



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL GUERRERO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 9**

**«ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE
MEDICINA FAMILIAR QUE FORMARON PARTE DE LOS
EQUIPOS DE RESPUESTA “COVID” DURANTE LA
PANDEMIA POR SARS-COV-2, ADSCRITOS A LA U.M.F. 9»**

NÚMERO DE REGISTRO:

R-2021-1101-033

T E S I S

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

PRESENTA:

DRA. CELESTE AGUILAR VARGAS

ASESORA DE TESIS:

DRA. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA

CIUDAD DE MÉXICO, MÉXICO

ENERO DE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
QUE FORMARON PARTE DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA "COVID"
DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2, ADSCRITOS A LA U.M.F. 9**

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

PRESENTA:

AGUILAR VARGAS CELESTE

AUTORIZACIONES:



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



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



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1101**,
U MED FAMILIAR NUM 9

Registro COFEPRIS **17 CI 12 001 131**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 12 CEI 001 2018022**

FECHA **Lunes, 27 de septiembre de 2021**

M.E. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ANSIEDAD Y DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR QUE FORMARON, PARTE DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA COVID DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV2, ADSCRITOS A LA U.M.F. N 9 DEL IMSS ACAPULCO; GRO** 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-2021-1101-033

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



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

ANSIEDAD Y DEPRESION EN MEDICOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR QUE FORMARON PARTE DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA
"COVID" DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2, ADSCRITOS A LA
UMF 9

No. Registro R-2021-1101-033



Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional



Dr. Rogelio Ramirez Rios

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación



Dra. Criseida Torres Vargas

Coordinadora Auxiliar Médico de
Investigación en Salud



Dra. Teresa Ocampo Renteria

Profesora Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

- ✦ A Dios, por guiarme, brindarme salud, por ser el pilar en la vida del ser humano y permitirme llegar junto a mi familia a las metas y sueños que me he propuesto.

- ✦ A mis padres, por ser siempre mi apoyo ante las adversidades, por siempre estar para mí cuando los necesito y saber guiarme en este camino llamado vida los amo infinitamente.

- ✦ A mis hermanos, Lari y Pepe, por siempre apoyarme en cada paso de mi vida y tolerar mi carácter.

- ✦ A mis abuelitas, por darme a los mejores padres que Dios me puso asignar y por su apoyo incondicional

- ✦ A mi amado esposo, Jorge, porque gracias a ti estoy a punto de llegar a una de las metas más importantes en mi formación profesional.

- ✦ A mis profesores y, en especial, a la Dra. Irasema Urbina, por ser parte en el proceso de aprendizaje.

DEDICATORIAS

A Dios, por permitirme llegar a esta etapa de mi formación al lado de mi familia porque a pesar de las adversidades de la vida seguimos juntos, por bendecirme siempre.

A mis padres, por siempre entregarme su amor a cada paso de mi camino y siempre apoyarme, gracias infinitas por ser los mejores padres.

A Jorge, por estar para mí en esta etapa siempre apoyarme, y por vivir cada momento a mi lado, por lo difícil de mis ausencias, gracias.

A Aaron, por enseñarme que existe un amor tan grande y darme la esperanza de seguir buscando un primo para ti y que hoy está por llegar a nuestras vidas, un hijo amado y anhelado por mí y tu papa.

ÍNDICE

1. RESUMEN	8
1.1. ABSTRACT	9
2. INTRODUCCIÓN	10
3. MARCO TEÓRICO	12
4. JUSTIFICACIÓN	27
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
6. OBJETIVOS	29
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	30
7.1. TIPO DE ESTUDIO	30
7.2. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	30
7.3. POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	30
7.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO	31
7.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN	31
7.6. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	32
7.7. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	34
7.8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	35
7.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	36
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	36
9. RESULTADOS.....	38
10. DISCUSIÓN.....	45
11. CONCLUSIÓN.....	49
12. RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS.....	50
13. BIBLIOGRAFÍA.....	51
14. ANEXOS	57

1. RESUMEN

Título: ansiedad y depresión en médicos residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta «COVID» durante la pandemia por SARS-CoV-2, adscritos a la U. M. F. N 9 del IMSS Acapulco, Gro.

Antecedentes: la pandemia del SARS-CoV-2, representa un grave problema para la salud mental de los médicos residentes.

Objetivo: establecer la frecuencia y gravedad de la ansiedad y la depresión en médicos residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta «COVID» durante la pandemia por SARS-CoV-2, adscritos a la UMF 9.

Material y métodos: estudio observacional, transversal y prospectivo. Participaron médicos residentes, se les aplicaron los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, entre noviembre 2021 y febrero 2022. Se recabó edad, sexo, año de residencia, estado civil y duración en los equipos «COVID». Se contrastaron las características recabadas en función del nivel de ansiedad o depresión.

Resultados: participaron 54 médicos residentes, 20 hombres y 34 mujeres. El 66.7 % tuvieron más de 30 años, el 59.3 % no tenían pareja y el 64.8 % llevaban 6 meses o más en equipos «COVID». El 27.8 % tuvo ansiedad moderada / grave, y el 7.4 % presentó depresión moderada / grave. El sexo, la edad, el estado civil y el tiempo en atención a pacientes COVID-19 no fueron estadísticamente significativos entre los niveles de ansiedad o depresión. Los médicos residentes con ansiedad grave también presentaron depresión moderada o grave, y viceversa ($p < 0.001$).

Conclusión: el 27.8 % tuvo ansiedad y el 7.4 % depresión; se observó una asociación entre la presencia y gravedad de depresión con la presencia y gravedad de la ansiedad.

Palabras clave: COVID-19, depresión, ansiedad, residencia médica, salud mental.

1.1. ABSTRACT

Title: Anxiety and depression in family medicine residents who were part of the "COVID" response teams during the SARS-CoV-2 pandemic, assigned to the U. M. F. N 9 of the IMSS Acapulco, Gro.

Background: SARS-CoV-2 pandemic represents a serious problem for the mental health of medical residents.

Objective: To establish the frequency and severity of anxiety and depression in family medicine residents who were part of the "COVID" response teams attached to UMF 9, during the SARS-CoV-2 pandemic.

Material and methods: Observational, cross-sectional, and prospective study. Medical residents participated, the Beck Anxiety and Depression Inventories were applied to them, between November 2021 and February 2022. Age, sex, year of residence, marital status and duration in the «COVID» teams were collected. The collected characteristics were contrasted according to the level of anxiety or depression.

Results: 54 medical residents participated, 20 men and 34 women. 66.7 % were over 30 years old, 59.3 % had no partner, and 64.8 % had been in "COVID" teams for 6 months or more. 27.8 % had moderate/severe anxiety, and 7.4 % had moderate/severe depression. Sex, age, marital status, and time in care for COVID-19 patients were not statistically significant between levels of anxiety or depression. Resident physicians with severe anxiety also presented moderate or severe depression, and vice versa ($p < 0.001$).

Conclusion: 27.8% had anxiety and 7.4% depression; an association was observed between the presence and severity of depression with the presence and severity of anxiety.

Keywords: COVID-19, depression, anxiety, medical residency, mental health.

2. INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, médicos de diversas especialidades fueron llamados a trabajar en la lucha contra la COVID-19 (1). Entre estos profesionales, los médicos residentes fueron reasignados de sus rotaciones iniciales a los servicios de urgencias, los módulos de atención respiratoria, a las unidades de cuidados intensivos (UCI) y a las áreas «COVID-19» para suplir la necesidad de personal médico (2).

El estrés constante de los médicos que laboran dentro de estas unidades es mucho mayor del que normalmente presentan los médicos de las UCI, el riesgo constante de contagio, la posibilidad de contagiar a sus familias, los fallecimientos constantes de los pacientes a quienes atienden e incluso el empleo de los equipos de protección durante toda la jornada, ha provocado que se presenten algunos trastornos psiquiátricos o mentales con mayor rapidez o mayor gravedad de lo que se observaba en el pasado (3).

Entre los problemas de salud mental encontrados, la depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño han sido los más prevalentes, los cuales se han encontrado en diversos niveles en personal previamente sano, o incluso se han exacerbado en personal que padecía alguno de ellos (4).

La importancia de estos problemas radica en el deterioro que sufre la salud mental de los médicos y enfermeras que son quienes están en contacto constante con los pacientes; este deterioro de la salud mental provoca deterioros en la salud física de las personas, además de que decremента de manera importante la calidad de vida de quienes lo padecen. Otra consecuencia de estos padecimientos es el riesgo elevado de iatrogenias que pueden ocurrir, pues el personal que lo padece puede presentar a menudo problemas de concentración (5).

En el presente trabajo, se realizó un estudio observacional que tuvo por objetivo la determinación de la prevalencia de depresión y ansiedad en médicos residentes que formaron parte de los equipos de respuesta «COVID» durante la pandemia por SARS-CoV-2, adscritos a la UMF 9 en Acapulco, Guerrero. En las siguientes secciones, se exponen los principales antecedentes sobre la pandemia de SARS-CoV-2, su panorama actual y las definiciones y hallazgos correspondientes a la depresión y la ansiedad observada en personal de salud durante la duración de la pandemia.

3. MARCO TEÓRICO

En tiempos modernos, hay problemas políticos, económicos, ambientales, energéticos y de otras índoles que puede afectar a varias naciones o una región, pero no van a repercutir de forma grave en el resto del mundo. Los problemas en salud siempre son menospreciados debido a que las enfermedades se pueden encasillar en ciertas características que vulneran a grupos concretos y el resto de la población no parece ser afectada. Son patologías relativamente conocidas y se tienen tratamientos, si bien no curativos en todos los casos, paliativas que disminuyen la severidad y presencia de secuelas (6).

La actual situación en salud, la infección por SARS-CoV-2, conocida como COVID19; que afecta paulatinamente al mundo desde enero de 2020, está repercutiendo a niveles nunca vistos para toda la humanidad. Los problemas más allá del umbral de la salud física y mental están mermando las condiciones de normalidad y comodidad de la toda la población (7). La aparición de este nuevo virus y su reciente infección en los humanos, casi sin distinción, ha traído un mar de incertidumbre que ha puesto a los expertos en ciencia en una labor internacional sin precedentes (8).

A los profesionales de la salud, en específico, aquellos que llevan un contacto directo con los pacientes sintomáticos u hospitalizados llegan al punto de la fatiga, el cansancio y estrés tóxico; en diferentes niveles puede estar repercutiendo en el incremento de casos de ansiedad y depresión (9). Para entender mejor como esta pandemia afecta a la población y en específico a la salud mental, es necesario revisar la información que se tiene hasta el momento.

