



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN, ANSIEDAD E INSOMNIO EN EL
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1”**

Número de registro SIRELCIS: R-2022-1701-032

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

PRESENTA:

ABIGAIL CHÁVEZ JAIMES

ASESOR DE TESIS:

M.S.P. MARCO ANTONIO LEÓN MAZÓN
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CON MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CUERNAVACA, MORELOS, SEPTIEMBRE 2023



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.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1701.
H GRAL REGIONAL -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS 18 CI 17 007 032
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 17 CEI 004 2018121

FECHA Viernes, 16 de diciembre de 2022

Mtro. Marco Antonio Leon Mazon

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Factores asociados a depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1** 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-2022-1701-032

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

ATENTAMENTE

Dr. DELIA GAMBOA GUERRERO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1701

IMSS

**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN, ANSIEDAD E INSOMNIO EN EL
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

ABIGAIL CHÁVEZ JAIMES

A U T O R I Z A C I O N E S:

**DRA. AMELIA MARISSA LEIVA DORANTES.
COORD. DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL.
O O A D M O R E L O S**

**DRA. LAURA ÁVILA JIMÉNEZ.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE
INVESTIGACIÓN EN SALUD.
O O A D M O R E L O S**

**M.S.P. MARCO ANTONIO LEÓN MAZÓN.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE
EDUCACIÓN EN SALUD.
OOAD MORELOS**

**M.S.P. MARCO ANTONIO LEÓN MAZÓN
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD
ADSCRITO A UMF 20**

**DRA. ALMA LETICIA FLORES SAMANO
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITA A UMF 20**

ASESOR DE TESIS

**M.S.P. MARCO ANTONIO LEÓN MAZÓN
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CON MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN, ANSIEDAD E INSOMNIO EN EL
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR No. 1”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ABIGAIL CHÁVEZ JAIMES

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**“FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN, ANSIEDAD E INSOMNIO EN EL
PERSONAL MÉDICO QUE LABORA EN LAS ÁREAS CRÍTICAS DEL HOSPITAL
GENERAL REGIONAL CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**ABIGAIL CHÁVEZ JAIMES
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. LAURA ÁVILA JIMENEZ.
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD. OOAD MORELOS

SECRETARIO DEL JURADO
DRA. ANABEL CAMACHO ÁVILA
PROFESORA INVESTIGADORA DE TIEMPO COMPLETO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

VOCAL DEL JURADO
DR. MARCO ANTONIO LEÓN MAZÓN
COORD. AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD.
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD. OOAD MORELOS

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios, que me permitió estar en este mundo desarrollandome como médico.

Dedicada a mis padres, quienes me motivaron a continuar con mis estudios de posgrado; a mis hijos, mi motor de vida; a mis hermanos y demás familiares, que en cierta forma se mantuvieron pendientes de mis avances.

Dedicada con mucho respeto a esos compañeros que se nos adelantaron, decidiendo tomar el camino más fácil para librarse de la tristeza, que Dios los tenga en gloria.

Dedicada a todos los compañeros médicos que han estado en algún momento de su vida con sentimientos de depresión, ansiedad y no han encontrado el apoyo, ánimo compañeros, busquen esa paz y salud mental que tanto necesitamos.

Abigail Chávez Jaimes

Médico familiar.

AGRADECIMIENTO

El principal agradecimiento es a Dios, quién me ha tomado de la mano desde el momento que decidí iniciar por este camino llamado medicina y me dió la fortaleza para seguir adelante. Por bendecirme la vida, por guirme a lo largo de mi existencia, ser siempre el apoyo y fortaleza que he necesitado en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A mis padres Eligio y Guillermina por haberme forjado como la persona que soy, a mi madre por enseñarme a nunca desistir, a luchar por mis sueños, a mi padre por enseñarme a ser paciente y entregar lo mejor de mi, ambos me han dado los mejores consejos de vida y mis logros se los debo a ustedes.

A mis hermanos Conchita y Eugenio, que han sido mi ejemplo y lucha para alcanzar mis metas. Gracias por estar siempre presentes, los amo y admiro por siempre.

A mis sobrinos que por medio de su alegría me motivaron a seguir adelante.

A mis adorados hijos Caleb y Baruc, quienes son mi principal motivación, libran mi mente y mi cuerpo del cansancio y de todas las adversidades que se presentan, y me han impulsado cada día a superarme y a ofrecer siempre lo mejor. Gracias Caleb, sé que no fue fácil decir adiós a mami, lo mismo me dolió dejarte como a tí verme partir, mis días pasaban contando el tiempo para el próximo abrazo que nos daríamos. Mi bebé Baruc, que aunque no hablas y tu único medio para expresar es el llanto y tu sonrisa, me has enseñado muchas sabias lecciones para la vida. No fue fácil, lo sé, pero tal vez si no les tuviera, no habría logrado tantas cosas, tal vez mi vida sería un desastre. Muchas gracias hijos.

A pesar de que tengamos nuestras eventuales discusiones, y de que tal vez seamos polos opuestos en ciertas cuestiones, has sido una de las principales personas involucradas en ayudarme en que este proyecto fuera posible, gracias Marco Antonio.

A mi asesor de tesis y coordinador de enseñanza, Dr. Marco Antonio León, que a pesar de sus múltiples ocupaciones, encontró un lugar en su agenda para apoyarme en la realización de esta tesis. A mi profesora, Dra. Alma Leticia Flores, gracias por su paciencia, su disposición y su enseñanza en cada momento que me acerqué a usted.

Directorio

Investigador responsable

Marco Antonio León Mazón

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud.OOAD Morelos

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Unidad de Medicina Familiar No. 20

Matrícula: 99181789

Teléfono: 7771035056

Correo electrónico: marco.leonm@imss.gob.mx

Investigador asociado:

Abigail Chávez Jaimes

Residente de la especialidad en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 20

Matrícula: 98181029

Teléfono: 7444080585

Correo electrónico: abich_153@hotmail.com

Índice.

Resumen.....	13
MARCO TEÓRICO.....	15
Salud mental.....	15
Depresión.....	19
Ansiedad.....	23
Insomnio.....	26
Áreas críticas: servicio de urgencias y unidad de cuidados intensivos (terapia intensiva).....	29
MARCO REFERENCIAL.....	32
METODOLOGÍA.....	37
Justificación.....	37
Pregunta de investigación.....	39
Objetivo de investigación.....	40
Material y métodos.....	41
Descripción de variables.....	43
Muestra.....	48
Instrumentos.....	50
Análisis de datos: propuesta de análisis estadístico.....	51
Aspectos éticos.....	52
RESULTADOS.....	55
Análisis de regresión logística Bivariado.....	76
Análisis de regresión logística múltiple.....	93
DISCUSIÓN.....	98
LIMITACIONES.....	100
FORTALEZAS.....	100
CONCLUSIÓN.....	101
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	102
ANEXOS.....	103
1. Consentimiento informado.....	103
2. Cuestionario sociodemográfico.....	106
3. Inventario de Depresión de Beck 2.....	108

4. Escala Gad 7	110
5. Escala de insomnio de Athenas	111
6. Cronograma	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

Resumen

Antecedentes: La salud mental forma parte integral de la salud y el bienestar de todo ser humano, la definición de salud de la OMS dicta: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». En diferentes estudios existe elevada prevalencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo en los médicos, los principales factores de riesgo para desarrollar trastornos del estado de ánimo o trastorno de ansiedad son el sexo, la edad, los relacionados con el trabajo como el horario, carga de trabajo, entre otros. **Objetivo:** Evaluar los factores asociados a depresión, ansiedad e insomnio del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos. **Métodos:** se realizó un estudio observacional, de corte transversal analítico al personal de salud adscrito al área de urgencias y unidad de cuidados intensivos del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario para recolectar datos sociodemográficos, las herramientas de detección: el Inventario de Beck II, para evaluar el estado depresivo, la escala GAD 7 para evaluar trastorno de ansiedad y la escala Athenas para evaluar insomnio. **Recursos e infraestructura:** El presente estudio se llevó a cabo con recursos humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo el investigador responsable, la investigadora asociada, así como el personal médico que participó en el estudio. Los recursos físicos con que se cuenta son las instalaciones del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, para la aplicación de los cuestionarios. **Experiencia del grupo:** el investigador principal cuenta con experiencia en la realización de protocolos, metodología

de la investigación; análisis de datos y en manejo de bases de datos. **Tiempo a desarrollarse:** después de ser aprobado el protocolo de investigación, la aplicación de cuestionarios para recolección de datos y el análisis de los datos obtenidos se realizaron durante los meses octubre y noviembre del año 2022 y diciembre - enero del 2023. **Resultados:** La posibilidad de presentar depresión se incrementa 3 veces en el sexo mujer en comparación con el sexo hombre ajustando las variables estudiadas. La posibilidad de presentar ansiedad se incrementa 2.7 veces en el sexo mujer. En el modelo de regresión logística múltiple donde se evaluó insomnio, ninguna de las variables estudiadas se asoció con insomnio con un valor de P mayor a 0.05. **Palabras clave:** depresión, ansiedad, insomnio, personal médico, Morelos.

Palabras clave: salud mental, depresión, ansiedad, insomnio, personal médico, áreas críticas.

MARCO TEÓRICO.

Salud mental

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar de todo ser humano, tal y como se refleja en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. La salud mental puede verse afectada por múltiples factores que, ya sea de forma colectiva o individual, tienen que abordarse mediante estrategias integrales de todo el gobierno para la promoción, la prevención, el tratamiento y la recuperación. (1)

La exdirectora General de la Organización Mundial de la Salud, la Dra. Margaret Chan comentaba en sus líneas que “La buena salud mental permite que las personas materialicen su potencial, hacerle frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y realicen aportaciones a su comunidad”. Destacando que el bienestar mental es un componente fundamental de la definición de salud de la OMS (1) . Así se refleja en el Plan de acción sobre Salud Mental 2013 – 2020, un documento elaborado con el único objetivo de abordar los problemas de salud mental en todo el mundo.

El Plan de acción sobre Salud Mental 2013 – 2030 es un plan actualizado que se basa en el plan anterior, con mejores opciones de implementación y con nuevas metas mundiales. La base de este plan es que se valore, fomente y proteja la salud mental, se

prevengan los trastornos mentales, y las personas afectadas puedan ejercer la totalidad de sus derechos humanos, tengan acceso oportuno a una atención sanitaria y social de calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, para alcanzar el más alto nivel posible de salud y la plena participación en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones. Su finalidad global es fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales entre las personas en riesgo, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y disminuir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales, y garantizar la cobertura universal de atención a la salud mental. En este plan de acción los trastornos mentales incluyen una serie de trastornos mentales y conductuales que figuran en la décima revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10). Entre estos se incluyen trastornos con alta carga de mortalidad como lo es la depresión, la ansiedad, entre otros. (Plan de acción 2013 – 2030).

Por su parte, México ha creado el Programa de acción específico “Salud mental y adicciones 2020 – 2024” en el que se requiere que la población mexicana para el año 2023 reciba atención médica y hospitalaria gratuita y alcance el bienestar general garantizando una vida sana y promoviendo el bienestar para todos en todas las edades; considerando la inclusión de la salud mental, y estipulando como metas: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento oportuno; y promover la salud mental y el bienestar. Las condiciones de salud mental en México presentan una creciente prevalencia y, al igual que en el mundo, contribuyen de forma importante a la morbilidad, a la mortalidad prematura y a una creciente discapacidad psicosocial. Las condiciones de salud mental aumentan el riesgo

de padecer enfermedades crónicas degenerativas que impactan en el perfil de salud de la población. (Programa de acción específico de salud mental y adicciones)

En la actualidad, México, al igual que el resto del mundo, no es una excepción a los casos en los que se presta poca atención a la salud mental; los recursos financieros, humanos y físicos disponibles para la atención de la salud mental son insuficientes y se encuentran mal distribuidos, generando una amplia brecha entre el número de personas con trastornos mentales que necesitan tratamiento y el número que lo recibe. (Programa de acción específico de salud mental y adicciones)

Esto se debe, en parte a la escases de recursos financieros; en promedio, los gastos globales anuales en salud mental es inferior a US\$2 por persona, e inferior a US\$ 0.25 por persona en los países de bajos ingresos. El gobierno mexicano señala que solo el 2% del presupuesto de salud se destina a la atención en salud mental. El número de profesionales especializados en temas de salud mental es insuficiente, se estima que a nivel mundial hay un psiquiatra para atender a 200,000 o más personas, no siendo la excepción México. Y finalmente la escasa calidad en la atención mental se debe a la baja disponibilidad de medicamentos básicos para los trastornos mentales en la atención primaria. (Plan de acción 2013 – 2030)

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM – V), un trastorno mental se define como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en el estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los

trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes”. (2)

Los determinantes de la salud mental incluyen no solo características individuales como la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida y las condiciones laborales. En muchas sociedades, la enfermedad mental está asociada con la marginación y la pobreza, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés. El estigma y la discriminación que sufren las personas con trastornos mentales, se violan con frecuencia sus derechos humanos, negándoles muchos de sus derechos económicos, sociales y culturales y negándoles el acceso al trabajo, a la educación, y la reproducción no pudiendo gozar del más alto nivel de salud posible. (Plan de acción 2013 – 2030).

