiquiátricos, consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias.

Con la información obtenida se elaboró una base de datos en el programa SSPS, donde se realizó análisis estadístico obteniendo medidas de tendencia central, frecuencias simples y puntajes.

## 10. RESULTADOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo en residentes de Medicina Familiar adscritos a la UMF No.9 Acapulco, Guerrero, del IMSS, durante el mes de Diciembre 2020, el universo de estudio contemplaba 64 residentes de los distintos grados, de los cuales la muestra final quedó integrada por un total de 62, debido a que 2 residentes no cumplieron los criterios de inclusión. Con base a las medidas de tendencia central para la edad encontramos una media de 31 años, con una moda de 30 años y una mediana de 31 años, rango de con mínimo de edad de 24 años y máximo de 49 años.

Se reportó que un 50% del total de los residentes presentan algún grado de depresión, de manera que un 25.81% (16) muestra depresión leve, 20.97% (13) depresión moderada y un 3.22% (2) depresión grave. En lo referente a ansiedad, encontramos que el 41.94% padece ansiedad, de los cuales el 20.97% (13) es ansiedad moderada, el 19.36% (12) manifiesta ansiedad leve y sólo el 1.61 % (1) ansiedad grave. (Tabla 1).

**Tabla 1.- Descripción sociodemográfica**

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Grupo de edad</b>		
<25	1	1.61
26 A 35	49	79.03
36 y más	12	19.36
Total	62	100.0
<b>Sexo</b>		
Hombre	26	41.94
Mujer	36	58.06
Total	62	100.0
<b>Estado civil</b>		
Soltero	30	48.39
Casado	19	30.65
Divorciado	4	6.45
Separado	2	3.22
Unión libre	7	11.29
Total	62	100.0

**FUENTE:** Encuesta estructurada

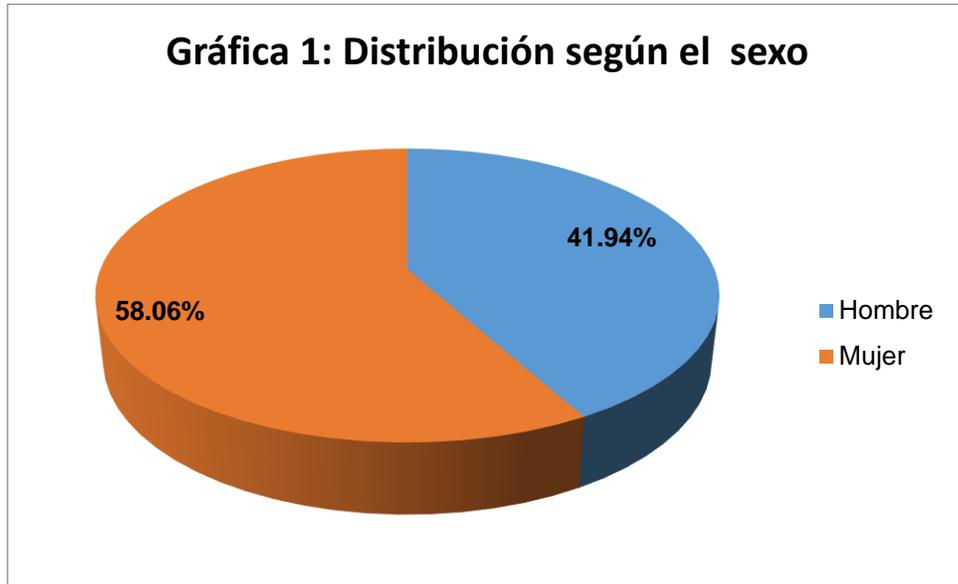
**Tabla 1 Descripción sociodemográfica (continuación)**

<b>Año de residencia</b>		
<b>Primero</b>	20	32.26
<b>Segundo</b>	21	33.87
<b>Tercero</b>	21	33.87
<b>Total</b>	62	100.0
<b>Lugar de residencia</b>		
<b>Local</b>	45	72.58
<b>Foráneo</b>	17	27.42
<b>Total</b>	62	100.0
<b>Antecedente personal de trastorno psiquiátrico</b>		
<b>Si</b>	2	3.22
<b>No</b>	60	96.78
<b>Total</b>	62	100.0
<b>Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico</b>		
<b>Si</b>	16	25.81
<b>No</b>	46	74.19
<b>Total</b>	62	100.0
<b>Toxicomanías</b>		
<b>Alcohol</b>	33	53.23
<b>Tabaco</b>	1	1.61
<b>Ambos</b>	8	12.90
<b>Ninguno</b>	20	32.26
<b>Total</b>	62	100.0
<b>Depresión</b>		
<b>Sin depresión</b>	31	50.00
<b>Leve</b>	16	25.81
<b>Moderada</b>	13	20.97
<b>Grave</b>	2	3.22
<b>Total</b>	62	100.0
<b>Ansiedad</b>		
<b>Sin ansiedad</b>	36	58.06
<b>Leve</b>	12	19.36
<b>Moderada</b>	13	20.97
<b>Grave</b>	1	1.61
<b>Total</b>	62	100.0

**FUENTE:** Encuesta estructurada

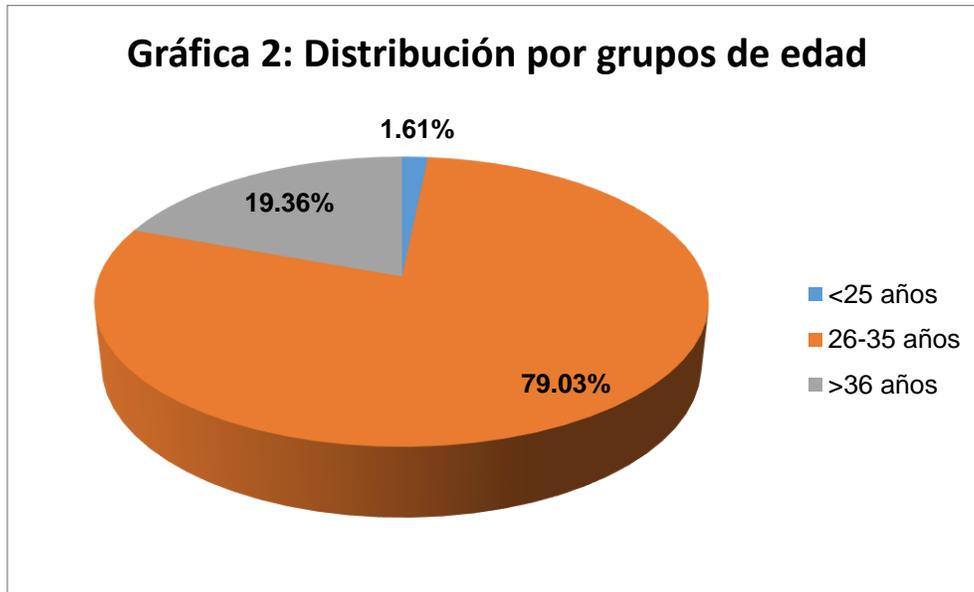
## Descripción de variables sociodemográficas

Se evaluaron un total de 62 médicos residentes, de los cuales el 58.06% (n=36) fueron mujeres y un 41.94% (n=26) hombres. (Gráfica 1)