Los coronavirus (CoV) son una extensa familia de agentes virales que pueden causar diversas enfermedades, como ocurre con el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) y el que ocasiona el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-CoV) Estos virus se pueden contagiar de los animales a las personas (transmisión zoonótica). Únicamente se conocen 7 coronavirus causantes de enfermedad en los seres humanos (8).

La mayoría de las veces, 4 de los 7 coronavirus causan síntomas de resfriado común. Los tipos 229E y OC43 son los responsables del resfriado común; se descubrieron los serotipos NL63 y HUK1, que también se asociaron con el resfriado común (**Cuadro 1**). En raras ocasiones se pueden producir infecciones graves de las vías respiratorias inferiores, incluida la neumonía, sobre todo en lactantes, personas mayores y personas inmunocomprometidas (10).

Cuadro 1. Tipos de coronavirus.

Año	1960	2003	2004	2005	2012	2019
Tipo de Coronavirus	Coronavirus humano 229E (HCoV-229E) Coronavirus humano OC43 (HCoV-OC43)	SARS-CoV	Coronavirus humano NL63 (HCoV-NL63)	Coronavirus humano HKU1 (HCoV-HKU1)	MERS-CoV	Coronavirus Wuhan 2019-nCoV (SARS-CoV-2)
Patología	Resfriado Común	Síndrome Respiratorio Agudo y Grave	Bronquiolitis	Dificultad respiratorio y neumonía	Síndrome respiratorio de Medio Oriente	Neumonía por Coronavirus, Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

Tres de los 7 coronavirus causan infecciones respiratorias en los seres humanos mucho más graves e incluso a veces mortales que los demás coronavirus y han causado brotes importantes de neumonía mortal en el siglo XXI (10):

- SARS-CoV fue identificado en 2002 como la causa de un brote de síndrome respiratorio agudo grave (SARS) que comenzó en China hacia finales de 2002.
- MERS-CoV se identificó en 2012 como la causa del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS).
- SARS-CoV2 es un nuevo coronavirus identificado como la causa de la enfermedad por coronavirus de 2019 (COVID-19) que comenzó en Wuhan, China, a fines de 2019 y se ha diseminado por todo el mundo.

Esas infecciones suelen cursar con fiebre y síntomas respiratorios (tos y disnea o dificultad para respirar). En los casos más graves, pueden causar neumonía, síndrome respiratorio agudo severo, insuficiencia renal e, incluso, la muerte.

Las recomendaciones habituales para no propagar la infección son la buena higiene de manos y respiratoria (cubrirse la boca y la nariz al toser y estornudar) y la cocción completa de la carne y los huevos. Asimismo, se debe evitar el contacto estrecho con cualquier persona que presente signos de afección respiratoria, como tos o estornudos (6).

En enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el brote de la enfermedad por el nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) como una emergencia de salud pública de importancia internacional. La OMS afirmó que existe un riesgo alto de diseminación de la enfermedad por COVID-19 a otros países en todo el mundo. En marzo del 2020, tras una evaluación la OMS decidió que COVID-19 puede ser caracterizado como una pandemia (6).

La palabra pandemia proviene del griego *πανδημία* *panḗmía* 'reunión del pueblo'. La Real Academia de la Lengua Española (RAE) (11) la define como "Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los

individuos de una localidad o región”. La OMS llama pandemia a la propagación mundial de una nueva enfermedad. Se produce una pandemia cuando surge un nuevo virus, como en este caso, que se propaga por el mundo y la mayoría de las personas no tienen inmunidad contra él. Por lo común, los virus que han causado pandemias con anterioridad han provenido de virus gripales que infectan a los animales (11,12).

Esta enfermedad se ha expandido rápidamente por todo el mundo, al 26 de abril del 2021 ha habido 148 millones de casos confirmados en todo el mundo y 3.12 millones de muertes. En México, para la misma fecha, se reportaron 2.33 millones de casos confirmados y 215 000 defunciones, en Guerrero se reportaron 39,382 de casos confirmados y 4,296 defunciones de los cuales 15, 871 casos y 1, 833 defunciones se encuentran en Acapulco, Gro (13,14).

La pandemia por COVID-19 está creando situaciones sin precedentes entre la población mundial. No solo el impacto directo sobre la salud de aquellos que llegan a infectarse y sus repercusiones en la dinámica familiar de quienes conviven con esta persona, también está el hecho del estrés en aumento generado por la expectativa de presentar o no la infección, se pondrá en riesgo al resto de los miembros del hogar y la ya de por si precaria situación. Estos aspectos han sido estudiados por diferentes instancias de salud en el mundo, dado que estas alteraciones pueden mermar la salud del individuo y la población de forma no vistas antes (15).

La Salud Mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la

promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (16).

Ya desde hace años se planteaban las repercusiones de una epidemia de tipo respiratorio, expertos y autoridades sanitarias internacionales expusieron la necesidad de protocolos integrales para estar preparados respecto a la posibilidad de una enfermedad nueva que pudiera agravarse por la falta de aplicación de delimitaciones tanto fuera como dentro de las unidades hospitalarias. Trayendo consigo no solo un problema de salud física sino también de salud mental. El Sector Salud debe coordinar con la fuerza pública y organizaciones de ayuda humanitaria para la contención, atención y control del público, que en la mayoría de los casos no es agresivo, pero por su gran cantidad, es indispensable organizarlo para brindarle una adecuada información. También debe regularse el ingreso a las instalaciones de salud en forma individual o en pequeños grupos (17).

Desde 2017 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), menciona que el afrontamiento de una situación de emergencia epidémica donde se han producido una gran cantidad de enfermos y cadáveres no es solamente un problema del Sector Salud; en el mismo se involucran otros actores como instituciones gubernamentales, ONG, autoridades locales y la propia comunidad. Es necesario que las vivencias traumáticas, así como las pérdidas y el duelo adquieran diferentes formas de expresión, según la cultura. Los conceptos predominantes sobre la vida y la muerte y la ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquieren relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido (18,19)

Así es como la ONU crea una política debida a la necesidad de cuidar la salud mental por COVID-19, en la cual promueve lo siguiente:

1. Aplicar un enfoque de toda la sociedad: promover, proteger y cuidar la salud mental.

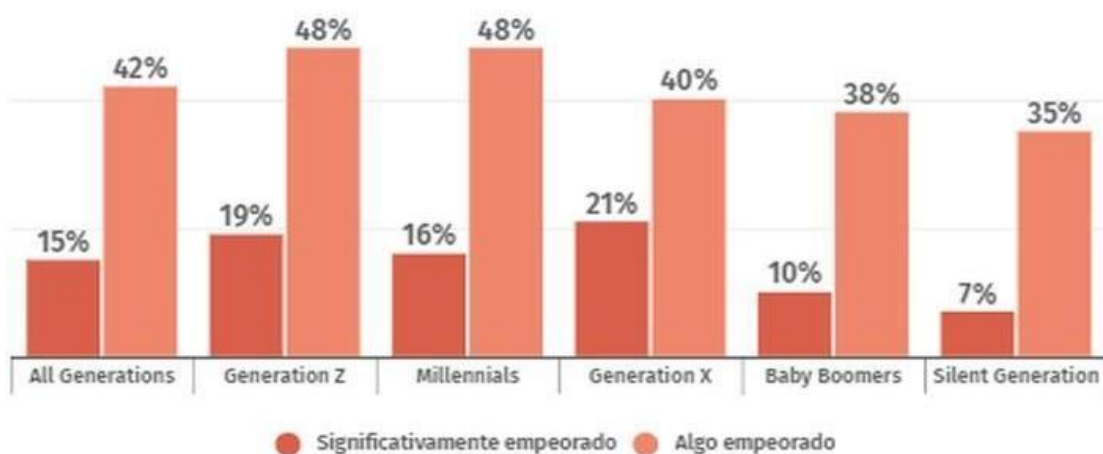
2. Garantizar una disponibilidad amplia de salud mental de emergencia y apoyo psicosocial.
3. Apoyar a la recuperación de COVID-19, reconstruyendo servicios de salud mental para el futuro (20).

Es tan dañino el pensar y exacerbar la preocupación de saber si estamos contagiados o podemos pasarlo a otros en casa como el mismo hecho de permanecer en aislamiento social. Aunque se espera un aumento en los síntomas de ansiedad durante estas circunstancias extraordinarias, existe el riesgo de que prevalezca un número clínicamente relevante de personas con ansiedad, depresión y que participen en comportamientos perjudiciales (como suicidio y autolesiones) que con toda probabilidad incrementarán.

Los trastornos por depresión y por ansiedad son problemas habituales de salud mental que afectan a la capacidad de trabajo y la productividad. Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad (21). Se sabe que en la epidemia de síndrome respiratorio agudo severo en 2003 se asoció con un aumento del 30 por ciento en el suicidio en las personas de 65 años y mayores. Además, alrededor del 50 por ciento de los pacientes recuperados permanecieron ansiosos; y el 29 por ciento de los trabajadores de la salud experimentaron angustia emocional probable (22).

La sensación de deterioro de la salud mental también influye directamente en la afectación real que se causa, dependiendo de factores tan numerosos y complejos como la influencia de los bloques generacionales (**Gráfica 1**), pero todos coinciden en que su percepción de estrés y depresión ha estado en aumento con el progreso de la nueva pandemia.

La disminución de la salud mental fue más experimentada por los millennials y la Generación Z, más de la mitad de los cuales dijeron que había empeorado “algo” o “significativamente”. Más del 40% de todas las generaciones dijeron que su salud mental había “empeorado” durante la pandemia. Casi la mitad de la generación Z y los millennials informaron un empeoramiento de los sentimientos en comparación con el 40 % de la generación X, el 38 % de los baby boomers y el 35 % de la generación silenciosa. Sin embargo, la generación X tuvo el mayor porcentaje de encuestados, un quinto, que dijo que su salud mental había “empeorado significativamente” (23).



Grafica 1. Impacto de la pandemia de COVID-19 en la Salud Mental por generaciones.

Adaptado de infogram.com

Esto crea una evidencia importante a considerar para el presente estudio: existen factores ambientales y sociales que afectan el desarrollo de estas patologías a niveles no antes experimentados a través de las generaciones vivas hasta estos días y se ven reflejados en cómo se enfrentan a ellas.

La incidencia de problemas de salud mental en profesionales sanitarios al frente de emergencias causadas por epidemias es elevada: estimaciones obtenidas a través de la realización de diversos meta-análisis nos indican una elevada prevalencia de ansiedad (45 %), seguida de depresión (38 %), estrés agudo (31 %), burnout (29 %) y estrés postraumático (19 %) (24).