Los principales factores de riesgo para desarrollar trastornos afectivos o trastornos de ansiedad son factores relacionados con el trabajo, como el horario, el cumplimiento de las reglas de organización, la carga de trabajo, la incapacidad para participar en actividades de ocio, las relaciones con las autoridades superiores. Entre los factores internos se encuentran la capacidad de recuperación ante situaciones de emergencia y el género mujer. (3) La exposición a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionalmente elevadas de discapacidad y mortalidad. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes. (Plan de acción 2013 – 2030)

Ante esta situación, es importante realizar campañas de prevención de los trastornos mentales a nivel institucional. La justificación de su implementación incluye la relación que existe entre la salud mental y los riesgos laborales y la calidad de la atención al paciente. (3)

Partiendo de este principio, vale la pena señalar que aquellos trabajadores de la salud que trabaja diariamente en las áreas críticas de los hospitales, como son las salas de urgencias y las unidades de cuidados intensivos, son los que mayormente tienen los factores de riesgo mencionados anteriormente. Hasta el momento se han realizado poco estudios en el estado de Morelos, donde el principal interés sea la búsqueda de trastornos mentales como depresión, ansiedad e insomnio entre los profesionales de la salud, enfatizando los estudios en aquellos que desarrollan su labor en las áreas críticas de los hospitales.

Los trastornos mentales son comunes en la población médica, la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo entre los médicos es de alrededor de 10.5 al 19.3% para ansiedad y del 7.8 al 48% para depresión.(3). Dentro de las instituciones hospitalarias, la prevalencia de los trastornos de ansiedad es alta, y la prevalencia de depresión es aún mucho mayor entre los médicos que en la población general.(3). En cuanto al insomnio, es común entre los médicos, cerca del 45.5% son insomnes. (4)

Depresión

La depresión es un trastorno de salud mental común. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran

gratificantes y placenteras. También puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que se relacione con el cansancio y falta de concentración.

La depresión es una causa importante de discapacidad en todo el mundo, e incide considerablemente en la carga de morbilidad. Los efectos de la depresión pueden ser prolongados o recurrentes, y pueden menoscabar extraordinariamente la capacidad de una persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana para actuar y vivir una vida gratificante. (5)

La etiología de la depresión incluye complejas interacciones de factores sociales, psicológicos y biológicos, no puede estar alterado uno de estos factores sin que se vea afectado el otro, desarrollando en el paciente alteraciones en su salud mental.(5)

Los trastornos depresivos incluyen, entre otros, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disforico premenstrual. Entre estos, el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo; se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración que implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisódicas. (2)

Los trastornos depresivos más frecuentes son el trastorno o episodio depresivo mayor, que presenta síntomas como un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; dependiendo del número y gravedad de los síntomas, un episodio depresivo se clasifica como leve, moderado o severo; y la distimia, una forma persistente o crónica de depresión leve; los síntomas de distimia son similares a los de un episodio depresivo, pero tienden a ser menos intensos y más

duraderos. Cabe establecer otra distinción importante entre la depresión en personas con antecedentes de episodios maníacos, o sin ellos. (6)

Epidemiología de la depresión.

Se estima que en el 2015 la proporción de la población mundial con depresión fue de 4.4%, siendo ésta más común en las mujeres (5.1%) que en los hombres (3.6%). El número total de personas que tiene depresión en el mundo es de 322 millones. A nivel mundial, los trastornos depresivos se clasifican como el mayor factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales.(7)

La epidemiología reportada por la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021, las proporciones de población con síntomas de depresión asciende a 15.4%; sin embargo, entre las mujeres la proporción es un tanto más alta, alcanzando 19.5% con síntomas depresivos.(8)

Dentro del tratamiento para casos de depresión moderada y grave existen tratamientos psicológicos y farmacológicos. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medianos como nuestro país, los servicios de asistencia y tratamiento de personas con depresión suelen ser deficientes o inexistentes. Se estima que aproximadamente en esos países, un 76% a 85% de las personas que sufren trastornos de salud mental carecen de acceso al tratamiento que necesitan. (5)

Instrumentos de cribado para depresión.

Los instrumentos de cribado, son cuestionarios que dentro de sus ítems buscan signos de depresión. El Inventario de Depresión de Beck condujo a una mayor estimación de la

prevalencia de depresión y síntomas depresivos (1316/4702, 36,0%, IC del 95%: 29,0% a 44,0%, $I^2=94,8\%$) que la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (1003/2025, 22,0%, IC del 95%: 12,0% a 35,0%, $I^2=96,6\%$). (6)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) o escala de depresión de Beck es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, dicha escala fue creada por Beck et al en 1961. Esta herramienta constaba de 21 reactivos en una escala de 4 puntos (0-3), por lo que las puntuaciones eran de 0 a 63 puntos. Fue reemplazado en 1996 por el inventario o escala de depresión de Beck II; este se basa en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición (DSM IV) de la Asociación Americana de Psiquiatría, incluye 21 reactivos dando con un puntaje de 0 a 3 puntos. Las instrucciones se mantuvieron igual que versión anterior.(9)

El inventario de depresión de Beck II tiene una confiabilidad interna de alfa de Cronbach 0.89: agrupándolo y analizando los reactivos en 4 factores: somático, cognitivo – conductual, biológico y actitudes negativas. (10)

De acuerdo al puntaje obtenido de la escala de depresión Beck II se clasifica en: 0-9 puntos: No deprimidos. 10-15 puntos: Ligeramente deprimidos. 16-24 puntos: Moderadamente deprimidos. 25-63 puntos: Gravemente deprimidos.(9)

En el presente estudio se utilizará como instrumento de medición El inventario de Beck II, por las características ya comentadas.

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se refieren a un grupo de trastornos mentales caracterizados por sentimientos de ansiedad y temor, que incluyen los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de angustia, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT). Al igual que la depresión, los síntomas pueden ser de leves a severos. La duración de los síntomas que presentan habitualmente las personas con trastornos de ansiedad los convierte en trastornos crónicos, más que episódicos. (7)

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza futura. Ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar estando el miedo asociado accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. (2)

La clasificación del DSM – V de los trastornos de ansiedad incluyen los siguientes: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. (2)

El DSM-V, menciona que el TAG se caracteriza por una preocupación excesiva difícil de controlar que se centra en eventos cotidianos como el ámbito académico, laboral o de salud; se acompaña de síntomas adicionales como tensión muscular o inquietud motora, actividad simpática autónoma, experiencia subjetiva de nerviosismo, dificultad para mantener la concentración, irritabilidad o trastornos del sueño que no se encuentran asociados a otra condición de salud o factores que afecten el sistema nervioso central. (2)

Epidemiología de la ansiedad.

Se estima que en el 2015 la proporción de la población mundial con trastorno de ansiedad fue de 3.6%, siendo más comunes en las mujeres (4.6%), que en los hombres (2.6%), la tasa de prevalencia no varía mucho de acuerdo a los grupos étnicos. En la región de las Américas, se estima que hasta el 7.7% de la población femenina sufre trastorno de ansiedad. En el 2015, los trastornos de ansiedad representaron un total de 264 millones. Las estimaciones son menores para los trastornos de ansiedad en comparación con los trastornos depresivos, puesto que estos trastornos están asociados a un grado menor de discapacidad promedio. Los trastornos de ansiedad están clasificados como el sexto factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales a nivel mundial y figura entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad en todas las Regiones de la OMS. (7)

En lo referente a síntomas de ansiedad, ENBIARE reporta que el 19.3% de la población adulta tiene síntomas de ansiedad severa, mientras otro 31.3% revela síntomas de

ansiedad mínima o en algún grado. Para la población femenina los porcentajes son de 23.2% ansiedad mínima y 32.8 ansiedad en algún otro grado. (8)

Instrumentos de cribado de ansiedad.

Se cuenta con algunas escalas ya conocidas y validadas en el medio para la ansiedad, entre ellas destaca la escala de Hamilton para la ansiedad, es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además, un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Sin embargo, tiene una pobre tasa de validación a nivel clínico, sin mencionar que consume más tiempo al contestar por contar con más ítems. (10)

En una cohorte realizada a población estadounidense en 2004 se evaluó la escala GAD 7 donde se demostró una alta sensibilidad (89%) y especificidad (82%).(9). A su vez esta escala tiene la característica de estar validada en el idioma español. La adaptación fue realizada por un panel de expertos utilizando un proceso de equivalencia conceptual. Consta de 7 ítems con 4 opciones de respuesta que dan puntuaciones de 0 a 3, obteniendo una puntuación de 0 a 21. Se establecen 4 puntos de corte: 0-4 sin ansiedad, 5-9 ansiedad leve, 10-14 ansiedad moderada, 15-21 ansiedad severa (10)

Insomnio

El sueño es considerado como un estado plenamente fisiológico, caracterizado por una disminución del nivel de vigilancia y por el descanso que proporciona a la persona. (11)

El insomnio como síntoma, se define como una queja de dificultad persistente en el inicio, duración, consolidación o calidad del sueño, esta ocurre a pesar de la existencia de adecuadas condiciones para dormir; al día siguiente se presenta alguna repercusión diurna ya sea a nivel social, laboral, educativo, académico, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano. (12)

La clasificación del DSM – 5 de los trastornos del sueño – vigilia incluyen 10 trastornos o grupos de trastornos: trastorno de insomnio, trastorno de hipersomnia, narcolepsia, entre otros. Los sujetos con estos trastornos presentan típicamente insatisfacción con la calidad, el horario y la cantidad del sueño. (2)

El trastorno de insomnio es el más frecuente y uno de los de mayor trascendencia sanitaria y social. (13). El rasgo esencial del trastorno de insomnio es la insatisfacción con la cantidad o calidad del sueño con quejas sobre la dificultad para conciliar o mantener el sueño. Las molestias se acompañan de un malestar clínicamente significativo o de un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. (2)

El insomnio consiste en la sensación subjetiva de no poder dormir cuando o cuanto se desea. Tiene muchas causas y varía en cuanto a su gravedad y duración de un paciente a otro. El insomnio transitorio (no más de 3 semanas) ocurre en personas sin historia de

alteraciones del sueño. El insomnio de larga duración (más de 3 semanas) puede asociarse a una gran variedad de enfermedades. (11)

El insomnio del comienzo del sueño (o insomnio inicial) consiste en la dificultad para quedarse dormido en el momento de acostarse. El insomnio de mantenimiento del sueño (o insomnio medio) conlleva frecuentes o largos despertares a lo largo de la noche. El insomnio tardío conlleva el despertar temprano con incapacidad para volverse a dormir. La dificultad para mantener el sueño es el síntoma individual del insomnio más frecuente, seguido por la dificultad para quedarse dormido, aunque la combinación de estos síntomas es generalmente la presentación más habitual. (2)

El insomnio se asocia a menudo con una activación fisiológica y cognitiva y con factores de condicionamiento que interfieren con el sueño. La preocupación por el sueño y por el malestar que genera la incapacidad para dormir puede conducir a un círculo vicioso; cuanto más se esfuerza el sujeto por dormir, más frustración aparece y más empeora el sueño. (2)

Epidemiología del insomnio.

La prevalencia del insomnio se ha encontrado alta en la población de América Latina de acuerdo a un estudio realizado en 5 ciudades latinoamericanas: Ciudad de México, São Paulo (Brasil), Montevideo (Uruguay), Santiago (Chile) y Caracas (Venezuela), en 2008. (14)

Los estudios sobre la prevalencia del insomnio en la población de México son pocos, la mayoría se centra en la población adulto mayor.