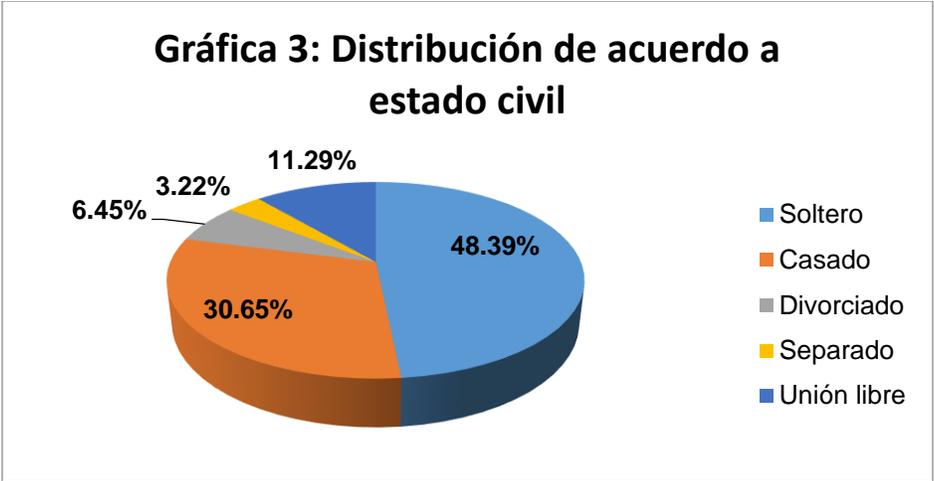
Fuente: Encuesta estructurada

Se encontró que el grupo de edad de mayor frecuencia en la investigación correspondió al de 26 a 35 años con un porcentaje de 79.03% (49), le sigue el grupo de 36 o más, con 19.36% (12) y en último lugar los menores de 25 años con 1.61% (1) (Gráfica 2)



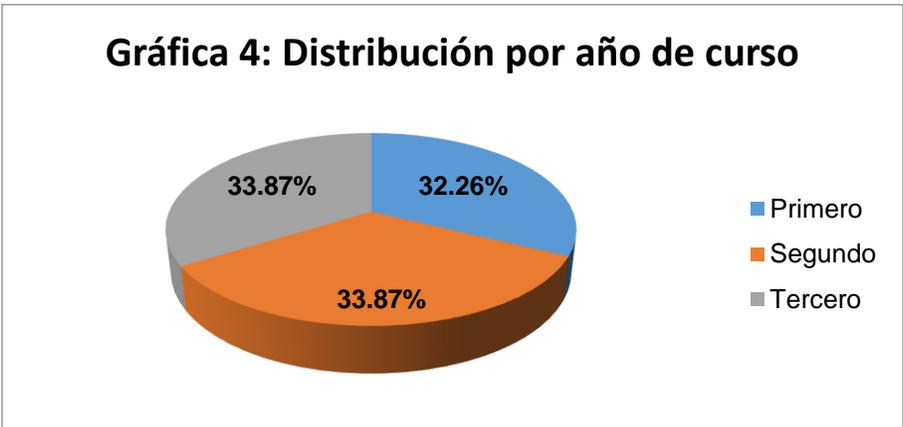
Fuente: Encuesta estructurada

Con respecto al estado civil de los 62 residentes estudiados predominaron los solteros con un porcentaje del 48.39% (30), de los cuáles 20 (32.26%) corresponden a mujeres y 10 (16.13%) a hombres. En menor frecuencia se encuentran los casados con un 30.65% (19), le siguen los que viven en unión libre con un 11.29 % (7), el 6.45 % (4) son divorciados y sólo el 3.22% (2) se encuentran separados. (Gráfica 3)



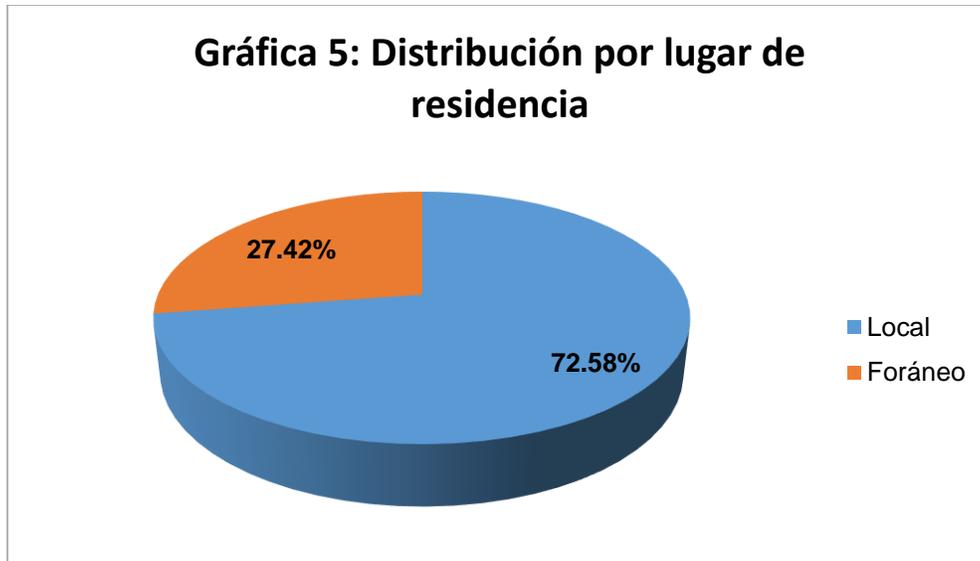
Fuente: Encuesta estructurada

En relación al grado de especialidad 21 (33.87%) cursaban el segundo año de residencia, de los cuales 11 (17.74%) son mujeres y 10 (16.13%), en igual número se halló a los residentes de tercer grado con 21 (33.81%), predominando las mujeres con un 20.97% (13), sobre un 12.90% (8) de hombres, y en menor frecuencia están los residentes de primer año con 20 (32.26%), de los cuales 14 (22.58 %) son mujeres y 6 (9.68 %) hombres. (Gráfica 4)



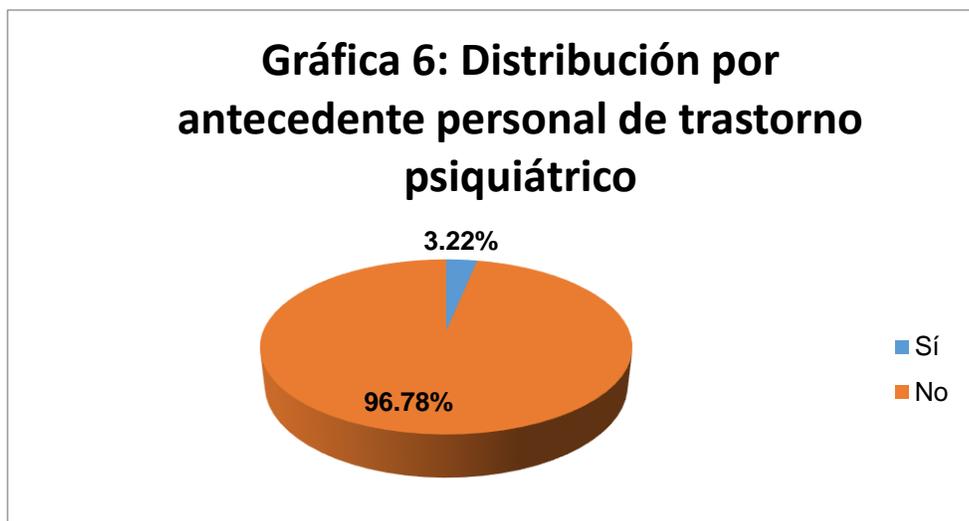
Fuente: Encuesta estructurada

En cuanto al lugar de residencia se detectó que la mayoría de los sujetos de estudio residen en la región de Acapulco 45 (72.58 %) y 17 (27.42%) son foráneos. (Gráfica 5)