En el panorama nacional, un estudio en México, 2011 sobre Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una epidemia por influenza AH1N1 se encontró que el 24 % presentó el síndrome de burnout en grado moderado (cansancio emocional y despersonalización). Encontrando un nivel alto de cansancio emocional en los médicos residentes 18.04 % en comparación con el personal administrativo 9.73 % (25).

Es necesario definir ciertos conceptos para entender la magnitud de los problemas psicológicos a los que el personal de salud se enfrenta:

Inteligencia emocional: Es un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios, así como los de los demás, de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones (26).

Irritabilidad: del latín *irritabilitas*, la irritabilidad es la propensión a irritarse (sentir ira o una excitación morbosa en un órgano o parte del cuerpo). Puede definirse como la capacidad que posee un organismo vivo de reaccionar o responder de manera no lineal frente a un estímulo.

La irritabilidad, por lo tanto, permite que un organismo identifique un cambio negativo en el medio ambiente y reaccione ante dicha alteración. Esta respuesta puede tener efectos patológicos o fisiológicos.

Angustia: En su sentido psicológico, como “estado afectivo de tensión producido por el miedo ante la perspectiva de un peligro inconcreto o el sentimiento de amenaza externa o interna y acompañado de fenómenos fisiológicos, como constricciones epigástricas, aceleración del pulso y de la respiración, etc. Suele atribuirse a estados especiales de melancolía y a la psicastenia o neurosis, y se distingue de la ansiedad por su mayor intensidad dentro de la psiconeurosis (neurosis de angustia)” (27,28).

Ansiedad: es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. 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. La ansiedad afecta los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de sí mismo (**Cuadro 2**), interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo (28).

Cuadro 2. Afectaciones causadas por episodios de ansiedad.

Sensaciones somáticas	Síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos)
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la tensión muscular • Mareos • Sensación de “cabeza vacía” • Sudoración • Hiperreflexia • Fluctuaciones de la presión arterial • Palpitaciones • Midriasis • Sincope • Taquicardia • Parestesias • Temblor • Molestias digestivas • Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias • Diarrea 	<ul style="list-style-type: none"> • 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

Fuente: GPC IMSS-392-10

Depresión: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta

de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional (21).

Estrés: El estrés como interacción: estrés como resultado de la relación entre las características de la situación y los recursos de los que dispone el individuo. Desde esta perspectiva se considera más importante la valoración que hace el individuo de la situación estresora que las características objetivas de dicha situación. En la actualidad, este último planteamiento, se acepta como el más completo. Se considera que el estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. Los elementos a considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales, variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés (29).

Tipos de estrés

- **Agudo/Crónico:** El estrés agudo produce un gran impacto a nivel físico y emocional a corto plazo, está provocado por sucesos intensos y extraordinarios. En el estrés crónico el impacto a nivel físico y emocional es menos intenso que en el agudo, pero se mantiene en el tiempo, debido a que los pequeños estresores cotidianos se van sumando y acaban agotando la capacidad adaptativa del cuerpo.
- **Positivo/Negativo:** El estrés también se puede clasificar según su efecto general para la persona en positivo y negativo. Puede ser de un tipo u otro según cómo se gestione y cómo se controle. En su inicio el estrés es positivo, ya que es un proceso que permite la adaptación ante las diferentes demandas. Se trata de un mecanismo de supervivencia; prepara a la persona para superar con éxito los retos que surgen

en los distintos ámbitos de la vida. Sin embargo, un exceso de activación puede resultar desagradable. Cuando los requerimientos del medio superan los recursos de la persona para hacerles frente, surge el denominado estrés negativo, que acaba derivando en patología si la respuesta es muy frecuente, intensa o duradera. Esta activación no es adaptativa, no conduce a las metas y por tanto precisará el uso de estrategias de autocontrol (30).

- ***Estrés Laboral:*** En el medio laboral, los niveles excesivos de estrés pueden causar importantes consecuencias, tanto para la empresa como para el trabajador. Por esta razón, el objetivo del presente trabajo es el análisis de este fenómeno en el medio sanitario y la presentación de técnicas de afrontamiento para su control. El estrés está determinado, por tanto, por las situaciones potencialmente estresantes, o factores ambientales, junto a las características personales del individuo que valora la situación y los recursos de que dispone para afrontarla. Del resultado de esa valoración dependerá la experiencia subjetiva de estrés y la consiguiente puesta en marcha de mecanismos de afrontamiento. Cuando las estrategias de afrontamiento puestas en marcha no son adecuadas, el individuo presentará alteraciones fisiológicas y del comportamiento que pueden dar lugar, si la situación persiste, a deterioros más o menos permanentes en la salud de la persona. Así, el estrés laboral puede definirse como “una desfavorable interacción entre las características del trabajador y las condiciones del trabajo que conduce a perturbaciones psicológicas y comportamientos malsanos, y finalmente a la enfermedad (31).

En 2020, en un estudio realizado en China entre 230 participantes, se observó que la tasa de ansiedad del personal de salud fue del 23.04 %, mayor en mujeres que en hombres y mayor entre las enfermeras 26.88 % que entre los médicos 14.29 % (32).

Diferentes estudios cualitativos en China 2020, sobre reportes de cuidadores de pacientes con (COVID-19) refieren que las experiencias negativas presentes en la etapa inicial que consisten en fatiga, incomodidad e impotencia fueron causadas por

el trabajo de alta intensidad, el miedo y la ansiedad, y la preocupación por los pacientes y los miembros de la familia. Los estilos de auto-afrontamiento incluyeron ajustes psicológicos y de vida, actos altruistas, apoyo de equipo y cognición racional (33).

Los proveedores de atención médica se ofrecieron y probaron su mejor esfuerzo para brindar atención a los pacientes. Las enfermeras desempeñaron un papel crucial en la prestación de cuidados intensivos y la asistencia en actividades de la vida diaria. Fueron desafiado por trabajar en un contexto totalmente nuevo, agotamiento debido a las grandes cargas de trabajo y equipo de protección, el miedo a infectarse e infectar a otros, sentirse impotente para manejar las condiciones de los pacientes y manejar las relaciones en esta estresante situación. Identificaron muchas fuentes de apoyo social y estrategias de autogestión utilizadas para hacer frente a la situación. También lograron trascendencia de esta experiencia única (34).

Una investigación que consistió en una encuesta anónima donde participaron 316 estudiantes de medicina de tercer y cuarto año, médicos internos de pregrado, residentes tanto de medicina interna, urgencias y de la alta especialidad en medicina crítica y pulmonar de la Universidad de Washington encontró que tanto los estudiantes como los becarios se sienten ansiosos y vulnerables frente al COVID19, y que estos temores se amplifican para aquellos que sirven en la primera línea de la pandemia (35).

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, sus siglas en inglés), establece que el momento idóneo para tomar medidas para prevenir el estrés y fortalecer las habilidades para manejarlo es antes de enfrentarse a la situación. Recalca que es importante evitar el identificarse en exceso con el dolor y el trauma de los pacientes; el personal de salud debe tratar de recordar que esto no les está pasando a ellos o a sus seres queridos, ya que algunos alcanzan un límite en sus habilidades para brindar atención y empatía continuamente a los pacientes. Esto se conoce como “fatiga de compasión”. Es importante detectar y

aceptar cuando necesite finalizar el contacto directo con los pacientes y avisar al líder de su equipo para que le brinde apoyo (36).

Otra estrategia a tener en mente es el apoyo temprano. Preparar adecuadamente al personal para el trabajo y los desafíos asociados reduce el riesgo de problemas de salud mental, por lo que todos los trabajadores de la salud deben estar lo mejor preparados para los dilemas morales que enfrentarán durante la pandemia de COVID-19. Los miembros del equipo más experimentados deben vigilar a los más jóvenes y verificar cómo se encuentran anímicamente, ya que la identificación temprana y el apoyo tempranos son clave para evitar que la capacidad operativa y la salud de todos los miembros del equipo se vea afectada (37).

El Instituto Nacional de Excelencia en Salud (NICE) y Atención recomienda mantener un monitoreo activo del personal de la salud, aun cuando la crisis haya sido superada, para asegurar que aquellos que presenten datos de daño moral o de alguna alteración mental sean identificados y se les ayude a acceder a la atención basada en evidencia (38).

Residencia Médica, al conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que debe cumplir el personal que realiza una Residencia Médica dentro de las Unidades Médicas o Instalaciones Receptoras de Residentes reconocidas como Sede o Subsede, durante el tiempo establecido en los Programas Académico y Operativo, para acreditar una especialidad médica.

Residente, al profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingresa a una Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes para cursar una especialidad médica a tiempo completo. Guardia, al conjunto de actividades académicas y asistenciales de formación complementaria, descritas y calendarizadas en el Programa Operativo, adicionales a las que el personal que realiza una Residencia Médica debe efectuar durante la Jornada de actividades en la Unidad Médica o Instalación Receptora de Residentes al que está adscrito o asignado (39).

La Reconversión Hospitalaria COVID-19 considera la capacidad instalada y la ampliada de cada unidad, con el objetivo de atender oportunamente la demanda en cada región del país al tiempo que promueven modelos de prevención de infecciones y bioseguridad que limitan el riesgo de transmisión para la población y los trabajadores de salud (40).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través de la dirección de prestaciones médicas, se suma al esfuerzo nacional contra la pandemia del sars-cov2, atendiendo el “decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en las regiones afectadas de todo el territorio nacional en materia de salubridad general para combatir la enfermedad grave de atención prioritaria generada por el virus SARS-COV2 (COVID-19), tales como; utilizar elementos auxiliares todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público social y privado existentes en las regiones afectadas y en las colindantes(D.O.F. 27 de marzo 2020). Por lo anterior de emite la presenta convocatoria dirigida a los trabajadores médicas y médicos residentes en periodo de adiestramiento en una especialidad, para formar parte de los equipos de respuesta covid-19 en la atención medica de pacientes en hospitales de reconversión COVID-19 (41).

La prevalencia de la ansiedad y la depresión de médicos residentes del Hospital Civil “Dr. Antonio González Guevara” de Tepic, Nayarit es considerada alta, siendo sus valores mayores a los de la población en general y a la de residentes de otras instituciones de salud. La frecuencia de estos trastornos del estado de ánimo es mayor en el género femenino que en el masculino y la prevalencia de ellos disminuye con el grado de severidad en ambos padecimientos. Los trastornos del estado de ánimo debido a su alta prevalencia son un problema de salud pública que incide en el proceso educativo de formación de residentes médicos (42).