El insomnio es común entre los médicos, en un estudio realizado en 2019 en Irak a 123 médicos arrojó como resultado que el 45.5% de los médicos eran insomnes, dificultando la relación médico paciente. (4)

Un reciente estudio realizado en 2020 a los médicos que atendieron casos de COVID 19 sospechosos o confirmado reveló que la mayoría de los médicos están insomnes durante el brote de COVID-19. Tenían una duración del sueño ligeramente insuficiente y una calidad de sueño insatisfactoria con un funcionamiento físico y mental ligeramente disminuido durante el día. Los médicos con estrés tenían un peor estado de sueño en comparación con los médicos sin estrés. (15)

Instrumentos de cribado para insomnio.

En el estudio específico del insomnio hay un amplio número de escalas que valoran diversos aspectos del sueño, como su calidad, la gravedad y las consecuencias sobre la fatiga corporal, que pueden desarrollar pacientes con insomnio. Los instrumentos utilizados varían desde la creación de un diario del sueño hasta elementos más complejos.

Escala de Insomnio de Atenas (Athens Insomnia Scale [AIS]). Es un instrumento autoadministrado, que se diseñó para cuantificar la dificultad para conciliar el sueño y se basa en los criterios CIE-10. Consta de 8 ítems, los 5 primeros hacen referencia a la inducción del sueño, los despertares durante la noche, la duración total, la calidad del sueño y el despertar, mientras que los otros 3 ítems hacen referencia a la capacidad funcional, la somnolencia diurna y la sensación de bienestar. Hay una versión breve que solo recoge los primeros 5 ítem.(16)

La Escala de Insomnio de Atenas, diseñada para cuantificar en el último mes la dificultad del sueño de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. La escala está validada para población mexicana. La escala de respuesta de los reactivos es de 0-3, donde 0 significa ausencia del problema y 3 como problema severo; obteniéndose una calificación global con un rango de 0-24 puntos; de acuerdo con la validación para población mexicana, la puntuación igual o mayor de 8 puntos marca la presencia de insomnio. La Escala de Insomnio de Atenas mostró un alto grado de homogeneidad interna y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88 y 0.93 para los pacientes psiquiátricos hospitalizados y ambulatorios respectivamente. En el análisis factorial, los reactivos de la Escala de Insomnio de Atenas surgieron como un solo componente con un porcentaje de la varianza explicada de 59.2% y coeficientes de correlación entre los reactivos de 0.38 a 0.75. (17)

Áreas críticas: servicio de urgencias y unidad de cuidados intensivos (terapia intensiva)

Se entiende por trabajo toda actividad humana, intelectual o material, independientemente del grado de preparación técnica requerido por cada profesión u oficio en el que se debe permitir el desarrollo de las capacidades físicas y mentales. Trabajo digno o decente es aquél en el que se respeta plenamente la dignidad humana del trabajador; no existe discriminación por origen étnico o nacional, género, edad, discapacidad, condición social, condiciones de salud, religión, condición migratoria, opiniones, preferencias sexuales o estado civil; se tiene acceso a la seguridad social y se

percibe un salario remunerador; se recibe capacitación continua para el incremento de la productividad con beneficios compartidos, y se cuenta con condiciones óptimas de seguridad e higiene para prevenir riesgos de trabajo. (18)

Los cuidados intensivos y la medicina de emergencia no solo son áreas especializadas relacionadas, si no que se complementan entre sí e idealmente deben garantizar un tratamiento continuo de los pacientes en estado crítico.(19)

Servicio de urgencias

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica), se define al servicio de urgencias, como el conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica. Y se entiende como urgencia a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. (20)

El responsable del servicio de urgencias, está obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales. (21)

La Unidad de Emergencia es la unidad operativa que califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia el tratamiento a pacientes con un amplio espectro de enfermedades de

presentación súbita y de lesiones, algunas de las cuales comprometen la integridad y la vida, y por lo tanto requieren una atención inmediata. Funciona las 24 horas del día, los 365 días del año y la permanencia de los pacientes en esta Unidad no debe ser mayor a las 24 horas.

Unidad de cuidados intensivos.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, la Unidad de cuidados intensivos o terapia intensiva, es el área de hospitalización, en la que un equipo multi e interdisciplinario proporciona atención médica a pacientes en estado agudo crítico, con el apoyo de recursos tecnológicos de monitoreo, diagnóstico y tratamiento. (22)

La atención de pacientes en estado agudo crítico, tiene como uno de sus objetivos principales, que el equipo médico multi e interdisciplinario pueda mantener estables las funciones vitales del paciente, para que en condiciones de absoluto control se pueda hacer frente y atender los cambios fisiopatológicos que originan el estado de gravedad o inestabilidad, sin dejar de lado el tratamiento curativo de la patología de base que ha causado estas alteraciones. (22)

Los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos han mostrado síntomas de ansiedad y depresión. El trabajar diario en contacto con el sufrimiento y la muerte, en un ambiente con numerosas demandas se asocia a consecuencias sobre la salud mental. (23)

MARCO REFERENCIAL.

En 2020 los investigadores Climent Quintana Domeque et al, realizaron uno de los primeros análisis multinacionales sobre el bienestar mental de los médicos en dos momentos durante la pandemia de COVID—19 para comprender la prevalencia de ansiedad y depresión, así como factores de riesgo asociados. Los médicos participantes fueron de 3 regiones: 1.849 en Cataluña (n = 876 en la ronda 1, n = 973 en la ronda 2); 2574 en Italia (n = 1637 en la ronda 1, n = 937 en la ronda 2); 852 en el Reino Unido (n = 512 en la ronda 1, n = 340 en la ronda 2), la información que se recabó fue sexo, edad, composición del hogar, ocupación y especialidad, las herramientas de detección fueron GAD-7 para ansiedad y el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) para depresión. Los resultados que obtuvieron fue una prevalencia más alta en los médicos de Italia con 1 de cada 4 sufriendo ansiedad y 1 de cada 5 sufriendo de depresión. Entre los factores asociados se encontró mayor riesgo de síntomas de ansiedad y depresión las mujeres, las personas menores de 60 años, los que se sienten expuestos o vulnerables en el trabajo y los que informan tener una comorbilidad.

La revista Journal of Neurology, neurosurgery and psychiatry en su publicación del 04 de mayo del 2020, informó los resultados de un estudio transversal realizado a las trabajadoras de salud de involucradas en el brote de COVID-19 en Wuhan. El estudio fue realizado en el hospital de Tongil, Wuhan, la proporción de mujeres trabajadoras de la salud fue del 81.0% en comparación con los hombres. Se encuestaron un total de 4369

mujeres trabajadoras de salud, quienes presentaron depresión (14.2%), ansiedad (25.2%) y estrés agudo (31.6%). Los factores de riesgo comunes para estas enfermedades fueron tener más de 10 años de trabajo; antecedentes de enfermedades crónicas; más de dos hijos, y el factor protector común fue el hábito de realizar ejercicio.

Wen Rui Zhang et al, publicaron en 2020 el artículo titulado Problemas psicosociales y de salud mental de los trabajadores de la salud durante la epidemia de COVID-19 en China. El objetivo de este estudio fue el explorar si los trabajadores de la salud médica tenían más problemas psicosociales que los trabajadores de la salud no médicos durante el brote de COVID – 19. Los trabajadores de salud que tratan a pacientes con COVID-19 son médicos que están expuestos diariamente a una carga de estrés y angustia que puede exceder sus habilidades de afrontamiento individuales, los participantes fueron médicos de las áreas COVID y personal no médico que no están en contacto con pacientes COVID-19. Los datos demográficos, es decir, sexo, edad, ocupación (trabajadores de la salud médica, es decir, médicos y enfermeras, y trabajadores de la salud no médicos, excluyendo el personal no médico que trabaja en hospitales/instituciones médicas), estado civil (es decir, casado, soltero, divorciado y viudo), área de vivienda (es decir, urbana y rural), viviendo con familias (sí o no), nivel de educación (≤ 9 años, es decir, secundaria y menor, >9 años, es decir, secundaria y superior), si han tenido insomnio o trastornos psiquiátricos previos al COVID-19 (los que respondieron afirmativamente fueron excluidos automáticamente por la plataforma) y si padecían enfermedades orgánicas. Además, se evaluaron insomnio, ansiedad, depresión, somatización, síntomas obsesivo-compulsivos y ansiedad fóbica. Las variables de salud mental se evaluaron con el índice de gravedad de insomnio (ISI), la

Lista de verificación de síntomas revisada (SCL-90-R) y el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-2) que incluye 2 ítems para ansiedad y 2 ítems para depresión. Los resultados obtenidos fueron mayor prevalencia de insomnio, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos en el personal médico en comparación con los trabajadores no médicos. Y de entre los trabajadores médicos tener una enfermedad crónica, vivir en áreas rurales, ser mujer y estar en riesgo de contagio por pacientes COVID-19 fueron los factores de riesgo comunes para presentar problemas de salud mental.

En un estudio realizado por Richard Pougnet y Laurence Pougnet en el año 2020, analizaron los trastornos del estado de ánimo en los médicos de hospital de todo el mundo, por 7 equipos de investigadores, el resultado pone de manifiesto la alta probabilidad de que los médicos lleguen a padecer algún trastorno del estado de ánimo incluidos síntomas depresivos, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente, trastornos disruptivos, ya que se usaba como genérico el trastorno del estado de ánimo o depresión. La prevalencia se estimó entre el 7.8 al 48%, superior a la de la población general. (3)

Así mismo, en el mismo artículo de revisión, se evaluó la prevalencia de ansiedad entre los médicos de hospital. Reportando una prevalencia entre el 10.5 al 10.3%, comparables con la población general. (3)

En un ensayo controlado aleatorio desarrollado en Estados Unidos de Norteamérica en 2019, para evaluar las medidas intervencionistas para enseñar a los médicos síntomas y signos de malestar mental, arrojó la prevalencia de la ansiedad grave entre los médicos,

la prevalencia se estimó en 13.4%; también se dio a conocer otros trastornos mentales como la dependencia del alcohol (89.1%), el consumo de drogas (54.4%) (La mayoría drogas legales), y los atracones (20.3%), dando un panorama más amplio acerca de las patologías mentales que acechan a los médicos. En este estudio se concluyó que la intervención en la que se les enseñó sobre las medidas preventivas de trastorno mental es útil para reducir este tipo de malestares entre los médicos. (24)

En un estudio realizado a los médicos becarios y aprendices del Colegio Australiano de Medicina de Emergencia en 2021, se buscaba determinar los medicamentos utilizados por los médicos de urgencias para mejorar el rendimiento laboral y académico, y para controlar el estrés y la ansiedad. Los resultados fueron alarmantes, ya que de los 299 encuestados, el 46.5% de los encuestados informaron el uso de uno o más de los medicamentos; el uso de somníferos fue el más común, especialmente entre los trabajadores del turno nocturno. El rendimiento cognitivo disminuye entre los médicos de urgencias fatigados. El uso de pseudoefedrina fue la medicación más común tomada dentro de las 4 horas de un turno. Otros medicamentos tomados dentro de este periodo fueron modafinil, beta-bloqueantes, opioides orales, melatonina y benzodiazepinas (BDZ). La melatonina se tomaba principalmente para ayudar a dormir (21% de los encuestados), pero también para mejorar la función laboral y académica (2%), las BDZ orales se tomaban sobre todo para ayudar a dormir, aunque 9 de los encuestados la utilizaron para aliviar el estrés y la ansiedad. La pseudoefedrina se utilizó sobre todo para tratar una afección médica, pero también para mejorar el trabajo y la función académica. Los opiáceos se utilizaron casi siempre para una afección médica, pero uno de los encuestados lo utilizó para aliviar el estrés. El modafinil se tomaba principalmente para

mejorar el rendimiento laboral y académico y para mantenerse alerta. En conclusión, el uso de medicamentos para el estrés y la ansiedad es notorio. (25)

En un estudio transversal realizado por Yih Farn Liou en 2015 a la población médica de Taiwan, buscaba de poner de evidencia la prevalencia del insomnio en la población médica que labora en los servicios de urgencias, los médicos no urgenciólogos y la población general, el total de participantes fue de 1097 médicos de urgencias, 14,112 médicos no urgenciólogos, y 4,388 participantes de la población general, los resultados obtenidos fue del 5,56 %, 4,08 % y 1,73 %, respectivamente. En cuanto al uso de hipnóticos se reportó que 219 médicos de urgencias (19.96%), 2,574 médicos no urgenciólogos (18.24%) y 582 individuos entre la población general (13.26%) los utilizaron. Entre los médicos de emergencia que usaron hipnóticos, el 49,77% usó solo BZD, el 25,57% usó medicamentos diferentes a BZD, y el 24,66% utilizó ambos. Concluyendo que los médicos de los servicios de urgencias tienen una alta prevalencia de insomnio en comparación con los médicos no urgenciólogos y sobre todo mayor que la población general. Así como mayor consumidor de benzodiacepinas. Con base en estos resultados se recomienda el desarrollo de actividades de promoción de la salud en los hospitales sobre todo en el servicio de urgencias. (26)

METODOLOGÍA.