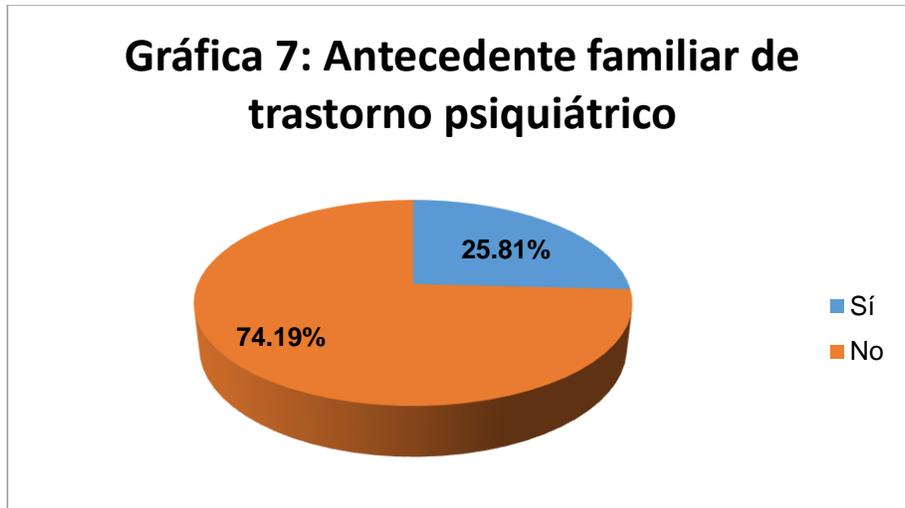
Fuente: Encuesta estructurada

Al analizar el antecedente personal de trastorno psiquiátrico, se observa que el 96.78 % (60) no cuenta con dicho antecedente, y sólo un 3.22% (2) lo refiere. (Gráfica 6)



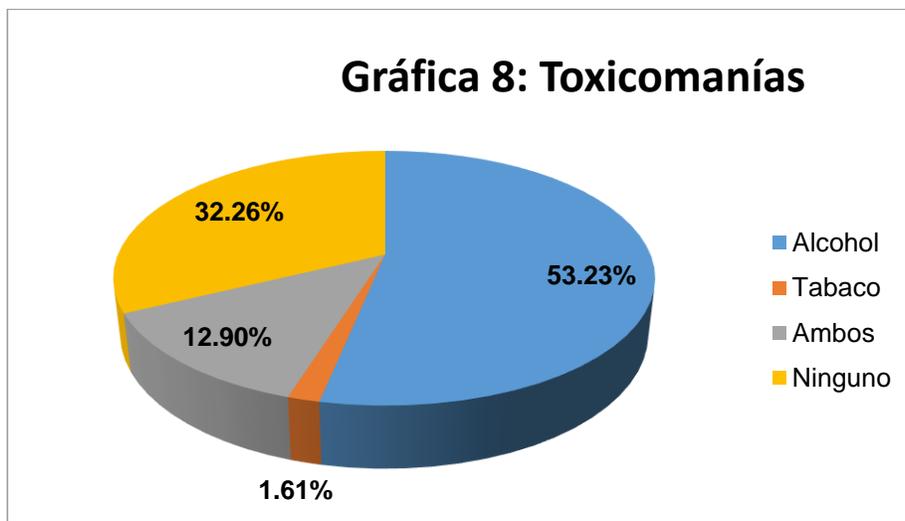
Fuente: Encuesta estructurada

Hablando de antecedentes familiares de algún trastorno psiquiátrico como depresión y ansiedad, el 74.19 % (46) de los residentes negaron la existencia del mismo, y sólo el 25.81% (16) respondieron afirmativamente. (Gráfica 7)



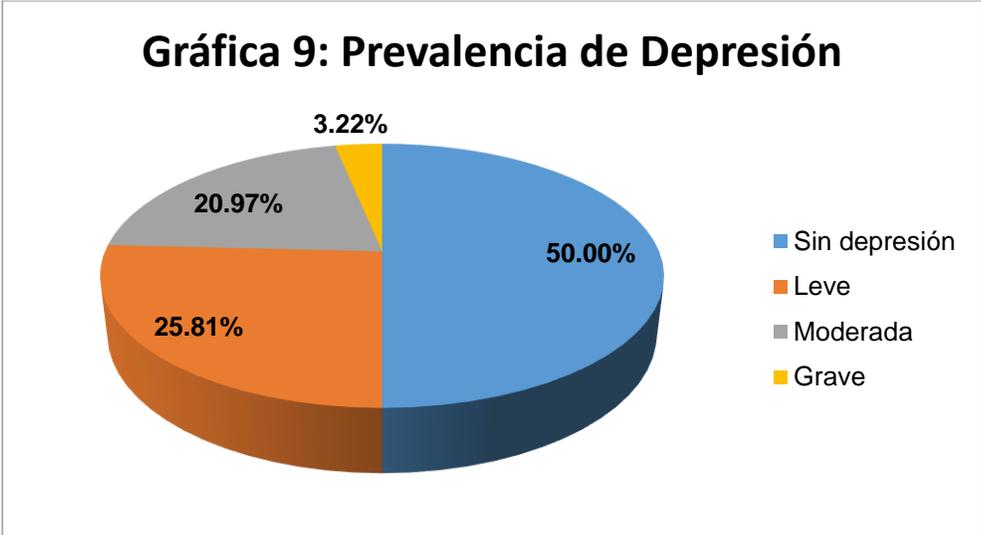
Fuente: Encuesta estructurada

Al evaluar la presencia de toxicomanías en la población de estudio, prevaleció la ingesta de alcohol con 53.23% (33), registrándose un mayor consumo por parte las mujeres con un 33.87% (21), en comparación de los hombres 19.36% (12), sólo el 1.61% (1) manifestó preferir el tabaco, mientras que el 12.90% (8) refirió consumir ambos y el 32.26%(20) negó cualquiera de ellos. (Gráfica 8)



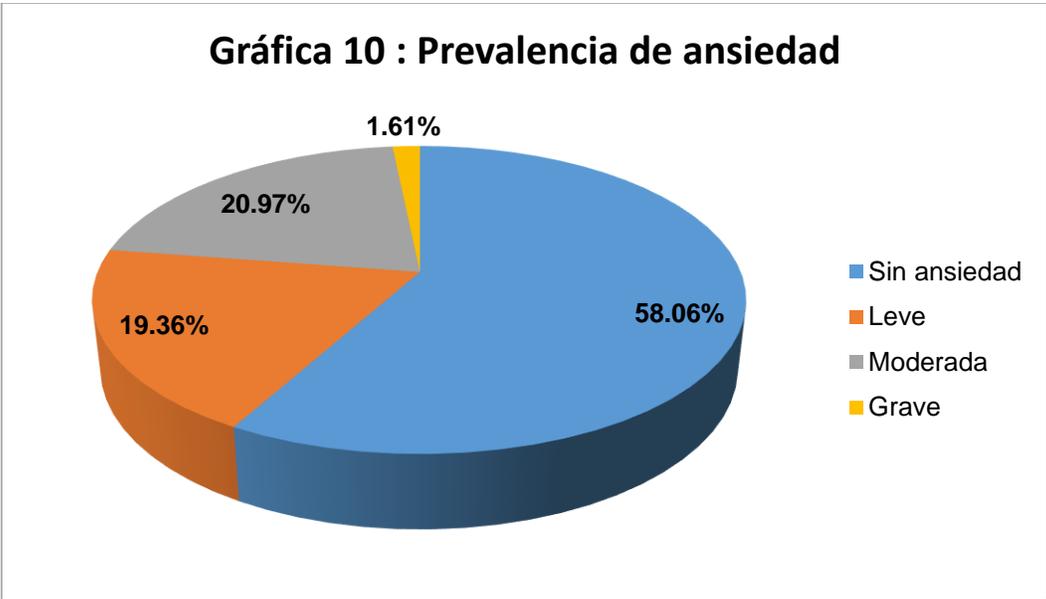
Fuente: Encuesta estructurada

De acuerdo a la distribución por prevalencia de depresión, se encontró que el 50% del total de los residentes presentan algún grado de depresión, de manera que un 25.81% (16) muestra depresión leve, 20.97% (13) depresión moderada y un 3.22% (2) depresión grave. (Gráfica 9)