3.1.1 Prevención y manejo de la salud mental en el personal de salud

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, sus siglas en inglés), establece que el momento idóneo para tomar medidas para prevenir el estrés y fortalecer las habilidades para manejarlo es antes de enfrentarse a la situación. Recalca que es importante evitar el identificarse en exceso con el dolor y el trauma de los pacientes; el personal de salud debe tratar de recordar que esto no les está pasando a ellos o a sus seres queridos, ya que algunos alcanzan un límite en sus habilidades para brindar atención y empatía continuamente a los pacientes. Esto se conoce como “fatiga de compasión”. Es importante detectar y aceptar cuando necesite finalizar el contacto directo con los pacientes y avisar al líder de su equipo para que le brinde apoyo (38).

Otra estrategia por tener en mente es el apoyo temprano. Preparar adecuadamente al personal para el trabajo y los desafíos asociados reduce el riesgo de problemas de salud mental, por lo que todos los trabajadores de la salud deben estar lo mejor preparados para los dilemas morales que enfrentarán durante la pandemia de COVID-19. Los miembros del equipo más experimentados deben vigilar a los más jóvenes y verificar cómo se encuentran anímicamente, ya que la identificación temprana y el apoyo tempranos son clave para evitar que la capacidad operativa y la salud de todos los miembros del equipo se vea afectada (37).

El Instituto Nacional de Excelencia en Salud (NICE) y Atención recomienda mantener un monitoreo activo del personal de la salud, aun cuando la crisis haya sido superada, para asegurar que aquellos que presenten datos de daño moral o de alguna alteración mental sean identificados y se les ayude a acceder a la atención basada en evidencia (38).

4. JUSTIFICACIÓN

La pandemia por COVID-19 ha representado retos en numerables ámbitos tanto del sector salud como de otros sectores; los directivos de prácticamente todos los hospitales tuvieron que realizar modificaciones para poder cubrir las necesidades de atención de los enfermos y en muchos de ellos, estos cambios se tuvieron que realizar de una manera improvisada.

Entre estos cambios, varios hospitales asignaron o convocaron a personal de salud para cubrir específicamente las áreas en las que se encontraban pacientes infectados. Con el tiempo, se ha empezado a ver que el personal que laboró y labora en estas áreas se enfrenta a un estrés mucho mayor que en las típicas áreas de cuidados intensivos y esto ha provocado el desarrollo de ciertos trastornos emocionales como la ansiedad, el síndrome de estrés postraumático y la depresión.

En el presente estudio, se tiene por objetivo determinar la frecuencia y la gravedad con la que se presentan la ansiedad y la depresión en médicos residentes que han sido parte del personal de salud que atendió a pacientes infectados con SARS-CoV-2; mediante este trabajo se podrá conocer si los residentes que participaron en estos grupos de atención presentan niveles considerados como normales para los médicos que se encuentran en áreas de cuidados intensivos, o por otro lado tienen una mayor frecuencia y severidad de ansiedad y depresión.

Los resultados obtenidos servirán como un punto de partida para conocer si los médicos residentes requieren de una atención psicológica que les permita realizar la labor de cuidado de los enfermos con COVID-19 sin tener problemas en su salud mental, al tiempo que permitirá identificar algunos factores que pueden estar relacionados con la presencia de estos.

En último término, el realizar este trabajo, también tendrá influencias positivas en la atención a los pacientes, pues es conocido que los profesionales de la salud que presentan trastornos como *burnout* o depresión pueden cometer errores u ofrecen una atención menor de la que tendrían con sus pacientes.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de salud mental se encuentran entre las causas más comunes de discapacidad a nivel mundial, con incidencias y prevalencias cada vez mayores.

La pandemia por SARS-CoV-2 que inició a finales del 2019 ha sido una de las pandemias más graves por las que ha atravesado la humanidad, a pesar de todo, la rápida respuesta de los diferentes países y el desarrollo adelantado de las vacunas, han permitido que en relativamente poco tiempo la mortalidad de la enfermedad provocada por el virus se reduzca de manera importante.

Entre las consecuencias con las que, tanto el personal de salud como los pacientes han enfrentado, se encuentran los trastornos de salud mental; en pacientes se han encontrado prevalencias elevadas de trastornos del sueño, síndrome de estrés postraumático y depresión; mientras que, en el personal de salud, la depresión y la ansiedad, han sido las más observadas.

En estudios internacionales, tanto en personal previamente sano como en personal que ya padecía algún trastorno, se ha visto un incremento en las tasas de prevalencia; estas pueden ocurrir primordialmente en los médicos y enfermeras que se encuentran asignados a las unidades de cuidado del paciente con COVID-19, dado que estos médicos generalmente están aislados durante toda su jornada laboral, durante el cual el riesgo de contagio es alto y los pacientes constantemente sufren complicaciones o fallecen.

En México algunos estudios emergentes han descrito la salud mental de los médicos adscritos a las unidades de pacientes con COVID-19; no obstante, pocos se han enfocado en los médicos residentes, que son médicos aun en formación y la gran mayoría de los trabajos han sido realizados en hospitales del estado o la ciudad de México o en otras grandes urbes.

Por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta científica:

¿Cuál es la frecuencia y gravedad de la ansiedad y la depresión en médicos residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta «COVID» durante la pandemia por SARS-CoV-2, adscritos a la UMF 9 del Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Estatal (OOAD) Guerrero del IMSS?

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y gravedad de la ansiedad y la depresión en médicos residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta «COVID» durante la pandemia por SARS-CoV-2, adscritos a la UMF 9 del OOAD Guerrero del IMSS.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Identificar los principales datos sociodemográficos de los médicos residentes.
- Describir el año de residencia y el tiempo de los médicos residentes en los equipos de respuesta con COVID-19.
- Determinar la frecuencia del trastorno de ansiedad en los residentes mediante la escala de Beck.
- Establecer la frecuencia de médicos residentes con trastorno de depresión en los residentes mediante la escala de Beck.
- Analizar la asociación de la ansiedad y la depresión con las características sociodemográficas, el año de residencia y el tiempo de los médicos residentes en los equipos de respuesta con COVID-19.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico transversal.

7.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto.

Por el objetivo general: analítico.

Por la medición del fenómeno en el tiempo: transversal.

De acuerdo con la direccionalidad: prospectivo.

Por la captación de la información: retrolectivo (cuestionarios).

Por el número de unidades médicas participantes: unicéntrico.

7.3. POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

LUGAR DE DESARROLLO

El presente protocolo se llevó a cabo en la consulta externa del servicio de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 9, perteneciente a la Delegación Estatal Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada sobre Avenida Cuauhtémoc número 95, colonia Centro, código postal 39300, Acapulco de Juárez, Guerrero, México.

PERIODO DE ESTUDIO

El estudio se ejecutó posterior a su aprobación por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Salud correspondiente, durante los meses de noviembre de 2021 a febrero de 2022.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Médicos residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta COVID-19 durante la pandemia por SARS CoV-2 adscritos a la UMF número 9 del IMSS, en Acapulco, Guerrero.

7.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO

Se requirió la participación del 90 % de los médicos residentes adscritos a la UMF número 9 en Acapulco Guerrero para obtener un poder adecuado (80.0 %).

Por lo tanto, de los 60 médicos residentes se requirió la participación de 54 de ellos.

Se llevó a cabo de tipo probabilístico, por conveniencia. Se aplicó al 100 % de médicos residentes de medicina familiar que se encontraron adscritos a la UMF número 9 que formaron parte de los equipos de respuesta COVID-19, durante la pandemia por SARS- CoV-2.

7.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Médicos residentes de medicina familiar adscritos a la UMF N° 9 de Acapulco Guerrero que formaron parte de los equipos de respuesta covid-19.
- Hombres y mujeres
- De 25 a 45 años.
- Que acepten su participación en el estudio, manifestada por la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Médicos residentes que contaron con diagnóstico previo de ansiedad, depresión o ambas en el momento del estudio.
- Médicos residentes que se encontraron bajo tratamiento con antidepresivos, ansiolíticos u otro psicofármaco que pudiera alterar el estado de ánimo al momento del estudio.

Criterios de eliminación

- Cuestionarios con información incompleta.
- Cuestionarios en los que se detecten intentos de manipulación o datos falsos.

7.6. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Variables dependientes

Ansiedad.

Depresión.

Variables independientes

Edad.

Sexo.

Estado civil.

Grado académico.

Duración en el equipo «COVID».

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

Variables	Definición		Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medida
	Conceptual	Operacional			
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento (43)	Edad del participante al momento de su ingreso al estudio	Cuantitativa	De razón	1. ≤ 30 años 2. > 30 años
Sexo	Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras (43)	Sexo del participante	Cualitativa	Nominal dicotómica	1. Mujer 2. Hombre
Ansiedad	Preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas (44)	Resultados de la aplicación del Inventario de ansiedad de Beck	Cualitativa	Ordinal	1. Ansiedad mínima/leve (0 – 15 puntos) 2. Ansiedad moderada /grave (16 – 25 puntos)

Depresión	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por tristeza, pérdida de interés en las cosas y pensamientos de inutilidad y muerte con una duración de más de dos semanas (45)	Resultados de la aplicación de la prueba de depresión de Beck	Cualitativa	Ordinal	1. Depresión mínima/leve (0 – 19 puntos) 2. Depresión moderada /grave (20 – 63 puntos)
Grado académico	Número de años cursados dentro del programa de especialidades médicas (46)	Grado académico que registre el médico residente en la cedula de recolección de datos.	Cualitativa	Ordinal	1. 1.º año 2. 2.º año 3. 3.º año
Estado civil	Es la situación de las personas fiscal determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del Parentesco, que establece ciertos derechos y deberes (47)	Estado civil que registre el médico residente en la cedula de recolección de datos.	Cualitativa	Nominal politómica	1. Con pareja 2. Sin pareja
Tiempo en equipos de respuesta covid-19	Periodo en el cual el médico residente se encontró laborando en los equipos de respuesta COVID-	Tiempo que registre en cedula de recolección de datos.	Cualitativa	De razón	1. Menos de 6 meses 2. Más de 6 meses

	19 (48)				
--	---------	--	--	--	--

7.7. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Posterior a la autorización del comité local de Investigación en salud y de las autoridades Institucionales de la Unidad de Medicina Familiar número 9, y sin inconveniente de parte de la coordinación clínica de educación e investigación en salud (Anexo), se invitó a los médicos residentes al término de su servicio o día académico y se les explicaron los objetivos del estudio y los posibles riesgos y beneficios; de estar de acuerdo en su participación, se revisó el cumplimiento de los criterios de selección, para aquellos aptos para participación se les dio a firmar el consentimiento informado (Anexo) y se procedió a la aplicación de la hoja recolección de datos sociodemográficos y del cuestionario de Beck para depresión y ansiedad respectivamente (Anexos).