Justificación.

Las áreas críticas siempre se han visto con gran demanda de atención médica intrahospitalaria con necesidad de cuidados especiales por parte del personal médico, quienes han dedicado jornadas extensas con el fin de lograr mejoría en sus pacientes, esto ha generado que el estrés sea visto como parte del perfil del médico de estas áreas. El estrés crónico está asociado al desarrollo de otros problemas de salud mental como ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, entre otros.

Estos problemas de salud mental no solo afectan la calidad de atención que brinda el personal de salud, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, sino que además podría tener un impacto significativo en su bienestar y en su calidad de vida.

El personal de salud que labora en los servicios de urgencias y de terapia intensiva, desarrolla sus actividades en condiciones no beneficiosas para su salud mental, ya que el limitado control que tienen sobre los manejos terapéuticos, ya sea por la falta de medicamentos o la falta de equipos especializados para realizar terapias intervencionistas y las altas demandas laborales a las que se enfrentan día a día,

provocan en ellos el desarrollo de trastornos mentales; estos trastornos afectan la calidad de vida y la capacidad cognoscitiva del trabajador, como consecuencia, falla en los diagnósticos y tratamientos de los pacientes.

Por lo que es de suma importancia detectar en ellos alteraciones en su salud mental, darle seguimiento y ofrecer tratamientos especializados, realizar terapias intervencionistas para reducir el estrés laboral, y propiciar un ambiente sano para prevenir consecuencias graves.

Es fundamental evaluar con frecuencia la salud mental del personal de salud de estas áreas, identificar casos de trastornos mentales; así como invitar al personal de salud a cuidar de su bienestar físico y mental.

Planteamiento del problema

En los últimos años ha llamado la atención el nivel de estrés que manejan los médicos, se ha recopilado en diversos estudios los altos porcentajes de médicos que tienen una deficiente salud mental.

Después de la pandemia se han realizado numerosos estudios evaluando el estado de salud mental de los trabajadores que cubrieron la atención al paciente con COVID, asociando el alto nivel de estrés con la aparición de problemas mentales.

Teniendo como precedente estos estudios, nos daremos a la tarea de investigar el estado de salud mental en aquellos trabajadores de salud que se encuentran laborando con altos niveles de estrés, como los son los médicos de las áreas críticas de los hospitales, como es urgencias médicas y la unidad de cuidados intensivos.

Existen varios estudios en diferentes países en donde se pone de manifiesto las principales enfermedades mentales que afectan a los médicos de las áreas críticas, siendo estos depresión, ansiedad e insomnio.

Con este conocimiento, se planteó realizar una investigación acerca del estado de salud mental en los médicos que laboran en las áreas críticas (urgencias y unidad de cuidados intensivos) del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores asociados a depresión, ansiedad e insomnio del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar número 1 de Cuernavaca, Morelos?

Objetivo de investigación

General

Evaluar los factores asociados a depresión, ansiedad e insomnio del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos.

Específicos

Describir las características sociodemográficas del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1.

Determinar la prevalencia de depresión presente en el del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1.

Estimar la prevalencia de ansiedad presente en el del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1.

Mediar la prevalencia de insomnio presente en el del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1.

Material y métodos

Tipo de estudio:

Observacional, de corte transversal analítico.

Universo:

Personal médico que labora en el Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1.

Grupo en estudio:

Personal médico adscrito al área de urgencias y terapia intensiva del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, los cuales fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección:

De inclusión:

- Personal médico asignado a las áreas de urgencias y terapia intensiva.
- Ocupación: médico.

- Grado académico: sin distinción.
- Sexo: indistinto.
- Nivel socioeconómico: sin distinción.

De exclusión :

- Personal con diagnóstico previo de enfermedad mental.
- Personal que no acepte firmar el consentimiento informado.
- Embarazadas o puérperas.

De eliminación:

- Personal que conteste incompletos los datos.
- Personal que desee retirarse del estudio.

Descripción de variables

Dependiente:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Depresión	Es una alteración del estado de ánimo en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer, que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.	En base a la sintomatología de la depresión reportada en la escala de depresión de Beck II	Cuantitativa	Inventario de depresión de Beck II	No depresión: 0 – 9. Leve: 10 – 15 Moderada: 16 – 24 Grave: >25
Ansiedad	Estado emocional consiste en reacciones de miedo o aprensión anticipatorios de peligro o amenazas, acompañado de activación del sistema nervioso autónomo.	Se evaluará con la escala GAD-7,	Cualitativa	Escala GAD7 en su versión validada al español	Se establecen 4 puntos de corte: 0-4 sin ansiedad 5-9 ansiedad leve. 10-14 ansiedad moderada.

					15-21 ansiedad severa
Insomnio	Trastorno del sueño que consiste en la imposibilidad para iniciar o mantener el sueño, o de conseguir una duración y calidad de sueño adecuada para restaurar la energía y el estado de vigilia normal	De acuerdo a sintomatología registrada en la Escala de Insomnio de Athenas en su versión validada al Español	Cualitativa	Escala de Insomnio de Athenas en su versión de 8 items.	Un corte de 8 puntos se utiliza para diagnosticar insomnio

Variables independientes.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador
Edad	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde el nacimiento	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Cuantitativa	Pacientes de todos los grupos de edad	En años
Sexo	Clasificación de los hombres y mujeres	Género humano se diferencia en 2 sexos:	Cualitativa	Nominal, dicotómica	Masculina Femenino

	teniendo en cuenta características anatómicas y cromosómicas	hombres-varón de su homólogo mujer-femenino			
Categoría	Ordenación de la clasificación profesional de los trabajadores. Se denomina a una clase, un tipo, una condición o una división de algo	Clase de medicina en la que se desarrolla el personal de salud.	Cualitativa	Nominal, politómica	Medicina crítica Medicina de urgencias Medicina familiar Medicina general Pediatría
Escolaridad / Grado académico	Ciclo de la enseñanza universitaria que tiene por finalidad la obtención por parte del estudiante de una formación general, en una o varias disciplinas, orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Cualitativa	Nominal, politómica	Técnico Licenciatura Residente Especialista Subespecialista
Horario laboral	Jornada laboral que se realiza de un modo	Turno en el que desarrollan su trabajo dentro del hospital	Cualitativa	Nominal politómica	Matutino, vespertino,

	continuo o con alguna breve interrupción.				nocturno, jornada acumulada
Número de trabajos.	Ocupación retribuida	Jornadas laborales que se realiza en un día	Cualitativa	Nominal, dicotómica	Único 2 o más
Estado civil	Conjunto de condiciones o cualidades jurídicamente relevantes que tiene una persona frente a una familia determinada, comprende una serie de estados relativos al matrimonio y al parentesco	Para fines del presente estudio se tomará como estado civil a la que registre el participante al aplicarle el instrumento que corresponde a características sociodemográficas	Cualitativa	Nominal, politómica	Soltero Casado Viudo Unión libre Separado
Fertilidad / Número de hijos	Capaz de reproducirse	Estado reproductivo del participante: número de hijos.	Cualitativa	Nominal, politómica	0 1 -2 3 o más
Comorbilidades	También conocida como morbilidad	Para fines del presente estudio se tomará como	Cualitativa	Nominal politómica	Diabetes mellitus Hipertensión arterial.

	<p>asociada, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona; también implica que hay una interacción entre las dos enfermedades que puede empeorar la evolución de ambas</p>	<p>comorbilidades a la que registre el propio paciente al aplicarle el instrumento</p>			<p>Enfermedades renales Enfermedades vasculares Artropatías Enfermedades del tejido conjuntivo Enfermedades inmunológicas Enfermedades pulmonares Otras</p>
--	--	--	--	--	---

Muestra

Tamaño de la muestra

El estudio se realizó a todos los médicos adscritos al área de urgencias (triage, observación intermedia, observación regular, pediatría) y al área de unidad de cuidados intensivos, sin distinción de grado académico, cumpliendo con los criterios de selección.

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Descripción general del estudio

Se invitó a participar en el presente estudio de investigación a médicos adscritos al área de urgencias, incluido triage, observación intermedia, observación regular, urgencias pediatría; y a los médicos adscritos al servicio de la unidad de cuidados intensivos, sin distinción de grado académico (residentes de los tres años, especialistas, sub especialistas, etc.). Previa información otorgada a los participantes acerca del estudio, a aquellos que aceptaron participar en el estudio se les solicitó firmar el consentimiento informado, como lo marca la Ley General de Salud en materia de investigación. Todos los participantes que aceptaron firmar este documento, se corroboró que cumplan con los criterios de inclusión y no

presentaran criterios de exclusión. Se les entregó el dispositivo electrónico (tableta) donde se encontraban cargados los cuestionarios a responder. Se diseñó un cuestionario para las variables sociodemográficas, y los 3 instrumentos para la valoración del estado de depresión, ansiedad e insomnio (Cuestionario de Beck II, Escala GAD7, Escala de Insomnio Athenas), disponibles en Google Forms. El acceso estuvo disponible en el dispositivo electrónico (Tableta) manejado solo por los investigadores asociados, para ser respondidos por el participante en un área específica dentro del Hospital, el cual estuvo libre de distractores, siendo estas áreas un consultorio de urgencias o las residencias médicas. El tiempo para responder toda la batería de preguntas fue de 20 minutos. Durante el tiempo en se respondían los cuestionarios, el investigador encargado se encontraba cerca para solucionar dudas que presentaban los participantes. Cabe señalar que por la pandemia COVID – 19 que estaba en curso, el investigador y los médicos participantes usaron en todo momento cubrebocas, alcohol gel en manos y se guardaba sana distancia. Posteriormente fueron recolectados todos los cuestionarios para aplicar los criterios de eliminación. Al término de la recolección de datos, se inició con el análisis de los mismos.

Los resultados de las herramientas aplicadas fueron entregados por el investigador de manera personal a cada participante un mes posterior a haber respondido los cuestionarios. A los trabajadores IMSS con riesgo de presentar trastorno de ansiedad, depresión y/o insomnio de acuerdo a los instrumentos de evaluación aplicados fueron remitidos al Servicio de Protección Y Promoción de la Salud para Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (SEPETIMSS) con el fin de

que se brindara orientación y atención institucional de prevención y promoción en salud mental, y en los casos necesarios, fueron derivados a la consulta de médico especialista psiquiatra.

Instrumentos

Las escalas propuestas para el presente estudio son de fácil aplicación y elevada confiabilidad, puesto que al carecer de preguntas abiertas permite aplicarse de manera objetiva, clara y concisa como cribaje.

Cuestionario sociodemográfico

Depresión: Escala de Beck II

La escala de Beck II evalúa la gravedad de los síntomas depresivos. Esta herramienta consta de 21 reactivos en una escala de 4 puntos (0-3), las puntuaciones son 0 a 63 puntos.

De acuerdo al puntaje obtenido de la escala de depresión Beck II se clasifica en: 0-9 puntos: No deprimidos. 10-15 puntos: Ligeramente deprimidos. 16-24 puntos: Moderadamente deprimidos. 25-63 puntos: Gravemente deprimidos.

Ansiedad: Escala GAD-7

Escala para valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de 7 ítems con 4 opciones de respuesta que dan puntuaciones de 0 a 3, obteniendo una puntuación de 0 a 21.

Se establecen 4 puntos de corte: 0-4 sin ansiedad, 5-9 ansiedad leve, 10-14 ansiedad moderada, 15-21 ansiedad severa

Insomnio: Escala de Insomnio de Athenas

Escala diseñada para cuantificar en el último mes la dificultad del sueño de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades. Consta de 8 ítems, la escala de respuesta de los reactivos es de 0-3, donde 0 significa ausencia del problema y 3 como problema severo; obteniéndose una calificación global con un rango de 0-24 puntos; de acuerdo con la validación para población mexicana, la puntuación igual o mayor de 8 puntos marca la presencia de insomnio.