Fuente: Encuesta estructurada

En lo referente a la prevalencia de ansiedad, se evidenció que el 41.94% padece ansiedad, de los cuales el 20.97% (13) es ansiedad moderada, el 19.36% (12) manifiesta ansiedad leve y sólo el 1.61% (1) ansiedad grave. (Gráfica 10)



Fuente: Encuesta estructurada

En relación a la presencia depresión y grupo de edad, se identificó que la depresión en predomina en los residentes de 26 a 35 años, con un 37.10%(23), seguidos de los mayores de 36 años con un 12.90% (8) casos, de los cuales 9.68% (6) manifiestan cuadros leves, 1.61% (1) moderado y 1.61% (1) grave. (Tabla 2).

**Tabla 2.- Depresión y grupo de edad \***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		N	%
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%		
<25	1	1.61	0	0.00	0	0.00	0	0	1	1.61
26 a 35	26	41.94	10	16.13	12	19.36	1	1.61	49	79.03
36 y +	4	6.45	6	9.68	1	1.61	1	1.61	12	19.36
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>50.00</b>	<b>16</b>	<b>25.81</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>2</b>	<b>3.23</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

Al analizar la existencia de ansiedad por grupo de edad, se demostró mayor prevalencia de la misma en un rango de 26 a 35 años con un 32.26 % (20), de los cuales el 16% (10) presentaron moderada, el 14% (9) leve y sólo el 1% (1) con grave, seguido del grupo de 36 y más con 12.9%. (Tabla 2)

**Tabla 3.- Ansiedad y grupo de edad\***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		N	%
Edad	n	%	n	%	n	%	n	%		
<25	1	1.61	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.61
26 a 35	29	46.77	9	14.52	10	16.13	1	1.61	49	79.03
36 y +	6	9.68	3	4.84	3	4.84	0.00	0.00	12	19.36
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>58.06</b>	<b>12</b>	<b>19.36</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>1</b>	<b>1.61</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

Al evaluar el trastorno de depresión con respecto al sexo, se observó que 17 (27.42%) mujeres refieren algún grado de depresión, a manera que 9 (14.52%) de ellas presentan depresión leve, y 8 (12.90%) depresión moderada; con diferencia mínima de 2, en relación a los hombres con 14 (24.19%), así pues de estos 7 (11.29%) tienen depresión leve, 5 (8.07%) depresión moderada y 2 (3.22%) depresión grave. (Tabla 4)

**Tabla 4.- Depresión y sexo\***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		N	%
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hombre	12	19.35	7	11.29	5	8.07	2	3.22	26	41.94
Mujer	19	30.65	9	14.52	8	12.90	0	0.00	36	58.06
Total	31	50.00	16	25.81	13	20.97	2	3.22	62	100

\* Fuente: Encuesta estructurada

Al analizar la prevalencia de ansiedad con respecto al sexo, se apreció que un total de 15 (24.19%) mujeres refieren algún grado de ansiedad, a manera que 8 (12.90%) de ellas presentan ansiedad leve, y 7 (11.29%) ansiedad moderada; a diferencia de los hombres, los cuales la mostraron en menor cantidad, con un total de 11 (17.74%), de estos 4 (6.45%) tienen ansiedad leve, 6 (9.68%) ansiedad moderada y solo 1 (1.61%) ansiedad grave. (Tabla 5)

**Tabla 5.- Ansiedad y sexo\***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		n	%
Sexo	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hombre	15	24.19	4	6.45	6	9.68	1	1.61	26	41.94
Mujer	21	33.87	8	12.90	7	11.29	0	0.00	36	58.06
Total	36	58.06	12	19.35	13	20.97	1	1.61	62	100

\*Fuente: Encuesta estructurada

Hablando de la presencia de depresión en relación al estado civil de los residentes, ocurrió una mayor prevalencia en residentes sin pareja 19 (30.65%), que en residentes con pareja 12 (19.35%) (Tabla 6)

**Tabla 6.- Depresión y estado civil\***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		n	%
Estado civil	n	%	n	%	n	%	n	%		
Soltero	14	22.58	6	9.68	8	12.90	2	3.22	30	48.39
Casado	11	17.75	6	9.68	2	3.22	0	0.00	19	30.65
Divorciado	2	3.22	1	1.61	1	1.61	0	0.00	4	6.45
Separado	1	1.61	0	0.00	1	1.61	0	0.00	2	3.22
Unión libre	3	4.84	3	4.84	1	1.61	0	0.00	7	11.29
Total	31	50.0	16	25.81	13	20.97	2	3.22	62	100

\*Fuente: Encuesta estructurada

Al correlacionar la presencia del trastorno de ansiedad con el estado civil, en nuestro estudio se manifiesta mayormente en residentes sin pareja 16 (25.81%), que los casados 6 (9.68%) o que viven en unión libre 4 (6.45%), sin embargo el único caso de ansiedad grave se engloba en este último grupo. (Tabla 7)

**Tabla 7.- Ansiedad y estado civil\***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		n	%
Estado civil	n	%	n	%	n	%	n	%		
Soltero	17	27.42	6	9.68	7	11.29	0	0.00	30	48.39
Casado	13	20.97	2	3.23	4	6.45	0	0.00	19	30.65
Divorciado	2	3.23	1	1.61	1	1.61	0	0.00	4	6.45
Separado	1	1.61	0	0.00	1	1.11	0	0.00	2	3.22
Unión libre	3	4.84	3	4.84	0	0.00	1	1.61	7	11.29
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>58.06</b>	<b>12</b>	<b>20.97</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>1</b>	<b>1.61</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

Al comparar la presencia de depresión y el año de residencia, se observó una mayor prevalencia en el último año de residencia 14 (22.58%), de los cuales 9 (14.52%) presentaron cuadro leve y 5 (8.07%) moderada, seguidos de los residentes de segundo año con un total de 10 (16.3%), 5 (8.06%) con cuadro moderado de ansiedad, 3 (4.84%) de presentación leve y 2 (3.22%) casos graves, por último los de primer año con un total de 7 casos (11.29%).