Instrumento empleado

El cuestionario de Beck para la depresión y ansiedad contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III y actualmente en el DSM- V que se miden mediante 21 preguntas, las cuales pueden ser contestadas en escala Likert de 4 respuestas que van desde en: absoluto, leve, moderada y gravemente; su puntuación varía entre 0 y 63 puntos; y los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido fueron los siguientes (46):

Test de depresión de Beck.

- Depresión mínima 0-13.
- Depresión leve: 14-19.
- Depresión moderada 20-28.
- Depresión grave: 21-63.

Inventario de ansiedad de Beck:

- 0-7: Ansiedad mínima.

- 8-15: ansiedad leve.
- 16-25: ansiedad moderada.
- 26-63: ansiedad grave.

Se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, así como en depresión, cuenta con estudios estandarizados para población mexicana y dada su facilidad de aplicación se ha recomendado como método de *screening* en población general.

Dichos cuestionarios se aplicaron durante el día académico de cada grupo de residentes, que formaron parte de los equipos de respuesta COVID-19, durante la pandemia por SARS CoV2.

7.8. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Una vez aprobado el protocolo de investigación, se procedió a reclutar a los médicos residentes, al final de su día académico se les invitó al estudio, se les explicó el objetivo, los beneficios y posibles riesgos, además se revisó el cumplimiento de los criterios de selección; aquellos que aceptaron participar firmaron su consentimiento informado (Anexo) y posteriormente se les aplicaron los instrumentos; un cuestionario de datos generales (Hoja de recolección de datos, Anexo), en el cual se pidió el nombre, la edad, el sexo, el año de residencia que se encontraban cursando y el tiempo que llevaban en atención a los pacientes con COVID-19; así mismo se les dio el inventario de ansiedad de Beck y el inventario de depresión de Beck (Anexo); al terminar sus cuestionarios fueron regresados a la investigadora responsable, posteriormente los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel, cuando se tuvieron completos los cuestionarios e instrumentos, se procedió a codificar la base de datos y se realizó su exportación a los programas IBM SPSS versión 24 y Prism Graphpad versión 8 para su análisis estadístico.

7.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los datos fueron analizados utilizando los *softwares* Prism ® (GraphPad ®, Estados Unidos), versión 8, para Windows ® y SPSS ® (IBM ®, Estados Unidos), versión 24, para Windows ®. Se empleó estadística descriptiva para los datos generales de la población en estudio y las características sociodemográficas recabadas.

Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las diferentes variables cuantitativas dependiendo del tipo de distribución, las variables con distribución diferente a la normal se reportaron en mediana y rango intercuartílico (RIC), no se tuvieron variables con distribución normal. Las diferencias estadísticas entre los grupos se calcularon mediante U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas

Las variables cualitativas, se reportaron en frecuencias y porcentajes (%) y sus diferencias se calcularon mediante Chi² de Pearson.

Todas las pruebas se ejecutaron a dos colas y una $p < 0.05$ se consideró como estadísticamente significativa.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La elaboración de este proyecto de investigación estuvo previamente autorizada por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS 1101) y las autoridades correspondientes.

Este trabajo de investigación se llevó a cabo de acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud; título segundo, en relación a los aspectos éticos de investigación en seres humanos, dicha investigación y de acuerdo al artículo 17, Capítulo I Disposiciones comunes, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, esta investigación se considera “**investigación con riesgo mínimo**”: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido

amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros”.

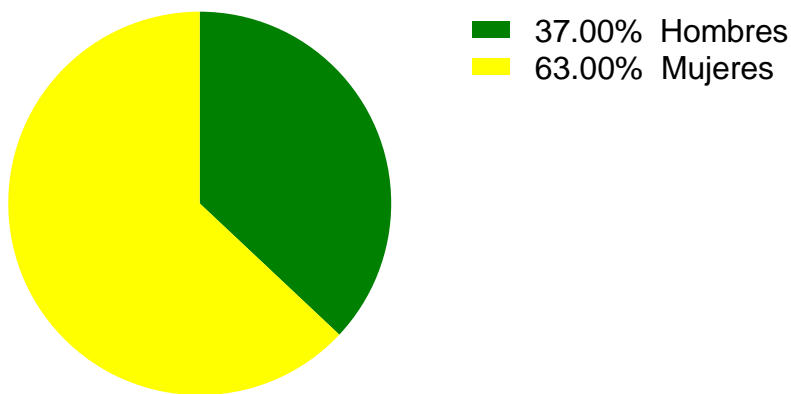
Esta investigación, en todas sus etapas, estuvo basada en los principios éticos del Informe Belmont de 1979, ya que se basó en mantener el respeto a su autonomía, confidencialidad y beneficencia, donde se asegura que durante el proceso de la investigación se evitará el daño, y se buscará intencionadamente un máximo beneficio y se procurará justicia bajo igualdad y sus necesidades individuales.

La base de datos que concentrará la información es resguardada por los investigadores, nadie ajeno a la investigación tiene o tendrá acceso a ella y los datos de los participantes se cuidaron en todo momento. La información recabada se utilizó únicamente con fines académicos.

9. RESULTADOS

En total participaron 54 médicos residentes, 20 hombres que corresponden al 37.0 % de la muestra y 34 mujeres que corresponden al 63.0 %. (**Grafica 1**).

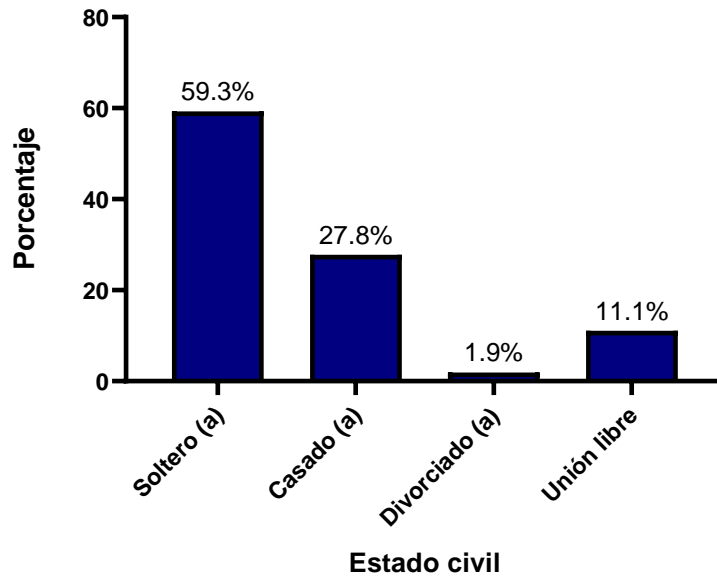
La edad de la muestra tuvo una mediana de 32.0 años (rango intercuartílico (RIC) 30.0 – 35.0), la edad de los hombres tuvo una mediana de 31 años (RIC 29.2 – 35.0) y la de las mujeres tuvo una mediana de 32 años (RIC 30.0 – 35.0), sin que hubiera una diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos cuando se compararon mediante U de Mann-Whitney ($p=0.935$).



Grafica 1.- Distribución porcentual de los pacientes dependiendo del sexo.

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

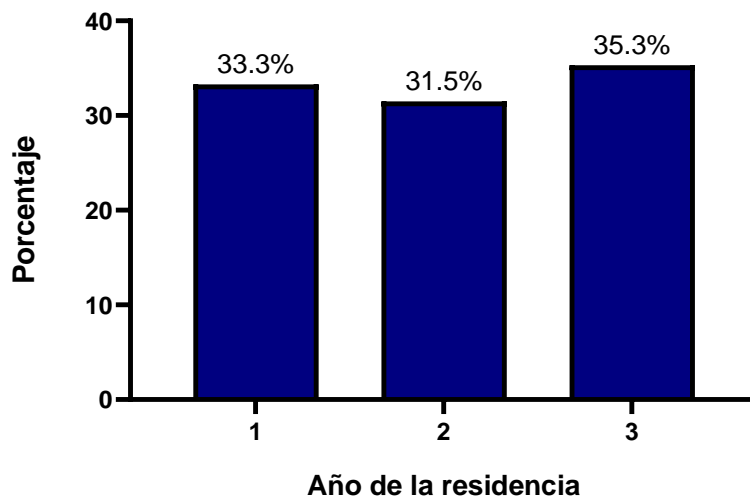
En cuanto al estado civil, principalmente se observó que 32 residentes eran solteros (59.3 %), seguidos de 15 casados (27.8 %), 6 que vivían en unión libre (11.1 %) y 1 divorciado (1.9 %) (**Grafica 2**).



Grafica 2. Distribución porcentual de los pacientes dependiendo de su estado civil.

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

Sobre el grado académico en el que se encontraron al momento del estudio, 19 estaban en el 3.º año de residencia (35.2 %), 18 en el 1.º año (33.3 %) y 17 en 2.º año (31.5 %) (**Grafica 3**).



Grafica 1. Distribución porcentual de los pacientes dependiendo del grado académico cursado durante el estudio.

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

Sobre la edad con un punto de corte de 30 años, de manera predominante, 36 residentes tuvieron más de 30 años (66.7 %), mientras que 18 tuvieron igual o menos de 30 (33.3 %) (**Tabla 1**).

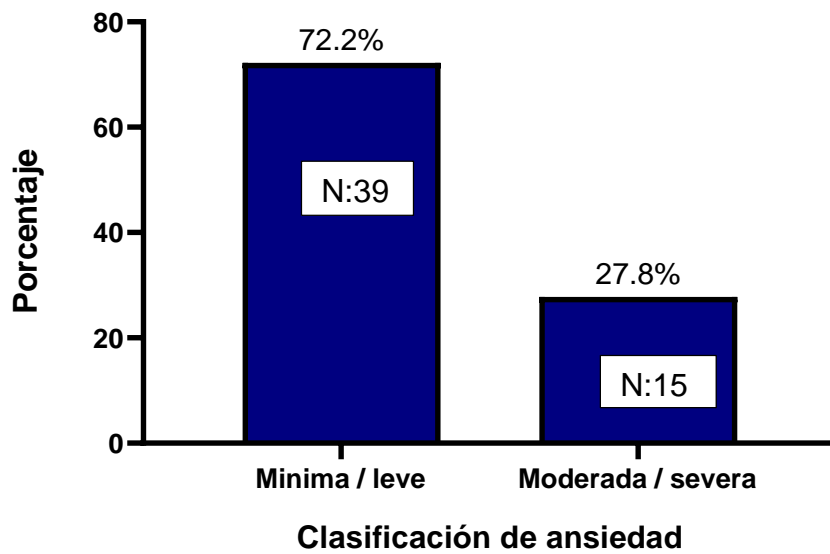
En cuanto al tiempo que tenían en atención a pacientes COVID-19, de manera predominante 35 residentes llevaban 6 meses o más (64.8 %) y 19 tenían menos de 6 meses (35.2 %) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes del estudio.