Análisis de datos: propuesta de análisis estadístico

El análisis será descriptivo en las variables cualitativas: frecuencia y proporciones y, para las cuantitativas promedio y medias, según la distribución de los datos y de dispersión.

Para las variables cualitativas dicotómicas χ^2 cuadrada considerándose como valores estadísticamente significativos con $P < 0.05$ y para las variables cuantitativas con la prueba t de student.

Aspectos éticos

La presente investigación tiene como propósito promover el bienestar físico y mental del ser humano, como se establece en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dicta que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. (27)

En el presente proyecto de investigación se respetó lo estipulado en la declaración de Helsinki, resultado del consenso de la Asociación Médica Mundial sobre los aspectos éticos, de la investigación en humanos.

El estudio se efectuó bajo el marco legal establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de Febrero de 1984. Título segundo, capítulo I, artículo 13, el cual señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Así mismo se cita el artículo 16 que estipula: se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. De acuerdo al artículo 17 del mismo, se consideró una investigación categoría II, con riesgo mínimo por ser un estudio en el que se aplicarán cuestionarios psicológicos de diagnóstico validados y cuestionarios para recopilar información sociodemográfica a cada uno de los participantes, es un estudio prospectivo. (21)

El artículo 17 del capítulo i, fracción i, donde se establece que el sujeto de estudio tendrá un consentimiento informado con el cuál autoriza, con pleno conocimiento de la investigación y de su participación, el cual se dará a leer y a firmar a cada participante y contará con los siguientes datos: la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que se usarán y su propósito, los riesgos o beneficios que pueden esperarse, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos relacionados con la investigación, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, la seguridad de que no se le identificará y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

Los correos de respuesta de la plataforma de Google Forms fueron recibidos en un solo correo electrónico, éste de uso personal del investigador. Hubo restricción en cuanto a la visualización de este formulario, debido a que solo las personas que tuvieron acceso fue el investigador responsable y el investigador asociado, asegurando la privacidad de los participantes. Los cuestionarios aplicados serán resguardados en el equipo de cómputo del investigador por 5 años, después serán depurados como lo marca ley de protección de datos.

Los datos obtenidos tienen la finalidad de ser aplicables a la ciencia médica en búsqueda de métodos preventivos de daños a la salud mental, de modo que a cada participante se le proporcionará un consentimiento informado en el que se le explica en qué consiste su participación, así como la confidencialidad de sus datos personales.

El presente protocolo fue sometido al Comité Local de Investigación en Salud y el Comité Local de Ética en Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social. Quienes aprobaron la realización del presente estudio de investigación.

RESULTADOS.

El total de participantes encuestados fueron 154 médicos de las áreas críticas: urgencias adultos, urgencias pediatría y terapia intensiva. De acuerdo al censo de médicos proporcionado por Jefatura del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, en éstas áreas se tenía el registro de 82 médicos, siendo el 90.24% los encuestados. El área de enseñanza del mismo hospital proporcionó el censo de médicos residentes que se encuentran rotando en las áreas críticas del hospital, un total de 87 médicos de los cuales participaron 80 (91.95%). La distribución de los médicos participantes se plasma en la siguiente tabla:

Médicos adscritos a urgencias adultos		
Turno	Censo de médicos	Médicos encuestados
Matutino	13	13
Vespertino	13	13
Guardia nocturna A	13	13
Guardia nocturna B	11	11
Jornada acumulada	10	10
Médicos adscritos a urgencias pediatría		
Matutino	2	0
Vespertino	2	2
Guardia nocturna A	2	2
Guardia nocturna B	3	0
Jornada acumulada	2	1

Médicos adscritos a Terapia intensiva		
Matutino	3	3
Vespertino	2	2
Guardia nocturna A	2	2
Guardia nocturna B	2	0
Jornada acumulada	2	2
Subtotal	82	74 (90.24%)
Censo de médicos residentes rotantes en las áreas críticas		
Residentes rotantes en el área de urgencias adultos		
Residentes de urgencias de tercer año	7	4
Residentes de urgencias de segundo año	9	9
Residentes de urgencias de primer año	16	16
Residentes de medicina familiar de segundo año	25	23
Residentes de medicina familiar de primer año	20	19
Residentes rotantes en el área de urgencias pediatría		
Residentes de pediatría de primer año	10	9
Residentes rotantes en el área de terapia intensiva		
Residentes	0	0
Subtotal	87	80 (91.95%)
Total	169	154 (91.12%)

Los 154 médicos participantes previamente cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron ser parte del estudio firmando el consentimiento informado. En cuanto a los factores sociodemográficos se distribuyeron de la siguiente manera:

Características sociales y laborales de los médicos adscritos en el servicio de Urgencias del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos			
Variable		Mediana	Percentiles (25-75)
Edad	Años	33	30-39
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	70	45.45%
	Mujer	84	54.55%
Categoría médica	Medicina crítica	9	5.84%
	Medicina de urgencias	54	35.065
	Medicina familiar	56	36.36%
	Medicina general	21	13.64%
	Pediatría	14	9.09%
Grado académico	Especialidad	40	25.97%
	Licenciatura	20	12.99%
	Maestría	7	4.55%
	Residente médico	80	51.95%
	Subespecialista	7	4.55%
Horario laboral	Jornada acumulada	16	10.39%
	Jornada nocturna	36	23.38%
	Matutino	75	48.70%
	Vespertino	27	17.53%
Número de trabajos	Uno	106	68.83%
	Dos	33	21.43%
	Tres	15	9.74%

Estado civil	Casado	56	36.36%
	Separado	2	1.30%
	Soltero	76	49.35%
	Unión libre	20	12.99%
	Viudo	0	
Número de hijos	De uno a dos hijos	63	40.91%
	Más de dos hijos	7	4.55%
	Ninguno	84	54.55%
Comorbilidades	Sin comorbilidades	71	46.10
	Diabetes mellitus	8	5.19%
	Hipertensión arterial sistémica	13	8.44%
	Sobrepeso / Obesidad	54	35.06%
	Retinopatía	1	0.65%
	Neumopatías	3	1.95%
	Otras	20	12.99%

Edad

El total de participantes fue de 154, la mediana de edad fue de 33 años de edad con rango intercuantil de 30 a 39 años de edad.

Sexo

En este estudio la variable sexo se distribuyó de la siguiente manera:

Del total de los participantes (154), 70 pertenecieron al sexo hombre y 84 a mujeres, 45.45% y 54.54% respectivamente.

En cuanto a la prevalencia del sexo con la depresión, ansiedad e insomnio, se presentan la siguiente manera:

Depresión y sexo: La depresión se presentó en 54 (64.29%) de las 84 mujeres medicas participantes, y en 23 (32.86%) de los 70 hombres médicos que participaron en el estudio.

Ansiedad y sexo: En cuanto a la ansiedad, ésta estuvo positiva en 57 (67.86%) mujeres y en 28 (40%) de los hombres.

Insomnio y sexo: El insomnio se hizo presente en 38 (45.24%) del total de mujeres y en 21 (30%) del total de los hombres.

Frecuencia del sexo de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
Variable		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Sexo	Hombre	47 (67.14%)	23 (32.86%)	0.000*
	Mujer	30 (35.71%)	54 (64.29%)	
Variables		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Sexo	Hombre	42 (60.00%)	28 (40.00%)	0.001*
	Mujer	27 (32.14%)	57 (67.86%)	
Variables		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Sexo	Hombre	49 (70.00%)	21 (30.00%)	0.053*
	Mujer	46 (54.76%)	38 (45.24%)	
*Chi cuadrado				

Categoría Médica

De los participantes en el estudio, los médicos pertenecieron a las siguientes categorías: 9 médicos a medicina crítica, 54 médicos a medicina de urgencias, 56 médicos a medicina familiar, 21 a medicina general y a pediatría 14 médicos.

De acuerdo a los cuestionarios de depresión, ansiedad e insomnio, los resultados se distribuyeron de la siguiente manera:

Depresión y categoría médica: en la sección de categoría, la depresión se presentó en 4 de los 9 participantes médicos (44.44%) que pertenecen a medicina crítica, 27 (50%) de los 54 médicos de medicina de urgencias, en 25 (44.64%) de los 56 médicos de medicina familiar, en 8 (38.10%) de los 21 médicos generales y en 13 (92.86%) de los 14 médicos pediatras.

Ansiedad y categoría médica: la ansiedad prevaleció de la siguiente manera en la categoría médica: medicina crítica 3 (33.33%) del total de los médicos pertenecientes a esta categoría; en medicina de urgencias 28 (51.85%) de los 54 médicos; de medicina familiar 28 (50%) de los 56 médicos, de medicina general 13 (61.90%) de los 21 médicos y de los 14 médicos pediatras 13 (92.86%) de ellos presentaron datos de ansiedad.

Insomnio y categoría médica: La prevalencia del insomnio en la categoría médica se distribuyó de la siguiente manera: medicina crítica 4 (44.44%), medicina de urgencias 22 (40.74%), medicina general 4 (19.05%), pediatría 7 (50%).

Frecuencia de la categoría médica de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Categoría médica	Medicina crítica	5 (55.56%)	4 (44.44%)	0.016
	Medicina de urgencias	27 (50.00%)	27 (50.00%)	
	Medicina familiar	31 (55.36%)	25 (44.64%)	
	Medicina general	13 (61.90%)	8 (38.10%)	
	Pediatría	1 (7.14%)	13 (92.86%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Categoría médica	Medicina crítica	6 (66.67%)	3 (33.33%)	0.026
	Medicina de urgencias	26 (48.15%)	28 (51.85%)	
	Medicina familiar	28 (50.00%)	28 (50.00%)	
	Medicina general	8 (38.10%)	13 (61.90%)	
	Pediatría	1 (7.14%)	13 (92.86%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Categoría médica	Medicina crítica	5 (55.56%)	4 (44.44%)	0.354
	Medicina de urgencias	32 (59.26%)	22 (40.74%)	

	Medicina familiar	34 (60.71%)	22 (39.29%)
	Medicina general	17 (80.95%)	4 (19.05%)
	Pediatría	7 (50.00%)	7 (50.00%)
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher			

Grado Académico

En el factor grado académico, los participantes pertenecieron a especialidad 40, licenciatura 20, maestría 7, residente médico 80, subespecialista 7. Los resultados sobre la asociación con depresión, ansiedad e insomnio se distribuyeron de acuerdo a lo siguiente:

Depresión y grado académico: En el factor estudiado correspondiente a grado académico, la depresión se presentó en 16 (40%) especialistas, 7 (35%) con licenciatura, 2 (28.57%) con maestría, 49 (61.25%) médicos residentes, 3 (42.86%) médicos subespecialistas.

Ansiedad y grado académico: La ansiedad prevaleció 19 (47.5%) especialistas, 11 (55%) de nivel licenciatura, 3 (42.86%) con maestría, 49 (61.25%) médicos residentes y 3 (42.86%) subespecialistas.

Insomnio y grado académico: El insomnio se presentó en 12 (30%) de los participantes con grado de especialistas, 3 (15%) con grado de licenciatura, 1 (14.29%) con maestría, 40 (50%) residentes y 3 (42.68%) médicos con grado de subespecialistas.

Frecuencia del grado académico de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Grado académico	Especialidad	24 (60.00%)	16 (40.00%)	0.064
	Licenciatura	13 (65.00%)	7 (35.00%)	
	Maestría	5 (71.43%)	2 (28.57%)	
	Residente	31 (38.75%)	49 (61.25%)	
	Subespecialista	4 (57.14%)	3 (42.86%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Grado académico	Especialidad	21 (52.50%)	19 (47.50%)	
	Licenciatura	9 (45.00%)	11 (55.00%)	
	Maestría	4 (57.14%)	3 (42.86%)	
	Residente	31 (38.75%)	49 (61.25%)	
	Subespecialista	4 (57.14%)	3 (42.86%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Grado académico	Especialidad	28 (70.00%)	12 (30.00%)	0.016
	Licenciatura	17 (85.00%)	3 (15.00%)	
	Maestría	6 (85.71%)	1 (14.29%)	
	Residente	40 (50.00%)	40 (50.00%)	
	Subespecialista	4 (57.14%)	3 (42.86%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Horario Laboral

Otro de los factores abordados en este estudio es el horario laboral, en el cuál los participantes tuvieron las opciones de acuerdo a las jornadas asignadas en el Hospital General Regional con medicina familiar No. 1. Los participantes

respondieron pertenecer al horario matutino 75, vespertino 27, jornada nocturna 36 y jornada acumulada 16.