**Tabla 8.- Depresión y año de residencia\***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		n	%
Año de residencia	n	%	n	%	n	%	n	%		
Primero	13	20.97	4	6.45	3	4.84	0	0.00	20	32.26
Segundo	11	17.74	3	4.84	5	8.07	2	3.22	21	33.87
Tercero	7	11.29	9	14.52	5	8.07	0	0.00	21	33.87
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>50.00</b>	<b>16</b>	<b>25.81</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>2</b>	<b>3.22</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

Sobre la prevalencia de ansiedad y el año de residencia, hubo un mayor número de casos en el último año de residencia 12 (19.35%), de los cuales 7 (11.29%) son leve, 4 (6.45%) moderada, y 1 (1.65%) grave, seguidos de los residentes de segundo año con un total de 9 (14.5%) casos, , por último los de primer año con 5 (8.06%) casos, 2 (3.22%) de manifestación moderada y 3 (4.84%) leves.

**Tabla 9.- Ansiedad y año de residencia\***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave			
Año de residencia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Primero	15	24.19	3	4.84	2	3.22	0	0.00	20	32.26
Segundo	12	19.35	2	3.22	7	11.29	0	0.00	21	33.87
Tercero	9	14.52	7	11.29	4	6.45	1	1.61	21	33.87
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>58.06</b>	<b>12</b>	<b>19.35</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>1</b>	<b>1.61</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\*Fuente: Encuesta estructurada

Al evaluar la depresión respecto al lugar de residencia, encontramos que el mayor número de casos se presentó en los residentes locales con un total de 25 (40.32%), 1 (1.61%) grave, 12 (19.36%) moderados y 12(19.36%) leves respectivamente, con relación a los residentes foráneos, 4 (6.45%) manifestaron cuadro leve, 1 (1.61%) moderado y 1 (1.61%) grave.

**Tabla 10.- Depresión y lugar de residencia\***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave			
Lugar de residencia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Local	20	32.26	12	19.36	12	19.36	1	1.61	45	72.58
Foráneo	11	17.74	4	6.45	1	1.61	1	1.61	17	27.42
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>50.00</b>	<b>16</b>	<b>25.81</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>2</b>	<b>3.22</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\*Fuente: Encuesta estructurada

Al comparar la presencia de ansiedad respecto al lugar de residencia, se observó que un mayor número de casos en los residentes locales con un total de 23 (37.10%), 1 (1.61%) grave, 11 (17.74%) moderados y 11(17.74%) leves, con respecto a los residentes foráneos, sólo 1 (1.61%) manifestó cuadro leve, 2 (3.22%) moderado.

**Tabla 11.- Ansiedad y lugar de residencia \***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave			
Lugar de residencia	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Local	22	35.48	11	17.74	11	17.74	1	1.61	45	72.58
Foráneo	14	22.58	1	1.61	2	3.22	0	0.00	17	27.42
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>58.06</b>	<b>12</b>	<b>19.35</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>1</b>	<b>1.61</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\*Fuente: Encuesta estructurada

En relación a la prevalencia de depresión y el antecedente personal de algún trastorno psiquiátrico se demostró que ningún residente de los que manifestaron cierto grado de depresión tenía el antecedente de trastorno psiquiátrico, sólo 2 residentes mencionan dicho antecedente de los cuales nadie presentó depresión.

**Tabla 12.- Depresión y antecedente personal de trastorno psiquiátrico\***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		n	%
Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sí	2	3.22	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	3.22
No	29	46.78	16	25.81	13	20.97	2	3.22	60	96.78
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>50.00</b>	<b>16</b>	<b>25.81</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>2</b>	<b>3.22</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

Al evaluar la correlación entre la presencia de ansiedad y el antecedente personal de algún trastorno psiquiátrico se demostró que solo 1 residente de los que manifestaron cierto grado de ansiedad tenía el antecedente personal de trastorno psiquiátrico.

**Tabla 13.- Ansiedad y antecedente personal de trastorno psiquiátrico\***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		n	%
Antecedente personal de trastorno psiquiátrico	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sí	1	1.61	1	1.61	0	0.00	0	0.00	2	3.22
No	35	56.45	11	17.74	13	20.97	1	1.61	60	96.78
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>58.06</b>	<b>12</b>	<b>19.35</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>1</b>	<b>1.61</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

En relación a la prevalencia de depresión y el antecedente familiar de trastorno psiquiátrico, se observó que sólo 8 (12.90%) de los residentes con depresión expresan dicho antecedente, de los cuales 6 (9.68%) son cuadros leves y 2 (3.22%) moderados, el resto de los residentes con depresión negó tener algún antecedente familiar de trastorno psiquiátrico.

**Tabla 14.- Depresión y antecedente familiar de trastorno psiquiátrico\***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		n	%
Antecedente p familiar de trastorno psiquiátrico	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sí	8	12.90	6	9.68	2	3.22	0	0.00	16	25.81
No	23	37.10	10	16.13	11	17.74	2	3.22	46	74.19
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>50.00</b>	<b>16</b>	<b>25.81</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>2</b>	<b>3.22</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

En lo referente a la presencia de ansiedad y el antecedente familiar de trastorno psiquiátrico, se observó que sólo 7 (11.29 %) de los 26 residentes con ansiedad expresan dicho antecedente, de los cuales 6 (9.68%) son cuadros leves y (1.61%) moderados, el resto de los residentes con ansiedad negó tener algún antecedente familiar de trastorno psiquiátrico

**Tabla 15.- Ansiedad y antecedente familiar de trastorno psiquiátrico\***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave		N	%
Antecedente familiar de trastorno psiquiátrico	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sí	9	14.52	6	9.68	1	1.61	0	0.00	16	25.81
No	27	43.54	6	9.68	12	19.36	1	1.61	46	74.19
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>58.06</b>	<b>12</b>	<b>19.36</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>1</b>	<b>1.61</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\*Fuente: Encuesta estructurada

Al evaluar la relación de toxicomanías con respecto a los casos de depresión, prevaleció la ingesta de alcohol, ya que el 32.26% (20) de los residentes con cierto grado de depresión indicó que lo ingieren, de estos 12.9% (8) son cuadros leves, 17.74% (11) cuadros moderados y el 1.61% (1) grave. Sólo 2 residentes con depresión leve manifestaron consumir alcohol y tabaco

**Tabla 16.- Depresión y toxicomanías \***

Variable	Depresión								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave			
Toxicomanías	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcohol	13	20.97	8	12.90	11	17.74	1	1.61	33	53.23
Tabaco	1	1.61	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.61
Ambos	6	9.68	2	3.22	0	0.00	0	0.00	8	12.90
Ninguno	11	17.74	6	9.68	2	9.68	1	1.61	20	32.26
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>50.0</b>	<b>16</b>	<b>25.81</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>2</b>	<b>9.68</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\* Fuente: Encuesta estructurada

En relación a la presencia de toxicomanías y casos de ansiedad, prevaleció de igual manera la ingesta de alcohol, ya que el 27.42% (17) de los residentes con cierto grado de ansiedad indicó que lo ingieren, de estos 11.29% (7) son cuadros leves, 14.52% (9) cuadros moderados y el 1.61% (1) grave. Sólo 2 residentes con ansiedad manifestaron consumir alcohol y tabaco.