Característica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Media	Desviación estándar	Moda	Mediana
Edad						
Mayor de 30 años	36	66.7	32.0	4.0	32	32.0
Igual o menor 30 años	18	33.33				
Tiempo en atención a pacientes COVID-19						
Menos de 6 meses	19	35.2	7.8	6.0	2	6.0
6 meses o más	35	64.8				

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

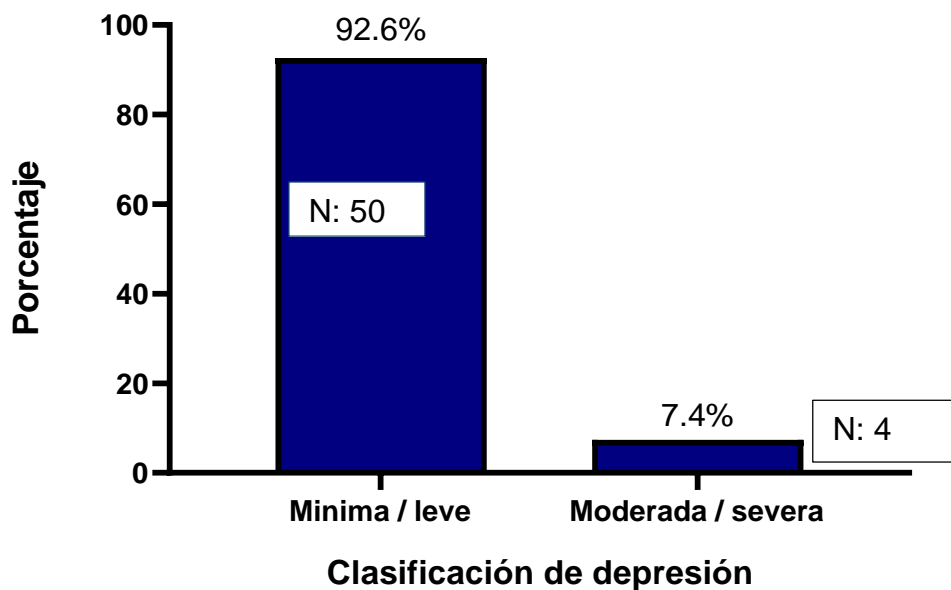
En la clasificación de la ansiedad, se observó de manera predominante a 39 residentes que tuvieron ansiedad mínima y leve (72.2 %) y 15 presentaron ansiedad moderada o grave (27.8 %) (**Grafica 4**).



Grafica 4. Distribución porcentual de los pacientes dependiendo de su nivel de ansiedad.

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

En la clasificación de la depresión, 50 médicos residentes tuvieron depresión mínima o leve (92.6 %), mientras que 4 presentaron depresión moderada o grave (7.4 %) (**Grafica 5**).



Grafica 5. Distribución porcentual de los pacientes dependiendo de su nivel de depresión.

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

Mediante el proceso de Mantel Haenszel se realizó un análisis estadístico para conocer si existieron diferencias entre los diferentes niveles de ansiedad y depresión y las variables, así mismo se obtuvo el OR (razón de momios) para conocer el riesgo de presentar ansiedad o depresión, se analizaron el sexo, la edad, el estado civil y el tiempo que tenían en atención a pacientes COVID-19.

El 30% de los hombres presentaron ansiedad, comparados con el 26.5% de las mujeres (OR: 0.840, IC95% 0.247- 2.853, p: 0.780), sin significancia estadística. (**Tabla 2**).

En el estado civil, se observó que entre quienes no tenían pareja, había mayor nivel de ansiedad (ansiedad moderada y grave), sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.945$) y en cuanto al riesgo, el OR mostró un riesgo de 0.9 veces más para presentar ansiedad cuando no se tuvo pareja que cuando si se tuvo. (**Tabla 2**).

El 31.4% de los residentes que llevaban 6 o más de 6 meses presentaron ansiedad comparados con 21.1% de los que llevaban menos de 6 meses. (OR: 0.5, IC95% 0.156- 2.164, p: 0.416), sin significancia estadística. (**Tabla 2**).

Tabla 2. Resultados de los niveles de ansiedad de acuerdo con las características de la muestra y su comparación.

	Con ansiedad		Sin ansiedad		OR	IC 95 %	Valor de p
	n	%	n	%			
Sexo							
Mujer	9	60.0	25	64.1	0.84	0.247 – 2.853	0.780
Hombre	6	40.0	14	35.9			
Pareja							
Sin pareja	9	60.0	23	59.0	0.95	0.285 – 3.227	0.945
Con pareja	6	40.0	16	41.0			
Edad							
> 30 años	10	66.7	26	66.7	1.0	0.283 – 3.537	1.00
≤ 30 años	5	33.3	13	33.3			
Tiempo							
≥6 meses	11	73.3	24	61.5	0.58	0.156 – 2.164	0.416
<6 meses	4	26.7	15	38.5			

n: frecuencia, %: porcentaje, IC: intervalo de confianza, OR: odd Ratio.

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

Para la depresión, se observó que más hombres que mujeres la presentaron; no obstante, no hubo una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.102$). El OR mostró un riesgo de 0.17 veces más para los hombres sobre las mujeres de tener depresión.

El 9.4% de los residentes con pareja presentaron depresión, comparados con el 4.5% sin pareja (OR: 0.46, IC95% 0.45-4.740, p: 0.506), sin significancia estadística. (**Tabla 3**).

El 16.7% de los residentes menores de 30 años presentaron depresión comparados con 2.8% de los mayores de 30 años. (OR: 0.14, IC95% 0.014-1.487, p: 0.066) Esta comparación no fue estadísticamente significativa. (**Tabla 3**).

En un análisis comparativo entre el tiempo de atención a pacientes con COVID-19 (menos de 6 meses y más de 6 meses) y depresión en la cual se observó la misma frecuencia de residentes con depresión. Dicha comparación no fue estadísticamente significativa (p=0.519). Sobre el riesgo, aquellos con 6 meses o más en la atención a pacientes con COVID-19 tuvieron 1.91 veces más riesgo de tener depresión (**Tabla 3**).

Tabla 3. Resultados de los niveles de depresión de acuerdo con las características de la muestra y su comparación.

	Con depresión		Sin depresión		OR	IC 95 %	Valor de p
	N	%	n	%			
Sexo							
Mujer	1	25	33	66.0	0.17	0.017 – 1.778	0.102
hombre	3	75	17	34.0			
Pareja							
Sin pareja	3	75	29	58.0	0.46	0.45 – 4.740	0.506
Con pareja	1	25	21	42.0			
Edad							
≤ 30 años	3	75	15	30.0	0.14	0.014 – 1.487	0.066
> 30 años	1	25	35	35.0			
Tiempo							
< 6 meses	2	50.0	17	34.0	1.91	0.251 – 15.010	0.519
≥ 6 meses	2	50.0	33	66.0			

n: frecuencia, %: porcentaje, IC: intervalo de confianza, OR: odd Ratio.

Fuente: datos obtenidos de los instrumentos aplicados.

10. DISCUSIÓN

En el presente trabajo, se determinó la frecuencia y gravedad de la ansiedad y la depresión en médicos residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta «COVID» durante la pandemia por SARS-CoV-2, adscritos a la UMF 9 del OOAD Guerrero del IMSS, para esto se reunió a una muestra de 54 médicos residentes principalmente mujeres que aceptaron su participación.

La edad reflejó a una muestra joven de 32 años, que es igual que lo reportado como el promedio de edad de los residentes mexicanos en otros estudios, como el estudio de Cabrera-Pivaral que menciona un promedio de 27 ± 3 años, (49), este mismo estudio, no hubo diferencia de sexo, igual que el presentado.

Sobre el estado civil, más de la mitad de los médicos residentes eran solteros en el momento del estudio, un porcentaje más bajo manifestaron tener una pareja, ya fuera casados o viviendo en unión libre; este hallazgo fue similar a lo observado por Acosta-Fernández en su estudio en el cual de sus 13 participantes solo 1 estuvo casado y 1 vivía en unión libre (15).

El grado académico reflejó una muestra equilibrada en los residentes de primer, segundo y tercer año. Sobre el tiempo que tenían en atención a pacientes COVID-19, la mayoría de los residentes, tenían más de 6 meses trabajando en dichas unidades, lo que corresponde al tiempo de avance de la pandemia con el tiempo en el que se realizó el presente estudio.

La escala de depresión y ansiedad de Beck reflejó que lo más frecuente fue un nivel de ansiedad mínima / leve. De acuerdo con un trabajo de Sadiq et al., de 2019, en el cual reporto niveles bajos de ansiedad respecto a estudios realizados en el año 2022 han observado una mayor frecuencia de ansiedad; Alawad et al., Appiani et al., (52), Civantos et al., en Brasil (53); estos resultados son más similares lo observado en el presente trabajo, al tiempo que reflejan que aunque la presencia de ansiedad durante

la pandemia se encuentra en niveles similares a lo encontrado por otros autores, con respecto a mediciones prepandemia esta ha incrementado exponencialmente.

Con respecto de la depresión, se observó que la gran mayoría de los participantes tuvieron un nivel mínimo / leve de depresión; con menor frecuencia, se observaron residentes con depresión moderada y grave, algo que es necesario atender dado el riesgo de ideación suicida que puede tener una persona ante la presencia de depresión grave; algo que los expertos han previsto se incremente en estos años (54,55), el cual Zhou et al., en el 2020 encontraron mayores niveles de depresión en médicos que participaron en la primera línea de atención a pacientes COVID (56) presentando un tamaño de muestra mayor a la nuestra así como el país de desarrollo del estudio ya que se realizó en China, lugar donde dio inicio la pandemia.

De manera similar que con la ansiedad, en 2019 Saquid et al., un menor porcentaje de los residentes tenía depresión grave (50); por el contrario, en 2022 Alawad et al., encontraron más de la mitad de los residentes presentaban depresión grave (51), Das et al., observaron depresión mayor a lo reportado en el año 2019 (57), Liang (58) y Alkhamees et al., con la misma incidencia de los niveles de ansiedad (59). Los resultados de otros trabajos son variados, y en comparación con lo hallado en el presente estudio, los residentes tuvieron una frecuencia menor de depresión; no obstante, como se mencionó antes, es un asunto que requiere de atención.