El resultado de acuerdo horario laboral y su asociación depresión, ansiedad e insomnio se distribuyó como se describe a continuación:

Depresión y horario laboral: El factor horario laboral se asoció con la presencia de depresión en el turno matutino 46 (61.33%), turno vespertino 9 (33.33%), jornada acumulada 7 (43.75%) y jornada nocturna 15 (41.67%).

Ansiedad y horario laboral: En la asociación con ansiedad, en el horario matutino se presentó en 43 (57.33%) de los participantes. En el turno vespertino se presentó en 15 (55.56%) del total de participantes que contestaron trabajar en el hospital en ese horario, en la jornada acumulada se presentaron 8 (50%) casos, y en la jornada nocturna fueron 19 (52.78%) participantes con datos de ansiedad.

Insomnio y horario laboral: El factor horario laboral influyó en la prevalencia del insomnio presentándose en el turno matutino en 32 (42.67%) de los participantes, en el turno vespertino 7 (25.93%) de los participantes respondieron positivamente a insomnio, en la jornada acumulada 6 (37.5%) y en la jornada nocturna 14 (38.89%) presentaron datos de insomnio.

Frecuencia del horario laboral de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Horario laboral	Jornada acumulada	9 (56.25%)	7 (43.75%)	0.044
	Jornada nocturna	21 (58.33%)	15 (41.67%)	
	Matutino	29 (38.67%)	46 (61.33%)	
	vespertino	18 (66.67%)	9 (33.33%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Horario laboral	Jornada acumulada	8 (50.00%)	8 (50.00%)	0.940
	Jornada nocturna	17 (47.22%)	19 (52.78%)	
	Matutino	32 (42.67%)	43 (57.33%)	
	vespertino	12 (44.44%)	15 (55.56%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Horario laboral	Jornada acumulada	10 (62.50%)	6 (37.50%)	0.500
	Jornada nocturna	22 (61.11%)	14 (38.89%)	
	Matutino	43 (57.33%)	32 (42.67%)	
	vespertino	20 (74.07%)	7 (25.93%)	

*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher

Número de Trabajos

El número de trabajos en los que se desempeña cada participante de este estudio, fue también evaluado, los participantes que respondieron tener un trabajo fueron 106, dos trabajos fueron 33 y tres trabajos fueron 15. La asociación de acuerdo al número de trabajos con la presencia de depresión, ansiedad e insomnio se presentó de la siguiente manera:

Depresión y número de trabajos: los participantes que contestaron tener un solo trabajo fueron 106, de los cuales 58 (54.72%) presentaron datos de depresión, de los participantes que contestaron tener dos trabajos 16 (48.48%) presentaron depresión, y de los participantes con 3 trabajos 3 (20%) de ellos presentaban datos de depresión.

Ansiedad y número de trabajos: los participantes que contestaron tener solo un trabajo 63 (59.43%) presentaron ansiedad, los participantes con dos trabajos solo 17 (51.52%) presentaron datos de ansiedad y de los participantes con tres trabajos 5 (33.33%) de ellos dieron datos de ansiedad.

Insomnio y número de trabajos: los participantes con un solo trabajo fueron 103, de ellos 47 (44.34%) presentaron insomnio, los participantes con dos trabajos fueron 33 y de ellos 8 (24.24%) dieron síntomas de insomnio, y de los participantes con tres trabajos solo 4 (26.67%) presentaron resultados positivos a insomnio.

Frecuencia del número de trabajos de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Número de trabajos	Uno	48 (45.28%)	58 (54.72%)	0.041
	Dos	17 (51.52%)	16 (48.48%)	
	Tres	12 (80.00%)	3 (20.00%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Número de trabajos	Uno	43 (40.57%)	63 (59.43%)	0.146
	Dos	16 (48.48%)	17 (51.52%)	
	Tres	10 (66.67%)	5 (33.33%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Número de trabajos	Uno	59 (55.66%)	47 (44.34%)	0.072
	Dos	25 (75.76%)	8 (24.24%)	
	Tres	11 (73.33%)	4 (26.67%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Estado Civil

El estado civil de cada participante también fue otro factor estudiado para asociarse con la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio.

Los participantes respondieron a las opciones de casado 56, separado o divorciado 2, soltero 76 y en unión libre 20. Los resultados se presentan a continuación.

Depresión y estado civil: en asociación con depresión, de los 76 participantes que contestaron ser solteros, 41 de ellos (53.95%) presentaron depresión, separado

/divorciado 1 (50%), en unión libre 10 (50%) ambos con datos de depresión y del total de casados solo 25 (44.64%) de los participantes presentaron datos de depresión.

Ansiedad y estado civil: en ansiedad los porcentajes se observaron de mayor a menor unión libre que de los 20 participantes, 13 (65.00%) presentaron ansiedad, en el grupo de casados 55.36% y en el grupo de solteros 52.63%.

Insomnio y estado civil: de los 154 participantes, presentaron datos de insomnio 59 participantes, uno (50%) divorciado/ separado, 9 (45%) en unión libre, 29 (38.16%) solteros y 20 (35.71%) casados.

Frecuencia del estado civil de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Estado civil	Casado	31 (55.36%)	25 (44.64%)	0.773
	Separado	1 (50.00%)	1 (50.00%)	
	Soltero	35 (46.05%)	41 (53.95%)	
	Unión libre	10 (50.00%)	10 (50.00%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Estado civil	Casado	25 (44.64%)	31 (55.36%)	0.801
	Separado	1 (50.00%)	1 (50.00%)	
	Soltero	36 (47.37%)	40 (52.63%)	
	Unión libre	7 (35.00%)	13 (65.00%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Estado civil	Casado	36 (64.29%)	20 (35.71%)	0.884

	Separado	1 (50.00%)	1 (50.00%)	
	Soltero	47 (61.84%)	29 (38.16%)	
	Unión libre	11 (55.00%)	9 (45.00%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Número de hijos.

El total de hijos que tienen a su cargo cada participante fue otro de los factores estudiados para asociar con la presencia de depresión, ansiedad e insomnio. Las opciones para responder fue ningún hijo (84 participantes), de uno a dos hijos (63 participantes) o más de dos hijos (7 participantes). Cada grupo se evaluó la presencia de depresión, ansiedad e insomnio, obteniendo los siguientes resultados:

Depresión y número de hijos: del total de los participantes con uno o dos hijos 26 (41.27%) presentaron depresión, con más de dos hijos solo 2 (28.57%) participantes presentaron depresión, y de los participantes sin hijos, 49 (58.33%) presentaron síntomas depresivos.

Ansiedad y número de hijos: la ansiedad se presentó en 52 (61.90%) de los participantes sin hijos, en 30 (47.62%) participantes de los que solo tienen uno a dos hijos y en 52 (61.9%) de los participantes sin hijos.

Insomnio y número de hijos: el insomnio fue positivo en 18 (28.57%) participantes con uno o dos hijos, en 3 (42.86%) de los participantes con más de dos hijos y en 38 (45.24%) de los participantes sin hijos.

Frecuencia del número de hijos de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Número de hijos	Ninguno	35 (41.67%)	49 (58.33%)	0.063
	1-2hijos	37 (58.73%)	26 (41.27%)	
	> 2 hijos	5 (71.43%)	2 (28.57%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Número de hijos	Ninguno	32 (38.10%)	52 (61.90%)	0.181
	1-2hijos	33 (52.38%)	30 (47.62%)	
	> 2 hijos	4 (57.14%)	3 (42.86%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Número de hijos	Ninguno	46 (54.76%)	38 (45.24%)	0.117
	1-2hijos	45 (71.43%)	18 (28.57%)	
	> 2 hijos	4 (57.14%)	3 (42.24%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Comorbilidades.

Del total de los participantes, 83 de ellos presentaron algún tipo de comorbilidades, y de éstos 44 (53.01%) presentaron depresión, 48 (57.83%) presentaron ansiedad y 34 (40.96%) presentaron insomnio.

Frecuencia de las comorbilidades de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Comorbilidades	No	38 (53.52%)	33 (46.48%)	0.419
	Si	39 (46.99%)	44 (53.01%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Comorbilidades	No	34 (47.89%)	37 (52.11%)	0.477
	Si	35 (42.17%)	48 (57.83%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Comorbilidades	No	46 (64.79%)	25 (35.21%)	0.464
	Si	49 (59.04%)	34 (40.96%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Diabetes Mellitus

Los médicos participantes en el estudio fueron 154, de los cuáles 8 (5.19%) presentaron como comorbilidad Diabetes Mellitus.

Depresión y diabetes mellitus: del total de los médicos participantes con Diabetes mellitus, 6 (75%) de ellos presentaron datos de depresión.

Ansiedad y diabetes mellitus: del total de los pacientes que padecen Diabetes Mellitus, 5 (62.5%) presentan datos de ansiedad.

Insomnio y diabetes mellitus: de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, 4 de ellos presentaron datos de insomnio.

Frecuencia de Diabetes Mellitus de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Diabetes Mellitus	No	75 (51.37%)	71 (48.63%)	0.146
	Si	2 (25.00%)	6 (75.00%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Diabetes Mellitus	No	66 (45.21%)	80 (54.79%)	0.670
	Si	3 (37.50%)	5 (62.50%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Diabetes Mellitus	No	91 (62.33%)	55 (37.67%)	0.485
	Si	4 (50.00%)	4 (50.00%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Hipertensión arterial sistémica.

Del total de los médicos participantes (154), 13 de ellos presentaron como comorbilidad el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.

Depresión e hipertensión arterial sistémica: los participantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica fueron 13, de los cuales 4 (30.77%) presentaron datos positivos de depresión.

Ansiedad e hipertensión arterial sistémica: los síntomas de ansiedad se presentaron en 6 (46.15%) de los 13 participantes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica.

Insomnio e hipertensión arterial sistémica: de los 13 participantes con Hipertensión Arterial Sistémica, 3 (23.08%) de ellos presentaron insomnio.

Frecuencia de Hipertensión Arterial de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Hipertensión Arterial	No	68 (48.23%)	73 (51.77%)	0.147
	Si	9 (69.23%)	4 (30.77%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Hipertensión Arterial	No	62 (43.97%)	79 (56.03%)	
	Si	7 (53.85%)	6 (46.15%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Hipertensión Arterial	No	85 (60.28%)	56 (39.72%)	0.238
	Si	10 (76.92%)	3 (23.08%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Sobrepeso – obesidad.

Los médicos que participaron en el estudio, fueron 154, de ellos 54 participantes mencionaron tener sobrepeso u obesidad.

Depresión y sobrepeso – obesidad: del total de los pacientes con sobrepeso u obesidad, 31 (57.41%) presentaron depresión.

Ansiedad y sobrepeso – obesidad: los datos de ansiedad se hicieron presentes en 32 (59.26%) de los participantes con sobrepeso u obesidad.

Insomnio y sobrepeso – obesidad: el insomnio se presentó en 24 (44.44%) de los participantes con sobrepeso u obesidad.

Frecuencia del sobrepeso/obesidad de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Sobrepeso/obesidad	No	54 (54.00%)	46 (46.00%)	0.177
	Si	23 (42.59%)	31 (57.41%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Sobrepeso/obesidad	No	47 (47.00%)	53 (53.00%)	0.456
	Si	22 (40.74%)	32 (59.26%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Sobrepeso/obesidad	No	65 (65.00%)	35 (35.00%)	0.250
	Si	30 (55.56%)	24 (44.44%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Retinopatía

De los 154 participantes, uno de ellos presentó retinopatía. Éste paciente presentó datos de ansiedad.

Frecuencia de retinopatía de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Retinopatía	No	76 (49.67%)	77 (50.33%)	0.316
	Si	1 (100%)	--	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Retinopatía	No	69 (45.10%)	84 (54.90%)	0.366
	Si	--	1 (100%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Retinopatía	No	94 (61.44%)	59 (38.56%)	0.429
	Si	1 (100%)	--	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Neumopatía

De los 154 participantes en este estudio, 3 de ellos respondieron positivamente al diagnóstico de neumopatía, de los cuales dos participantes presentaron depresión, ansiedad e insomnio.