**Tabla 17.- Ansiedad y toxicomanías \***

Variable	Ansiedad								Total	
	Sin		Leve		Moderada		Grave			
Toxicomanías	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcohol	16	25.81	7	11.29	9	14.52	1	1.61	33	53.23
Tabaco	1	1.61	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	1.61
Ambos	6	9.68	1	1.61	1	1.61	0	0.00	8	12.90
Ninguno	13	20.97	4	6.45	3	4.84	0	0.00	20	32.26
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>58.06</b>	<b>12</b>	<b>19.35</b>	<b>13</b>	<b>20.97</b>	<b>1</b>	<b>1.61</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

\*Fuente: Encuesta estructurada

## 11.- DISCUSION

El objetivo de esta investigación fue identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de Medicina Familiar, el cual se cumplió, obteniéndose un porcentaje por arriba de lo esperado en la hipótesis, ya que se eligió una cifra menor a las reportadas en otras unidades médicas de alta especialidad del IMSS las cuales van de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad Jiménez-López, J. et al 2015; Rodríguez-Weber 2016) (37.38)

Posiblemente la existencia de estas diferencias en la prevalencia de ansiedad y depresión reportadas en médicos residentes se deba a que estas condiciones usualmente son medidas con escalas que no son diagnósticas, de forma transversal y sin que se confirme el diagnóstico de la patología por medio de entrevista y valoración psiquiátrica directa.

Mascarúa-Lara E. et al (2014)- en médicos residentes de Medicina Familiar en Puebla- reportaron con relación a prevalencia de ansiedad un total de 23 casos (41.1%), de los cuales 16 (28.5%) presentaron ansiedad leve, 6 (10.7%) grado moderado y solo 1(1.9%) caso de ansiedad severo, mostrando una prevalencia igual a la reportada en el presente estudio en el que se mostró una prevalencia del 41.94%, de los cuales el 20.97% (13) es ansiedad moderada, el 19.36% (12) manifiesta ansiedad leve y sólo el 1.61 % (1) ansiedad grave, encontrando diferencias en el grado de ansiedad mostrada, ya que en nuestro estudio se encontraron un mayor número de casos de ansiedad moderado, a diferencia de Mascarúa-Lara en el cual el grupo predominante fue el de ansiedad leve, posiblemente debido a las diferencias en el instrumento de medición utilizado para la severidad de la ansiedad ya que la escala de Hamilton consta de 14 items calificables del 0 al 4, con un puntaje máximo de 56, mientras que el inventario de ansiedad de Beck utilizado en nuestro estudio está conformado de 21 items calificables del 0 al 3, con un máximo de 63 puntos, con discrepancia en el rango de puntaje para considerar un cuadro moderado, leve y grave. (35).

Con respecto a la depresión Montiel y colaboradores (2015) en un estudio titulado Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica publicado en 2015, del total de la muestra 26 (83.3%) presentó depresión y donde en grado de depresión leve se presentó en el 16.1%, moderada en el 22.5%, grave en el 16.1% y muy grave en el 6.4% de los residentes (45), en nuestro estudios encontramos de acuerdo a la distribución por prevalencia de depresión, que el 50% del total de los residentes presentan algún grado de depresión, de manera que un 25.81% (16) muestra depresión leve, 20.97% (13) depresión moderada y un 3.22% (2) depresión grave, esta diferencia puede ser debido a la diferencia de especialidad médica, ya que Traumatología y Ortopedia es una especialidad quirúrgica por lo tanto se encuentra en relación directa y continua con el paciente en estado crítico, con inestabilidad hemodinámica y el tiempo prolongado en las salas de quirófano aumentaría los niveles de estrés.

Concepción R., López-Palmer, D.A., (2017) realizaron un estudio descriptivo en 70 médicos internos de pregrado en Mexicali Baja California encontrando una prevalencia de rasgos depresivos en el 28.6% (20) del total de los médicos, cifra menor a la encontrada en el presente estudio, ya que se utilizó la escala de autoevaluación de Zung la cual tiene una especificidad del 75%, la cual es menor la de la escala de depresión de Beck utilizada en nuestro estudio lo cual nos hablaría probablemente de un subdiagnóstico de la enfermedad.

Shibli-Sadiq y colaboradores (2019) realizaron un estudio transversal en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Médica Bangabandhu Sheikh Mujib, Dhaka, Bangladesh, en el cual se encontró una prevalencia de ansiedad en un 11% (22) de los residentes, un porcentaje mínimo en comparación al reportado en nuestro estudio esto debido al instrumento de medición utilizado, y a la diferencia de cultura ya que se llevó a cabo en Irán a través de una entrevista cara a cara que fue realizada por un psiquiatra, utilizando DASS-21. Además es posible que algunos residentes eviten ser identificados como portadores de trastorno mental por la estigmatización prevaleciente, incluso en el campo médico.

No se encontró ningún factor de riesgo con significancia estadística asociado a mayor prevalencia de depresión con respecto a la edad, estado civil, género, lugar de residencia, grado académico o antecedente de enfermedad psiquiátrica. De igual manera no se encontró factores de riesgo asociados con significancia estadística con respecto a la prevalencia de ansiedad.

## 12.-CONCLUSIÓN

Los médicos, en virtud de su trabajo, corren un mayor riesgo de tener problemas de salud mental que pueden causar o exacerbar la ansiedad y la depresión. Los problemas de salud mental de los médicos son en su mayoría ignorados no solo por el público, sino incluso por los propios médicos.

En el presente estudio se observó mayor prevalencia de depresión sobre ansiedad en los médicos residentes, con diferencia mínima, ya que reportó que un 50% del total de los residentes presentan algún grado de depresión, de manera que un 25.81% (16) muestra depresión leve, 20.97% (13) depresión moderada y un 3.22% (2) depresión grave. En lo referente a ansiedad, encontramos que el 41.94% padece ansiedad, de los cuales el 20.97% (13) es ansiedad moderada, el 19.36% (12) manifiesta ansiedad leve y sólo el 1.61 % (1) ansiedad grave.

En este estudio se encontró mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino, se observó que 17 (27.42%) mujeres refieren algún grado de depresión, 9 (14.52%) de ellas presentan depresión leve, y 8 (12.90%) depresión moderada; con diferencia mínima de 2, en relación a los hombres con 14 (24.19%), así pues de estos 7 (11.29%) tienen depresión leve, 5 (8.07%) depresión moderada y 2 (3.22%) depresión grave.

De igual manera la prevalencia de ansiedad fue mayor en las mujeres, se apreció que un total de 15 (24.19%) mujeres refieren algún grado de ansiedad, 8 (12.90%) de ellas presentan ansiedad leve, y 7 (11.29%) ansiedad moderada; a diferencia de los hombres, los cuales la mostraron en menor cantidad, con un total de 11 (17.74%), de estos 4 (6.45%) tienen ansiedad leve, 6 (9.68%) ansiedad moderada y solo 1 (1.61%) ansiedad grave.

### **13. RECOMENDACIONES**

Tras el estudio realizado debido al gran porcentaje de residentes médicos que presentaron algún grado de ansiedad y depresión, se sugiere realizar acciones que fomenten la vigilancia de la salud mental en los residentes con el fin de obtener una mejor calidad de vida durante este proceso de enseñanza. Por lo cual realizo las siguientes recomendaciones:

- Vigilancia de la salud mental desde el ingreso a la residencia médica para detección oportuna de trastornos mentales.
- Realizar evaluaciones periódicas de los médicos residentes cada 6 meses como aplicación de escalas validadas para identificar síntomas de ansiedad o depresión en todos los grados académicos.
- Brindar atención psicológica de forma oportuna, constante y de forma confidencial a los residentes en los cuales se identifique la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como adecuada derivación con Psiquiatría dependiendo el grado de la misma.
- Fomentar la comunicación entre los médicos residentes, el departamento de enseñanza y profesores adjuntos, para fomentar la identificación y resolución de problemas personales que tengan un impacto negativo en su desempeño académico.
- Implementar platicas motivacionales sobre salud mental, manejo de emociones, técnicas de relajación, impartidas por expertos en el tema.