Cuando se realizaron comparaciones utilizando las variables sociodemográficas para conocer si podrían tener influencia en los diferentes niveles de ansiedad y de depresión, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el sexo, la edad, el estado civil o el tiempo que llevaban los residentes en la atención a los pacientes COVID-19.

Esto es un cambio a lo que previamente se ha observado, ya que el ser mujer representa usualmente un factor de riesgo para la presentación de depresión y ansiedad (60); por lo que probablemente será necesario investigar que otros factores están influyendo para el desarrollo o la protección ante la depresión y la ansiedad durante la pandemia por SARS-CoV-2.

En cuanto al riesgo, los hombres tuvieron aparentemente más riesgo tanto para la depresión o la ansiedad, esto podría implicar que tanto hombres como mujeres, se encuentran en un riesgo similar de desarrollar depresión o ansiedad durante la pandemia, aunque se requieren más estudios para probarlo, se deberá tomar en cuenta para futuros eventos en los que el confinamiento o una larga vigilancia de pacientes graves sea necesaria. Los residentes más jóvenes mostraron mayor frecuencia de depresión y ansiedad. Por otro lado, los residentes con pacientes con COVID-19, que tenían 6 meses o más atendiéndolos, tuvieron un mayor riesgo de presentar depresión.

Los resultados de este estudio, muestran que los residentes más jóvenes, tanto por el año de residencia como por la edad, necesitan una vigilancia más cercana y orientación sobre el manejo de emociones, e incluso de pueden beneficiar de ser referidos por el departamento de psicología; además los residentes que llevan más tiempo trabajando con los pacientes críticos con COVID-19 (e incluso otros pacientes con alto riesgo de morir), también pueden ser más vulnerables a la depresión, probablemente por el constante contacto con pacientes cercanos a la muerte e incluso las familias, un evento que podría estar representando a la fatiga por compasión (61).

Mientras más grave fue la ansiedad, más severa fue la depresión hallada en los médicos residentes y viceversa. Estos dos trastornos se encuentran juntos frecuentemente en los estudios ya sea en población general o el personal de salud y existen diversas hipótesis de porque suceden asociados; entre otras razones, la importancia de su asociación implica que ante la detección de una de las dos en un médico residente se puede suponer que la otra también está presente y que entre más grave sea una, la otra también lo será; en especial cuando la depresión se vuelve severa será necesaria una intervención inmediata puesto que el riesgo de una ideación suicida se incrementa.

La importancia también radica en la atención que el médico residente puede otorgar a los pacientes, ya que tanto la ansiedad como la depresión pueden provocar descuidos que pueden tener consecuencias graves para el paciente; así mismo, pueden obstaculizar el proceso de aprendizaje y por último desde el punto de vista inmunológico aumentan la probabilidad de que la persona enferme, lo que es más grave ante un médico que se encuentra en áreas de alta contagiosidad.

11. CONCLUSIÓN

La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos mentales más comunes en el mundo; los resultados del presente estudio mostraron niveles bajos de ansiedad así como depresión esto puede deberse al tamaño de nuestra muestra sin embargo es importante tratar a esta población ya que normalmente la residencia medica es un tiempo de cambios que conlleva estrés y ansiedad; tanto la depresión como la ansiedad no estuvieron relacionadas con el sexo, la edad, el estado civil o el tiempo que llevaban los residentes en atención a pacientes COVID-19.

Así mismo, la frecuencia de depresión y ansiedad observada fue mucho mayor que en estudios previos a la pandemia, con un mayor riesgo en los residentes de primer año, de 30 años o menores y en quienes llevaban más de 6 meses en atención a pacientes con COVID-19.

12. RECOMENDACIONES Y PERSPECTIVAS

Como se ha observado en el presente trabajo, los médicos residentes muestran niveles de depresión y ansiedad superiores a los que se observaban en otros estudios previos a la pandemia; esta situación requiere de la atención y probablemente de la planeación de medidas que permitan a los residentes reducir y manejar sus niveles de estrés y otras emociones involucradas en la atención a pacientes con COVID-19.

Así mismo, es necesario continuar monitoreando la salud mental de los médicos residentes que participan en el cuidado de los pacientes mencionados y del personal de salud involucrado en dichas unidades, enfermeros, médicos adscritos, entre otros; aunque la OMS ha declarado que la pandemia tendrá pronto su fin, la enfermedad seguirá existiendo entre los humanos y por lo tanto las unidades de cuidados también continuarán funcionando, por lo que es esperable seguir encontrando alteraciones en el personal de salud involucrado.

Por esta razón se sugiere:

1. Realizar programas de atención a la salud mental para los residentes ya que la propia residencia medica causa estrés por cambios en los estilos de vida, para disminuir la cantidad de estrés y ansiedad en los médicos residentes, así como los pensamientos suicidas.
2. Continuar con el seguimiento a médicos residentes que presentan alto riesgo de sufrir ansiedad y depresión, mediante psicología, psiquiatría, SPPSTIMSS y medicina familiar.
3. Es necesario conocer los factores que pueden influir tanto en el desarrollo como en el agravamiento de la depresión y la ansiedad, así como los factores que actúan como protectores ante ellos, dado que, de las variables investigadas en el estudio, solo se observó una relación entre la presencia y la gravedad de la depresión y la ansiedad, pero no de otras variables típicamente relacionadas.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382(21):2049–55.
2. Steil A, Tokeshi ABP, Bernardo LS, da Silva Neto GP, Davi RF, Bárbara AFS, et al. Medical residents' mental distress in the COVID-19 pandemic: An urgent need for mental health care. *PLoS One*. 2022;17(3 March):1–11.
3. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and anxiety in Hong Kong during covid-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10).
4. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2021;1486(1):90–111.
5. Salari N, Khazaie H, Hosseini-Far A, Khaledi-Paveh B, Kazemian M, Mohammadi M, et al. The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health [Internet]*. 2020;18(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00544-1>
6. Nelson D. La nueva economía y política de la globalización. *OpenMind*. [Internet]. 2018. Available from: <https://www.bbvaopenmind.com/articulos/la-nueva-economia-y-politica-de-la-globalizacion/>
7. (ESCWA). E and SC for WA. Socioeconomic Impact of COVID-19: Policy Briefs. United Nations Economic and Social Commission for Western Asia.
8. Organization WH. International community rallies to support open research and science to fight COVID-19. 2020.
9. Carroll L. Ansiedad y depresión en personal de salud chino en contacto con COVID-19. *Medscape*.
10. Palacios-Cruz M, Santos E, Velazquez-Cervantes MA, León-Juarez M. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp [Internet]*. 2021;221(1):55–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102523/>

11. World Health Organization. OMS | ¿Qué es una pandemia? OMS. [Internet]. 2013. Available from: https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/es/
12. Asale R. Pandemia | Diccionario de la lengua española. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario.
13. Institute R. COVID-19 Dashboard. Regenstrief Institute. 2020;
14. Grácida-Gómez R. Supera Guerrero los 12 mil contagios de Covid-19 y las defunciones llegan a mil 486. El Sur Acapulco | Noticias Acapulco Guerrero.
15. Acosta-Fernández M, Aguilera-Velasco M de los Á, Pozos-Radillo BE, Torres-López TM, Parra Osorio L. Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2017;6(23):169–79. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012>
16. World Health Organization. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. OMS/WHO.
17. Organización Panamericana de la Salud. PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EPIDEMIAS [Internet]. 2009. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%2520de%2520influenza%2520y%2520Salud%2520mental%2520Esp.pdf>
18. World Health Organization. Salud Mental y COVID-19.
19. World Health Organization. #SanosEnCasa – Salud mental.
20. UNITED NATIONS POLICY BRIEF: COVID-19 AND THE NEED FOR ACTION ON MENTAL HEALTH.
21. Organization WH. Depresión. Organización Mundial de la Salud. Available from: https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
22. Kola L. Global mental health and COVID-19. *The Lancet psychiatry* [Internet]. 2020;7(8):2–4. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30235-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30235-2)
23. Infobae. Cómo ha cambiado la salud mental de las distintas generaciones debido al brote de coronavirus. 2020.
24. Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I. El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la

- salud mental de los profesionales sanitarios. Esc Andaluza Salud Pública. 2020;
25. cruz valdés fernando austria corrales loredmy Herrera Kienhelger Jorge salas Hernández beatriz, zaira vega valero cinthya, Cruz Valdés B, Austria Corrales F, Herrera Kienhelger L, Salas Hernández J, et al. Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una ePidemia Por influenza aH1n1 Prevalence of burnout syndrome and coping strategies during an ePidemiology because of aH1n1 influenza. *Suma Psicológica*. 2011;18(2):17–28.
 26. López C. Inteligencia emocional y relaciones interpersonales en los estudiantes de enfermería. *Educ Med*. 2015;16:83–92.
 27. Cabrera-Pérez P. Freud: Indagaciones En Torno Al Sujeto, La Alteridad Y La Experiencia -. 2015; Available from: <https://xdoc.mx/documents/freudindagaciones-en-torno-al-sujeto-la-alteridad-y-la-experiencia-5c4778aeafa9a>
 28. IMSS. CENETEC-Salud. (2008). Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. 2008; Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/GRR_IMSS_392_10.pdf
 29. Lozano-Vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020;83(1):51–4. Available from: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i1.3687>
 30. Association AP. Los distintos tipos de estrés. 2018; Available from: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos#:~:text=El%2520manejo%2520del%2520estr%25C3%25A9s%2520puede,Analicemos%2520cada%2520uno%2520de%2520ellos.>
 31. Casas J, Ramón-Repullo J, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2009;17(4):237–42. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77511-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77511-8)
 32. Zhu Y, He Y, Wang Z, Jin Z, Zheng C, Sun G, et al. Chinese Society of

- Interventional Radiology Expert Consensus on the prevention and control of COVID-19 in interventional radiology procedures (first edition). *Quant Imaging Med Surg*. 2020;10(5):1045–57.
33. Zhao G. Tomar medidas preventivas inmediatamente: evidencia de China sobre el COVID-19. *Gac Sanit* [Internet]. 2020;34(3):217–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.03.002>
 34. Piñeiro-Fraga M. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Glob* [Internet]. 2003;8(31):125–34. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n31/docencia3.pdf>.
 35. Gallagher T, Schleyer A. “We Signed Up for This!” — Student and Trainee Responses to the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020;8.
 36. Administration SA and MHS. Coping with Stress During Infectious Disease Outbreaks Publications and Digital Products. 2014 [Internet]. Available from: <https://store.samhsa.gov/product/Coping-with-Stress-During-Infectious-DiseaseOutbreaks/sma14-4885>.
 37. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* [Internet]. 2020;368(March):1–4. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1211>
 38. Excellence NI for H and C. Post-traumatic stress disorder. Guidance. NICE. 2018;
 39. NOM-001-SSA3-2018. NORMA Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2018 Educacion para la salud, para la organizacion y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atencion médica.
 40. Oficio N° 09 B5 61 61 2510/2020001531. 23 DE ABRIL 2020.
 41. lineamientos de reconversión hospitalaria. 2020; Available from: <https://coronavirus.gob.mx/wpcontent/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>.
 42. Aguirre H, López F. Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes. *Rev Fuente* [Internet]. 2011; Available from:

<http://dspace.uan.mx:8080/jspui/handle/123456789/754>.