Frecuencia de neumopatía de acuerdo con su condición de Depresión, Ansiedad e Insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos				
		Sin Depresión	Con Depresión	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Neumopatía	No	76 (50.33%)	75 (49.67%)	0.560

	Si	1 (33.33%)	2 (66.67%)	
		Sin Ansiedad	Con Ansiedad	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Neumopatía	No	68 (45.03%)	83 (54.97%)	0.687
	Si	1 (33.33%)	2 (66.67%)	
		Sin Insomnio	Con Insomnio	Valor de p
		Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
Neumopatía	No	94 (62.25%)	57 (37.75%)	0.308
	Si	1 (33.33%)	2 (66.67%)	
*Chi cuadrado, †Exacta de Fisher				

Análisis de regresión logística Bivariado

Se analizaron cada una de las variables independientes (edad, sexo, categoría médica, grado académico, horario laboral, número de trabajos, estado civil, número de hijos, presencia de comorbilidades) evaluando su asociación con depresión, ansiedad e insomnio (variables dependientes).

Para una mejor comprensión de los resultados se plasmó en el presente la asociación de todas las variables independientes con la variable dependiente depresión, obteniendo los siguientes resultados

Edad y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Edad	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Edad		0.9210576	0.002	0.8743 .9702

Por cada incremento de un año en la edad de los médicos, la posibilidad de presentar depresión disminuye 8%. Valor de P= 0.002 siendo estadísticamente significativo.

Sexo y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Sexo	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Hombre		Ref.	Ref.	Ref.
Mujer		3.678261	0.000	1.8835 7.1830

El ser mujer incrementa la posibilidad de padecer depresión 3.6 veces en comparación con los hombres, siendo estadísticamente significativo (valor de P= 0.000).

Categoría médica y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Categoría médica.	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Medicina familiar		Ref.	Ref.	Ref.
Medicina crítica		0.992	0.991	0.2406 4.0893
Medicina de urgencias		1.24	0.574	0.5858 2.6244
Medicina general		0.763	0.606	0.2734 2.1294
Pediatría		16.12	0.010	1.9718 131.7807

La categoría de referencia con el valor de 0 fue médico familiar.

La categoría de medicina crítica disminuye 1% la posibilidad de presentar depresión en comparación con medicina familiar, estadísticamente no significativo (valor de $P= 0.991$)

La categoría de medicina de urgencias aumenta 1.24 veces la posibilidad de presentar depresión en comparación con medicina familiar con valor de $P= 0.574$ no siendo estadísticamente significativo.

La categoría de medicina general disminuye 24% la posibilidad de presentar depresión en comparación con medicina familiar sin significancia estadística (valor de $P= 0.606$)

La posibilidad de presentar depresión se incrementa 16 veces más en el médico pediatra en comparación con el resto de las categorías. (Valor de $P= 0.010$) estadísticamente significativo.

Grado académico y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Grado académico	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Médico adscrito		Ref.	Ref.	Ref.
Médico residente		2.5967	0.004	1.3550 4.9762

La posibilidad de padecer depresión se incrementa 2.5 veces más en el médico residente en comparación con los médicos adscritos. Valor de P= 0.004 estadísticamente significativo.

Depresión Horario laboral.

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Horario laboral	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Horario laboral menor a 8 horas/ día		Ref.	Ref.	Ref.
Horario laboral mayor a 8 horas/ día		0.626666	0.174	0.3193 1.2295

El tener un horario laboral mayor a 8 horas diarias disminuye la posibilidad de padecer depresión en un 38% en comparación con los que tienen un horario laboral igual o menor a 8 horas, no siendo estadísticamente significativo (valor de P= 0.174).

Número de trabajos y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Número de trabajos	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Tres		Ref.	Ref.	Ref.
Uno		4.833333	0.019	1.2889 18.1238
Dos		3.764706	0.071	0.8941 15.8514

La posibilidad de presentar depresión aumenta 4.8 veces más en los médicos que tienen un trabajo en comparación con los médicos que tienen tres trabajos. Valor de P= 0.019 con significancia estadística

La posibilidad de presentar depresión aumenta 3.7 veces más en los médicos que tienen dos trabajos en comparación con los médicos que tienen tres trabajos. Valor de P= 0.071 sin significancia estadística

Estado civil y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Estado civil	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Sin pareja		Ref.	Ref.	Ref.
Con pareja		0.7317073	0.334	0.3882 1.3790

La posibilidad de padecer depresión disminuye 27% en los médicos que tienen pareja en comparación con los médicos que están solos, sin presentar significancia estadística (valor de $p= 0.334$)

Número de hijos y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Número de hijos	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Con hijos		Ref.	Ref.	Ref.
Sin hijos		2.1	0.024	1.1011 4.0050

La posibilidad de presentar depresión se incrementa 2.1 en los médicos que no tienen hijos en comparación con los médicos que tienen hijos. Es estadísticamente significativo (valor de $P= 0.024$).

Comorbilidades y depresión

Análisis bivariado de la edad asociada a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Comorbilidades	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Con comorbilidades		Ref.	Ref.	Ref.
Sin comorbilidades		0.7697368	0.419	0.4078 1.4526

La posibilidad de desarrollar depresión disminuye 24% en los médicos que no presentan comorbilidades en comparación con los médicos que tienen alguna comorbilidad. Estadísticamente no significativo (Valor de P= 0.419. Presentar comorbilidades aumenta 1.31 veces la posibilidad de presentar depresión.

En el siguiente apartado se describen las asociaciones de las variables independientes con la variable dependiente ansiedad.

Edad y ansiedad

Análisis bivariado de la edad asociada a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Edad	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Edad		0.925918	0.003	0.880728 0.9734266

Por cada incremento de un año en la edad de los médicos, la posibilidad de presentar ansiedad disminuye 8% (valor de P= 0.003), estadísticamente significativo.

Sexo y ansiedad

Análisis bivariado del sexo asociado a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Sexo	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Hombre		Ref.	Ref.	Ref.
Mujer		3.166667	0.001	1.633321 6.1395

En el sexo mujer se aumenta la posibilidad de padecer ansiedad 3.16 veces en comparación con los hombres, estadísticamente significativo (valor de P= 0.001).

Categoría médica y ansiedad

Análisis bivariado de la categoría médica asociada a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Categoría médica	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Medicina familiar		Ref.	Ref.	Ref.
Medicina crítica		2.153846	0.311	0.4877 9.5105
Medicina de urgencias	2		0.359	0.4545 8.7999
Medicina general		3.25	0.159	0.6291 16.7890
Pediatría		26	0.009	2.2185 304.7016

El ejercer la medicina crítica incrementa 2.15 veces la posibilidad de presentar ansiedad en comparación en comparación con la medicina familiar sin ser estadísticamente significativo (valor de P= 3.11)

El médico de urgencias incrementa 2 veces la posibilidad de desarrollar ansiedad en comparación con el médico familiar, siendo estadísticamente no significativo (valor de P= 0.359)

El pertenecer a médico general incrementa 3.25 veces la posibilidad de presentar ansiedad en comparación con el resto de las especialidades. (Valor de P= 0.159, estadísticamente no significativo).

El médico pediatra incrementa 26 veces más la posibilidad de desarrollar ansiedad en comparación con el médico familiar, siendo estadísticamente significativo (valor de P= 0.009)

Grado académico y ansiedad

Análisis bivariado del grado académico asociado a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Grado académico	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Médico adscrito		Ref.	Ref.	Ref.
Médico residente		1.668459	0.117	0.8794 3.1654

El médico residente incrementa 1.6 veces la posibilidad de presentar ansiedad en comparación con el médico adscrito. (Valor de P= 0.117) estadísticamente no significativo.

Horario laboral y ansiedad

Análisis bivariado del horario laboral asociada a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Horario laboral	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Horario laboral menor a 8 horas/ día		Ref.	Ref.	Ref.
Horario laboral mayor a 8 horas/ día		0.8193103	0.560	0.4190 1.6018

El tener un horario laboral mayor a 8 horas, disminuye la posibilidad de padecer ansiedad en un 19% en comparación con los médicos que tienen un horario laboral menor o igual a 8 horas (valor de $P=0.560$) no es estadísticamente significativo

Número de trabajos y ansiedad

Análisis bivariado del número de trabajos asociado a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Número de trabajos	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Tres		Ref.	Ref.	Ref.
Uno		2.930233	0.065	0.9358 9.1748
Dos		2.125	0.246	0.5954 7.5834

La posibilidad de presentar ansiedad aumenta 2.93 veces en los médicos que tienen un trabajo en comparación con los médicos que tienen tres trabajos. Valor de $P=0.065$ con significancia estadística

La posibilidad de presentar ansiedad aumenta 2.12 veces en los médicos que tienen dos trabajos en comparación con los médicos que tienen tres trabajos. Valor de P= 0.246 sin significancia estadística

Estado civil y ansiedad

Análisis bivariado del estado civil asociado a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Estado civil	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Sin pareja		Ref.	Ref.	Ref.
Con pareja		1.240854	0.506	0.6567 2.3445

La posibilidad de padecer ansiedad aumenta 1.24 veces en los médicos que tienen pareja en comparación con los médicos que están solos (valor de P= 0.506) sin tener significancia estadística

Número de hijos y ansiedad

Análisis bivariado del número de hijos asociado a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Número de hijos	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Con hijos		Ref.	Ref.	Ref.
Sin hijos		1.82197	0.068	0.9573 3.4676

La posibilidad de presentar ansiedad se incrementa 1.8 veces más en los médicos que no tienen hijos en comparación con los médicos que tienen hijos (valor de P= 0.068) no estadísticamente significativo.

Comorbilidades y ansiedad

Análisis bivariado de las comorbilidades asociada a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Comorbilidades	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Con comorbilidades		Ref.	Ref.	Ref.
Sin comorbilidades		0.7935	0.477	0.4193 1.5013

La posibilidad de desarrollar ansiedad disminuye 21% en los médicos que no presentan comorbilidades en comparación con los médicos que tienen alguna comorbilidad. Estadísticamente no significativo (Valor de P= 0.419).

Finalmente se describen las asociaciones de las variables independientes con la variable independiente insomnio.

Edad e insomnio

Análisis bivariado de la edad asociada a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Edad	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Edad		0.9459893	0.034	0.8985 0.9959

Por cada incremento de un año en la edad de los médicos, la posibilidad de presentar insomnio disminuye 6%. Estadísticamente significativo (Valor de P= 0.034).

Sexo e insomnio

Análisis bivariado del sexo asociado a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Sexo	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Hombre		Ref.	Ref.	Ref.
Mujer		1.927536	0.054	0.9885 3.7584

En el sexo mujer se aumenta la posibilidad de padecer insomnio 1.92 veces en comparación con los hombres, siendo estadísticamente significativo (valor de P= 0.054).

Categoría médica e insomnio

Análisis bivariado de la categoría médica asociada a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Categoría médica	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Medicina familiar		Ref.	Ref.	Ref.
Medicina crítica		0.859375	0.835	0.2072 3.5639
Medicina de urgencias		0.8088235	0.770	0.1955 3.3460
Medicina general		0.2941177	0.160	0.0533 1.6218
Pediatría		1.25	0.795	0.23270 6.7145

La categoría de medicina crítica disminuye 15% la posibilidad de presentar insomnio en comparación con los médicos familiares. Sin significancia estadística (valor de P= 0.835).

La categoría de medicina de urgencias disminuye 20% la posibilidad de presentar insomnio en comparación con la medicina familiar. Valor de P= 0.770 estadísticamente no significativo.

La categoría de médico general disminuye 71% la posibilidad de presentar insomnio en comparación con la especialidad de medicina familiar. Con valor de P= 0.160 estadísticamente no significativo.

El pertenecer a médico pediatra incrementa 1.25 veces la posibilidad de presentar insomnio en comparación con el resto de las especialidades. Valor de P= 0.795, estadísticamente no significativo.

Grado académico e insomnio

Análisis bivariado del grado académico asociado a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Grado académico	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Médico adscrito		Ref.	Ref.	Ref.
Médico residente		2.894737	0.002	1.4646 5.7209

El médico residente aumenta 2.89 veces la posibilidad de presentar insomnio en comparación con los médicos adscritos. Estadísticamente significativo (Valor de P= 0.002).

Horario laboral e insomnio

Análisis bivariado del horario laboral asociado a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Horario laboral	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Horario laboral mayor a 8 horas		1.009615	0.978	0.5080 2.0063

El tener un horario laboral mayor a 8 horas, aumenta 1.0 veces la posibilidad de padecer insomnio en comparación con los médicos que tienen un horario laboral menor o igual a 8 horas (valor de $p=0.978$) no es estadísticamente significativo.