## 14.- CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	FECHAS																		
	2019								2020						2021				
	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar-Abr	May-Jul	Ago-Nov	Dic	Ene-Feb	Mar-May	Jun-Agos	Sep-Nov	Dic
Elaboración del plan de trabajo	■	■	■	■															
Recopilación de bibliografía				■	■														
Elaboración del Marco Teórico					■	■													
Estructuración del Protocolo						■	■	■											
Entrega del Protocolo								■											
Registro en SIRELCIS y envío al CLIS								■	■										
Autorización por el CLIS										■									
Aplicación de cuestionarios											■	■	■						
Análisis de resultados														■					
Difusión de resultados															■				
Revisión y corrección																■	■		
Impresión de tesis																			■

■	Actividades realizadas
■	Actividades pendientes

## 15.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. (1 Mayo 2020) "*Depresión: hablemos*", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Guía de práctica clínica. (1 de diciembre de 2015) .*Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto*. México: Secretaría de Salud.
3. Aguirre-Hernández R, López-Flores J, Flores-Flores R. (Julio - Septiembre 2011). Prevalencia de la ansiedad y depresión de médicos residentes de especialidades médicas. *Revista Fuente*, 3(8):29-32.
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social España (2019). Encuesta Nacional de Salud ENSE 2017, Serie informes monográficos N°1 Salud Mental. <https://cpage.mpr.gob.es>
5. Pérez-Padilla, E.A., Cervantes-Ramírez, V.M, Hijuelos-García, N.A., Pineda-Cortés, J.C., Salgado-Burgos, H. (2017) Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista Biomédica*; 28 (2):89-115.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Mujeres y hombres en México*. <https://www.inegi.org.mx/temas/salud/>
7. Sepúlveda-Vildósola A., Romero-Guerra AL., Jaramillo-Villanueva L., (2012) Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. *Boletín Médico Hospital Infantil México*, 69 (5):347-354.
8. Schnaas F., (2017) Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(1):22-25.
9. García-Sancho M. (2009), Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos, Subdirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencias y Emergencias Servicio Murciano de Salud. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/gpc-trastornos-depresivos/>
10. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018-2019) Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2018ResultadosNacionales>

11. García-Herrera B, Noguera Morillas EV, Muñoz Cobos F. (2011) *Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria*. Distrito Sanitario Málaga-UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”. Málaga. 12-15.
12. Londoño Pérez C, González Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2):315-329.
13. Asociación Americana de Psiquiatría, (2013) *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 103-127.
14. Moral de la Rubia, J. (2013) Validación de un formato simplificado del Inventario de Depresión de Beck (BDI-2). *Psicología Iberoamericana*, 21(1):42-52.
15. Ascencio-Huertas L. (2007) Trastornos de ansiedad y enfermedades médicas concomitantes. Experiencia clínica. *Revista Hospital Juárez México*, 74(2):81-92.
16. Organización Panamericana de la Salud. (OPS 2018) La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. Washington, D.C. <http://iris.paho.org/>
17. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. (2016) Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2):171-178.
18. Berenzon-Gorn S, Saavedra-Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio-Basaurí V, Galván-Reyes J. (2013) Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana Salud Publica.*, 33(4):252–8.
19. Espinosa-Muñoz M, Orozco-Ramírez, Ybarra-Sagarduy J. (2015) Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud Mental*, 38(3):201-208.
20. Guía de Práctica Clínica. Secretaría de Salud (2010) *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto*, México; Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
21. Sarudiansky, M. (2013) Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 21(2):19-28.

22. Plata-Guarneros M, Flores-Cabrera L, Curiel-Hernández O, Juárez-Ocaña JR, Rosas-Barrientos JV. (2011) Depresión y ansiedad en la residencia médica. *Revista de Especialidades Médicas-Quirúrgicas*, 16(3):157-162.
23. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas.
24. Vázquez-Ramírez LA, González-Pedraza Avilés A. (2014) Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Atención Familiar* 21(4):109-112.
25. Organización Panamericana de la Salud, (OPS, 2011) Área de Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud “Residencias médicas en América Latina” Washington, D.C.
26. Weiss P, Kryger M, Knauert M. (2016) Impact of extended duty hours on medical trainees. *Sleep Health*, 2 (4):309-315.
27. Shibli-Sadiq M., Mahjabin-Morshed N., Rahman W., Farzana-Chowdhury N., Mohammad Y. (2019) Depression, Anxiety, Stress among Postgraduate Medical Residents: A Cross Sectional Observation in Bangladesh. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(3):192-197
28. Mampuya W.A., Matsuo Y., Nakamura A., Hiraoka M. (2017) Evaluation of the prevalence of burnout and psychological morbidity among radiation oncologist members of the Kyoto Radiation Oncology Study Group (KROSG). *Journal of Radiation Research*, 58(2):217–224
29. Laramée J., KuhHI D. (2019) Suicidal ideation among family practice residents at the University of British Columbia. *Canadian Family Physician*, 65(10):730-735.
30. Ratnakaran B., Prabhakaran A., Karunakaran A. (2016) Prevalence of burnout and its correlates among residents in a tertiary medical center in Kerala, India: A cross-sectional study. *J Postgrad Med*, 62(3):157–161.
31. Alva-Díaz C., Nieto-Gutiérrez W., Taype-Rondán A., Timaná-Ruiz, R., Herrera-Añazco, P., Jumba-Armas, D., Escobedo-Palza, S. (2021) Asociación entre horas laboradas diariamente y presencia de síntomas depresivos en médicos residentes de Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1):22-28.

32. Benjet, C., Gutierrez-García R.A., Abrego-Ramírez, A., Borges, G., Covarrubias-Díaz A., Duran M., González R., Medina-Mora M. Martínez K., Mejía-Zarazúa H. (2019) Psicopatología y autolesiones en alumnos de nuevo ingreso en seis universidades mexicanas. *Salud Pública de México*. 61(1):16-26.
33. Concepción R., López-Palmer, D.A., (2017) Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica*, 6(22):75-79.
34. Williford L. M, Scarlet S, Meyers O. M, (2018) Multiple-Institution Comparison of Resident and Faculty Perceptions of Burnout and Depression During Surgical Training. *JAMA Surgery*, 153(8): 705–711.
35. Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriano JA. (2014) Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 21 (2):55-57.
36. Vargas-Terrez B., Moheno-Klee V., Cortés-Sotres J.f., Heinze-Martin G. (2015) Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. *Investigación en Educación Médica*, 4(16):229-235.
37. Jiménez-López, J.L., Arenas-Osuna, J., Angeles-Garay, U. (2015) Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(1):20-28.
38. Secín-Diep, R., Rodríguez-Weber, F.L. (2016) Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado. *Medicina Interna de México*, 32(1):33-40.
39. Yagmour NA, Brigham TP, Richter T, Miller, R., Philibert, I., Baldwin D., Nasca, R. (2017) Causes of death of residents in ACGME: implications for the learning environment. *Acad Med*. 92(7):976- 983.
40. Vargas, E, Espinoza, R. (2013) Tiempo y edad biológica. Pontificia Universidad de Valparaíso *Arbor*, 189 (760). <https://doi.org/10.3989/arbor.2013.760n2008>
41. Lamas, M. (2000) Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco* 7(18). <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=35101807>
42. Tapia-Ramírez J, (2002) Introducción al derecho civil, México (1a. ed) McGraw-Hill, Interamericana. p. 117. 21

43. Edel-Navarro, R. (2016) El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1(2) <https://revistas.uam.es/reice/article/view/5354>.
44. Calvo-Blanco, J. (2020) Enciclopedia Jurídica Online. Residencia. <https://mexico.leyderecho.org/residencia/>
45. Montiel J.A., Torres C.M., Herrera V.M., (2015). Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educación Médica*, 16(2):116-125.