43. Villalba M. Diccionario de Medicina océano Mosby. España: Océano; 2005. 767 p.
44. de la Rubia JM, de León FC. Validación de la escala de estrés percibido (PSS-14) en la población de dentistas colegiados de monterrey. *Ansiedad y Estres*. 2014;20(2–3):193–209.
45. Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. *Cir y Cir (English Ed)*. 2020;88(5):542–7.
46. Zamudio-villarreal JF. La función de los médicos residentes según las leyes mexicanas. *Evid Médica e Investig en Salud*. 2011;4(1):5–6.
47. Academia RE. Diccionario de la lengua española. 2021. sn.
48. Olmedo-canchola VH, Bazán-miranda G, Torres-carrillo J, Halabe-cherem J, Heinze-martin G. Los médicos residentes de la UNAM , piezas clave frente a la pandemia. *Med Int Méx*. 2020;36(6):841–51.
49. Cabrera-Pivaral CE, González-Pérez GJ, Vega-López MG, Recinos-Girón JJ, Zavala-González MA, Alonso-Álvarez MA. Intervención educativa en médicos residentes para el dominio de lectura crítica de reportes de investigación. *Investig en Educ Médica*. 2015;4(15):119–25.
50. Sadiq MS, Morshed NM, Rahman W, Chowdhury NF, Yasir Arafat SM, Mullick MSI. Depression, anxiety, stress among postgraduate medical residents: A Cross sectional Observation in Bangladesh. *Iran J Psychiatry*. 2019;141(3):192–7.
51. Alawad HS, Amin HS, Alfaris EA, Ahmed AM, Alosaimi FD, BaHammam AS. Anxiety and depression symptoms among medical residents in KSA during the COVID-19 pandemic. *J Taibah Univ Med Sci [Internet]*. 2022;17(2):192–202. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2022.01.005>
52. Appiani FJ, Cairoli FR, Sarotto L, Yaryour C, Basile ME, Duarte JM. Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety and depression among physicians of a teaching hospital during the covid-19 pandemic. *Arch Argent Pediatr*. 2021;119(5):317–24.
53. Civantos AM, Bertelli A, Gonçalves A, Getzen E, Chang C, Long Q, et al. Mental health among head and neck surgeons in Brazil during the COVID-19 pandemic:

- A national study. *Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg.* 2020;41(6).
54. Sher L. 2020 Sher The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM [revista en Internet]* 2020 [acceso 18 de febrero de 2021]; 113(10): 707-712. 2020;1–17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7313777/pdf/hcaa202.pdf>
 55. Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, Petrie K, Strudwick J, Gayed A, et al. Mental illness and suicide among physicians. *Lancet [Internet]*. 2021;398(10303):920–30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8)
 56. Zhou Y, Wang W, Sun Y, Qian W, Liu Z, Wang R, et al. The prevalence and risk factors of psychological disturbances of frontline medical staff in china under the COVID-19 epidemic: Workload should be concerned. *J Affect Disord.* 2020;227(January):510–4.
 57. Das A, Sil A, Jaiswal S, Rajeev R, Thole A, Jafferany M, et al. A Study to Evaluate Depression and Perceived Stress Among Frontline Indian Doctors Combating the COVID-19 Pandemic. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2020;22(5):20m02716.
 58. Liang Y, Wu K, Zhou Y, Huang X, Zhou Y, Liu Z. Mental health in frontline medical workers during the 2019 novel coronavirus disease epidemic in China: A comparison with the general population. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):1–12.
 59. Alkhamees AA, Assiri H, Alharbi HY, Nasser A, Alkhamees MA. Burnout and depression among psychiatry residents during COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health [Internet]*. 2021;19(1):1–9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00584-1>
 60. Pokhrel NB, Khadayat R, Tulachan P. Depression, anxiety, and burnout among medical students and residents of a medical school in Nepal: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):1–18.
 61. Fabri NV, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro RP, Moreira AAO, Haddad M do CLF. Satisfaction, compassion fatigue and associated factors in primary care nurses. *Enferm Glob.* 2021;20(4):313–23.

14. ANEXOS

14.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)</p>
Nombre del estudio:	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR QUE FORMARON PARTE DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA COVID DURANTE LA PANDEMIA POR SARS COV2, ADSCRITOS A LA U.M.F. N 9 DEL IMSS ACAPULCO; GRO
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar. No 9 DEL IMSS ACAPULCO; GRO NOVIEMBRE 2021.
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	La pandemia por COVID-19 está creando situaciones sin precedentes entre la población mundial. No solo el impacto directo sobre la salud de aquellos que llegan a infectarse y sus repercusiones en la dinámica familiar de quienes conviven con esta persona, también está el hecho de la ansiedad y depresión en el personal de salud debido a diversos factores de riesgo. Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta COVID-19, durante la pandemia por SARS CoV-2 adscritos a la UMF N° 9 del IMSS, Acapulco; Gro.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario inventario de Beck para ansiedad y depresión.
Posibles riesgos y molestias:	El tiempo invertido en la resolución del cuestionario
Posibles beneficios que recibirá al participar	Evaluación del nivel de ansiedad y depresión y ser canalizado a psicología, medicina familiar, psiquiatría en el estudio: SPPSTIMSS a quien lo amerite
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le dará a conocer el resultado y con base a esto se comentará la importancia de recibir tratamiento:
Participación o retiro:	En el momento que así lo desee.
Privacidad y confidencialidad:	Se mantendrán los resultados en forma confidencial y solo serán usados para fines del estudio.
Declaración de consentimiento:	Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio: <input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio <input type="checkbox"/> Si acepto participar
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigadora o Investigador Responsable: Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda 99122375 7444823031 ext 51407 irasema.urbina@imss.gob.mx	
Colaboradores:	Dra. Celeste Aguilar Vargas mat: 99129939 7442084610. draquilar172@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación de la UMF 9 IMSS: Av. Cuauhtémoc 95 colonia centro, Acapulco, Gro. CP 39300. Teléfono (744) 4 82 30 31 ext. 51407, Correo electrónico: comite.11018@gmail.com	
Nombre y firma del participante	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

14.2HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Guerrero
Unidad de Medicina Familiar número 9



**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES DE MEDICINA
FAMILIAR QUE FORMARON PARTE DE LOS EQUIPOS DE RESPUESTA
COVID DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2, ADSCRITOS A LA U.M.F.
N°9 DEL IMSS**

RECOLECCIÓN DE DATOS (POR PACIENTE)

N° DE REGISTRO: _____

-Sexo: Hombre Mujer

-Edad: _____ años

-Estado civil: _____

-Grado académico: R1: _____ R2: _____ R3: _____

-Tiempo laborando en equipos de respuesta COVID-19: _____ meses.

-Test de Beck: _____ puntos **Clasificación:** _____.

Inventario de Beck: _____ puntos **Clasificación:** _____.

Observaciones:

14.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Gravemente
1 Torpe o entumecido				
2 Acalorado				
3 Con temblor en las piernas				
4 Incapaz de relajarse				
5 Con temor a que ocurra lo peor				
6 Mareado o que se le va la cabeza				
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8 Inestable				
9 Atemorizado o asustado				
10 Nervioso				
11 Con sensación de bloqueo				
12 Con temblores en las manos				
13 Inquieto, inseguro				
14 Con miedo a perder el control				
15 Con sensación de ahogo				
16 Con temor a morir				
17 Con miedo				
18 Con problemas digestivos				
19 Con desvanecimientos				
20 Con rubor facial				
21 Con sudores fríos o calientes				

14.4 Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto
- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
 - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
 - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
 - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
- 11 Agitación
- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
 - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
 - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.
- 12 Pérdida de Interés
- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
 - 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
 - 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
 - 3 Me es difícil interesarme por algo.
13. Indecisión
- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
 - 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
 - 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
 - 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.
14. Desvalorización
- 0 No siento que yo no sea valioso
 - 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
 - 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
 - 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía
- 0 Tengo tanta energía como siempre.
 - 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
 - 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
 - 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.
16. Cambios en los Hábitos de Sueño
- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 - 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
 - 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
 - 2a Duermo mucho más que lo habitual.
 - 2b. Duermo mucho menos que lo habitual 3^a. Duermo la mayor parte del día
 - 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17. Irritabilidad
- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
 - 1 Estoy más irritable que lo habitual.
 - 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
 - 3 Estoy irritable todo el tiempo.
18. Cambios en el Apetito
- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 - 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
 - 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
 - 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
 - 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
 - 3a . No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.
19. Dificultad de Concentración
- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
 - 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

14.5 CARTA DE NO INCONVENIENTE



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO
DESCONCENTRADO GUERRERO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACION EN SALUD



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9

Acapulco Guerrero 19 de Mayo de 2021
ASUNTO: Carta de No Inconveniente

Dra. Magali Orea Flores
Presidente del Comité Local de Investigación 1101
PRESENTE

Por este medio me permito manifestarle que no existe inconveniente que en esta unidad de salud se lleve a cabo la ejecución del estudio de investigación que lleva por título:

Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos residentes de medicina familiar que formaron parte de los equipos de respuesta COVID-19, durante la pandemia por SARS- CoV2, adscritos a la UMF

El protocolo está dirigido por la Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda investigador responsable adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de la Delegación Guerrero del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se le autoriza la recolección de datos una vez que el protocolo presente dictamen de autorizado por el comité de Investigación y que está basado en los principios éticos vigentes.

Así mismo el equipo de Investigación se compromete a respetar la confidencialidad y privacidad de los datos, comprometiéndose a solo recolectar los datos necesarios para la investigación, sin recolectar información personal, identificando a cada paciente con un número de folio e iniciales. Los investigadores además han adquirido el compromiso además a jamás revelar la identidad de los participantes en ninguna publicación que surja en el presente protocolo.



Atentamente

"Seguridad y Solidaridad Social"

Dr. Rogelio Ramírez Ríos

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en salud Unidad de Medicina Familiar No 9.

Av Cuauhtémoc No. 1573 J. Centro C.P. 39300 Acapulco, Gro. Tel. 744 4 82 30 31 ext. 51407