## 16. ANEXOS

### 16.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



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 ansiedad y depresión en médicos residentes de Medicina Familiar de la U.M.F. No 9 Acapulco Guerrero México
Patrocinador externo( si aplica)	
Lugar y fecha.	U.M.F No. 9 Acapulco Guerrero Diciembre 2020
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar el grado de ansiedad y depresión en médicos residentes con el fin de brindar ayuda psicológica especializada.
Procedimientos	Aplicación del inventario de ansiedad de Beck y aplicación del test de depresión de Beck
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Evaluación del nivel de ansiedad y depresión
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Recopilación de datos de forma anónima, los resultados son confidenciales.
Participación o retiro:	En el momento que así lo desee Se mantendrán los resultados en forma confidencial y solo será usados para fines del estudio
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador responsable :	Dr Rogelio Ramírez Ríos Médico Especialista de Medicina Familiar Mat 99120104 Correo:rogelio@ramirez.imss.gob.mx
Colaboradores :	Dra. Hernández Cruz Yucely Yovana Matricula: 99128697 Correo electrónico: celyanava2014@gmail.com TEL 4 82 30 31 EXT. 51407
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico:comision.etica@imss.gob.mx	

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

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

**Clave: 2810-009-013**

## 6.2 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**



**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos  
residentes de Medicina Familiar de la UM.F. No 9 Acapulco Guerrero México.**

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada inciso y seleccione con una X la que coincida con usted. Responda sólo una de las opciones dadas.

a) Edad :

b) Sexo

1	Femenino	2	Masculino
---	----------	---	-----------

<b>c) Estado civil</b>	1	Soltero
	2	Casado
	3	Divorciado
	4	Separado
	5	Unión libre
	6	Viudo

<b>d) Año de curso</b>	1	Primero
	2	Segundo
	3	Tercero

<b>e) Lugar de residencia</b>	1	Local
	2	Foráneo

<b>f) Antecedente personal de trastornos psiquiátricos.</b>	1	Sí
	2	No

<b>g) Antecedente de familiar de trastornos psiquiátricos.</b>	1	Sí
	2	No

<b>h) Toxicomanías</b>	1	Alcohol
	2	Tabaco
	3	Otros

## 16.3. TEST DE DEPRESION DE BECK



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN: Prevalencia de ansiedad y depresión  
en médicos residentes de Medicina Familiar de la UM.F. No 9 Acapulco  
Guerrero México.



### TEST DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos, luego elija con una X uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de una opción por grupo.

#### a) Tristeza

- 0.- No me siento triste.
- 1.- Me siento triste.
- 2.- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- 3.- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

#### b) Pesimismo

- 0.- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- 1.- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- 2.- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- 3.- Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas no pueden mejorar.

#### c) Sensación de fracaso

- 0.- No me siento fracasado.
- 1.- Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2.- Cuando miro hacia el pasado, lo único que veo es un fracaso tras otro
- 3.- Siento que como persona soy un fracaso completo.

#### d) Insatisfacción:

- 0.- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- 1.- No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2.- obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3.- Todo me aburre o me desagrada.

#### e) Sentimiento de Culpa

- 0.- No siento ninguna culpa particular.
- 1.- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- 2.- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3.- Me siento culpable todo el tiempo.

#### f) Sentimientos de castigo:

- 0.- No siento que esté siendo castigado.
- 1.- Siento que puedo estar siendo castigado.
- 2.- Espero ser castigado.
- 3.- Siento que estoy siendo castigado.

**g) Disconformidad con uno mismo**

- 0.- No me siento decepcionado en mí mismo.
- 1.- Estoy decepcionado conmigo.
- 2.- Estoy harto de mí mismo.
- 3.- Me odio a mí mismo.

**h) Autocritica**

- 0.- No me siento peor que otros.
- 1.- Me critico por mis debilidades o errores.
- 2.- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- 3.- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

**i) Pensamientos o ideas suicidas**

- 0.- No tengo ninguna idea de matarme.
- 1.- Tengo ideas de matarme, pero no lo haría.
- 2.- Me gustaría matarme.
- 3.- Me mataría si tuviera la oportunidad.

**j) Llanto**

- 0.- No lloro más de lo habitual.
- 1.- Lloro más que antes.
- 2.- Ahora lloro todo el tiempo.
- 3.- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

**k) Irritabilidad**

- 0.- No me irrito más ahora que antes.
- 1.- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- 2.- Me siento irritado todo el tiempo.
- 3.- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

**l) Pérdida de interés**

- 0.- No he perdido interés en otras personas.
- 1.- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- 2.- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- 3.- He perdido todo interés en los demás.

**m) Indecisión**

- 0.- Tomo mis propias decisiones como siempre.
- 1.- Evito tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- 2.- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- 3.- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

**n) Desvalorización**

- 0.- No creo que me vea peor que antes.
- 1.- Me preocupa que esté pareciendo envejecido (a) o poco atractivo (a).
- 2.- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)
- 3.- Creo que me veo horrible.

**ñ) Enlentecimiento**

- 0.- Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1.- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2.- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- 3.- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

**o) Insomnio**

- 0.- Puedo dormir tan bien como antes.
- 1.- No duermo tan bien como antes.
- 2.- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- 3.- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

**p) Fatigabilidad**

- 0.- No me canso más de lo habitual.
- 1.- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- 2.- Me canso al hacer cualquier cosa.
- 3.- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

**q) Pérdida de apetito**

- 0.- Mi apetito no ha variado.
- 1.- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2.- Mi apetito es mucho peor que antes.
- 3.- Ya no tengo nada de apetito.

**r) Pérdida de peso**

- 0.- Últimamente no he perdido peso.
- 1.- He perdido más de 2 kilos.
- 2.- He perdido más de 4 kilos.
- 3.- He perdido más de 6 kilos.

**s) Preocupaciones somáticas**

- 0.- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- 1.- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o catarrros.
- 2.- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- 3.- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

**t) Interés sexual**

- 0.- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- 1.- Estoy menos interesado por el sexo de lo solía estar.
- 2.- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3.- He perdido por completo mi interés por el sexo.

TOTAL: \_\_\_\_\_

## 16.4 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN  
INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)**



El presente cuestionario consta de 21 ítems con síntomas comunes de ansiedad. Lea atentamente y seleccione con una X que tan frecuentemente le han afectado en la última semana incluyendo el día de hoy.

	<b>0.- En absoluto</b>	<b>1.- Levemente</b>	<b>2.- Moderadamente</b>	<b>3- Severamente</b>
a) Torpe o entumecido.				
b) Acalorado.				
c) Con temblor en las piernas.				
d) Incapaz de relajarse				
e) Con temor a que ocurra lo peor.				
f) Mareado, o que se le va la cabeza.				
g) Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
h) Inestable.				
i) Atemorizado o asustado.				
j) Nervioso.				
k) Con sensación de bloqueo.				
l) Con temblores en las manos.				
m) Inquieto, inseguro.				
n) Con miedo a perder el control.				
ñ) Con sensación de ahogo.				
o) Con temor a morir.				
p) Con miedo.				
q) Con problemas digestivos.				
r) Con desvanecimientos.				
s) Con rubor facial.				
t) Con sudores, fríos o calientes.				

**TOTAL:** \_\_\_\_\_