Número de trabajos e insomnio

Análisis bivariado del número de trabajos asociado a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Número de trabajos	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Uno		2.190678	0.203	0.6553 7.3231
Dos		0.8800003	0.857	0.2182 3.5474

El tener 1 trabajo aumenta 2.19 veces la posibilidad de padecer insomnio en comparación con los médicos que tienen tres trabajo Valor de $P= 0.203$ no estadísticamente significativo

El tener dos trabajos disminuye 12% la posibilidad de presentar insomnio en comparación con los médicos que tienen tres trabajos. Valor de $P= 0.857$ sin significancia estadística.

Estado civil e insomnio

Análisis bivariado del estado civil asociado a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Estado civil	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Sin pareja		0.987234	0.969	0.5154 1.8907

El tener pareja disminuye un 2% la posibilidad de padecer insomnio en comparación con los médicos que están solos (sin pareja) con valor de $p= 0.969$ sin significancia estadística.

Número de hijos e insomnio

Análisis bivariado del número de hijos asociado a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Número de hijos	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Sin hijos		1.927536	0.054	0.9885 3.7584

La posibilidad de presentar insomnio se incrementa 2.9 en los médicos que no tienen hijos en comparación con los médicos que tienen hijos. Es estadísticamente significativo (valor de $P= 0.054$).

Comorbilidades e insomnio

Análisis bivariado de las comorbilidades asociada a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Comorbilidades	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Sin comorbilidades		0.7832481	0.465	0.4069 1.5073

La posibilidad de desarrollar insomnio disminuye 22% en los médicos que no presentan comorbilidades en comparación con los médicos que tienen alguna comorbilidad. Estadísticamente no significativo (Valor de P= 0.419).

Análisis de regresión logística múltiple

Análisis multivariado

Análisis multivariado sobre los factores asociados a depresión del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Variable	Depresión	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Edad		0.9613501	0.404	0.8763859 1.054551
Sexo		3.049371	0.005	1.401253 6.63596
Categoría				
Medicina crítica		0.626433	0.594	

Medicina de urgencias	0.2579694	0.155	0.1122259
Medicina general	0.4880245	0.478	3.496682
Pediatría	3.476707	0.366	0.0397827
			1.672794
			0.067215
			3.543376
			0.2337076
			51.72057
Grado académico	2.292039	0.161	0.7189744
			7.306859
Número de trabajos			
Uno	1.513283	0.631	0.2789275
Dos	2.226745	0.308	8.210108
			0.4778558
			10.37633
Número de hijos	1.223956	0.659	0.4993849
			2.999828
Comorbilidades			0.2906587
Sin comorbilidades	0.6221605	0.222	1.331747

La posibilidad de presentar depresión se incrementa 3 veces en el sexo mujer en comparación con el sexo hombre ajustando por edad, especialidad, categoría (becarios y adscritos), número de trabajos y número de hijos.

Análisis multivariado sobre los factores asociados a ansiedad del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Variable	Ansiedad	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Edad		0.9493187	0.239	0.8705943 1.035162
Sexo		2.759147	0.009	1.289425 5.904098
Categoría				
Medicina crítica		1.407383	0.695	0.255139
Medicina de urgencias		0.7719837	0.782	7.763326
Medicina general		2.211518	0.421	0.1230318
Pediatría		7.275726	0.146	4.843941 0.3200965 15.27917 0.5016235 105.5297
Grado académico		1.249112	0.692	0.4162268 3.748634
Número de trabajos				
Uno		1.135311	0.869	0.257141
Dos		1.254079	0.747	5.120618 0.3174828 4.953697
Número de hijos		0.9562627	0.919	0.4032701 2.267558
Sin comorbilidades		0.7139299	0.369	0.3420703 1.490033

La posibilidad de presentar ansiedad se incrementa 2.7 veces en el sexo mujer en comparación con el sexo hombre ajustando por edad, especialidad, categoría (becarios y adscritos), número de trabajos, número de hijos y comorbilidades con un valor de $P= 0.009$ estadísticamente significativo.

Análisis multivariado sobre los factores asociados a insomnio del personal de áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, IMSS Morelos

Variable	Insomnio	Odds Ratio	Valor de p	Intervalo de Confianza 95%
Edad		0.9835718	0.706	0.9024042 g1.07204
Sexo		1.63168	0.209	0.7598513 3.503817
Categoría				
Medicina crítica		0.3526083	0.216	0.0676413
Medicina de urgencias		0.1952909	0.074	1.838117
Medicina general		0.1685361	0.087	0.0325312
Pediatría		0.3021107	0.250	1.172368 0.0218712 1.298712 0.0393751 2.317982
Grado académico		1.943169	0.250	0.6266011 6.026011
Número de trabajos		1.278424	0.766	

Uno	0.7067745	0.649	0.2544131
Dos			6.42407
			0.1582381
			3.156827
Número de hijos	1.31406	0.545	0.5425528
			3.182647
Sin	0.6567333	0.270	0.3110574
comorbilidades			1.386556

En el modelo de regresión logística múltiple donde se evaluó insomnio con edad, sexo, categoría, grado académico, número de trabajos, número de hijos y comorbilidades, ninguna de estas variables se asoció con insomnio con un valor de P mayor a 0.05

DISCUSIÓN

En el estudio realizado a 154 médicos de las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, la depresión se asoció con la edad con OR 0.92 (P= 0.002), en cuanto al sexo la asociación fue con el sexo mujer OR 3.6 (valor de p: 0.000); comparando estos resultados con el estudio realizado por Jiang Du et al (Síntomas psicológicos entre los trabajadores de atención médica de primera línea durante el brote de COVID – 19 en Wuhan) del año 2020, en éste, no hubo asociación con la edad OR 0.96 (IC 0.90 – 1.03), y en cuanto al sexo la asociación con depresión con el sexo el resultado no fue significativo OR 2.76 (IC 0.73, 10.43), sin embargo, en cuanto al porcentaje de prevalencia de depresión fueron similares, ya que en ambos se observó mayor presentación en el sexo mujer.

En el estudio realizado por Wen-rui Zhang et al en China titulado Problemas psicosociales y de salud mental de los trabajadores de la salud durante la epidemia de COVID – 19 en China, publicado en el 2020, en el que se observa que las variables asociadas con el riesgo de ansiedad entre los trabajadores médicos de la salud fueron: ser mujer (OR 1.80, IC 95% 1.10 – 1.95; p = 0.02), y tener enfermedades orgánicas (OR 2.85; IC 1.73 – 4.68, p=0.01). En cuanto a depresión se asociaron las variables sexo mujer (OR 1.85, IC 95% 1.11 – 3.08; P= 0.02) y tener enfermedades orgánicas (OR 2.51; IC 95% 1.51 – 4.18; p= 0.01). Para el insomnio la variable asociada como factor de riesgo fue tener enfermedades orgánicas (OR 3.39; IC 95% 2.20 – 5.22; P= 0.01). En contraste con el estudio realizado al personal que labora en las áreas críticas del hospital general regional

con medicina familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos, las variables sexo fue igual ser mujer (OR 3.67; IC 1.88 – 7.18; P= 0.000), y la asociación con tener comorbilidades para presentar depresión fue aumentan 1.31 veces la posibilidad de presentar depresión.

En el estudio realizado por Climent Quintana Domeque et al realizado en Cataluña, Italia y Reino Unido titulado Ansiedad y depresión entre médicos de Cataluña, Italia y Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 publicado en 2021 en sus resultados las mujeres tenían mayores probabilidades de ansiedad (OR 1,77; IC 95 %, 1,50 –2,07;) y depresión (OR 1,76; IC 95 %, 1,49 –2,09) en comparación con los hombres. De acuerdo a los resultados de edad, en comparación con las personas mayores de 60 años, las personas más jóvenes tenían mayores probabilidades de ansiedad (OR 1.49; IC 95 %, 1.22 –1.82) y depresión (OR 1.58; IC 95 %, 1.28 – 1.96). Al igual que en nuestro estudio, las mujeres se ven más afectadas en ansiedad y depresión.

LIMITACIONES

El estudio realizado presentó limitación en el número de participantes, ya que no se evaluó a la totalidad del personal médico, así como la participación del personal de enfermería. El realizar un estudio transversal limita el seguimiento al estado de salud mental de los trabajadores de salud, pero queda como antecedente para próximos estudios de seguimiento.

La segunda limitación encontrada fue el momento (al final o inicio de la jornada) en el que se realizaron los cuestionarios al personal de salud, ya que no necesariamente podría reflejar la realidad, sino la percepción que de ella tiene el o la entrevistado(a).

La falta de estudios de investigación previos en el tema abordado, es otra de las limitaciones encontradas, derivado a que no se puede comparar los resultados obtenidos con resultados previos en el Hospital estudiado.

FORTALEZAS

Los datos obtenidos en el presente estudio, generan información de valor para identificar aquellos trabajadores médicos con factores de riesgo para desarrollar enfermedades mentales, así mismo, identificar los factores preventivos.

De los puntos fuertes de este proyecto conviene resaltar el equipo humano que conforma el área crítica del Hospital General Regional No. 1 con Medicina Familiar que participó en la realización de este proyecto, ya que a partir de su talento, diversidad, experiencia y formación, se enriqueció este proyecto.

Este estudio es un precedente para próximas investigaciones en salud mental de los trabajadores de las áreas médicas y con ello mejorar la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

El estudio realizado para conocer los factores asociados a depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 en Cuernavaca, Morelos, arrojó como principal factor tanto para depresión como para ansiedad el ser mujer (3 y 2.5 veces más correspondientemente). En cuanto a insomnio no se encontró ningún factor de riesgo con significancia estadística.

En el personal de salud se identificaron síntomas positivos para las enfermedades mentales en estudio (depresión, ansiedad e insomnio) y se clasificó de acuerdo a la severidad de los síntomas en leve, moderado y severo, dando a conocer que el personal de salud necesita de intervenciones psicológicas y médicas para mejorar su estado de salud mental.

Estos resultados serán divulgados en el hospital, para que el personal de salud, se sienta identificado y empático con los demás compañeros de trabajo, se busque una estrategia para mejorar su salud mental y se prevenga tanto la cronicidad como la incidencia de las enfermedades mentales.

Recursos, financiamiento y factibilidad

El presente estudio se llevó a cabo con recursos humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social, siendo el investigador responsable, la investigadora asociada, así como el personal médico quienes participarán en el estudio.

Los recursos físicos con que se contó fueron las instalaciones del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos para la aplicación de los cuestionarios.

Recursos materiales: consentimiento informado, cuestionario sociodemográfico, Escala de depresión de Beck II, Escala GAD 7, Escala de insomnio de Athenas, Tablet, Computadoras. Paquete básico de Office (Word, Excel, PowerPoint), Internet, Plataforma Google Forms, papelería en general (lápiz, pluma, gomas, sacapuntas, hojas para impresión).

Financiamiento: a cargo de los investigadores.

Factibilidad del estudio: el presente tuvo factibilidad para su realización, ya que es un estudio transversal descriptivo, en el cuál se aplicaron cuestionarios de fácil respuesta, requiriendo un tiempo mínimo para su contestación, el personal Hospitalario fue accesible para participar en el estudio, y el lugar donde se desarrolló el estudio (Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1) cuenta con la infraestructura y equipo necesario para que los investigadores realicen el estudio sin inconvenientes.

ANEXOS.

1. Consentimiento informado



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

**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)**

Nombre del estudio: Factores asociados a depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha: Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, Cuernavaca, Morelos.

Número de registro institucional:

Justificación y objetivo del estudio: Los médicos que laboran en las áreas de urgencias y cuidados intensivos, se encuentran con gran estrés laboral, esto por la gran demanda de atención médica intrahospitalaria y el tipo de necesidades de cuidados especiales que requieren los pacientes con el fin de lograr su mejoría.

El estrés crónico se ha asociado a trastornos de salud mental como la depresión, ansiedad o el insomnio, los cuales traen consigo repercusiones que no solo afectan la calidad de atención que brindan, su capacidad de comprensión clínica o sus habilidades en la toma de decisiones, sino que también tienen un impacto significativo en su bienestar físico, mental y en su calidad de vida.

El objetivo de esta investigación es: Evaluar los factores asociados a depresión, ansiedad e insomnio del personal médico que labora en las áreas críticas del Hospital general regional con Medicina Familiar No. 1 de Cuernavaca, Morelos.

Procedimientos: A usted se le está invitando a participar en este proyecto de investigación, ya que es médico que labora en área crítica. Si usted

acepta participar, se le realizará un cuestionario con preguntas relacionadas a su salud mental, con aplicación de cuestionarios validados para diagnóstico de depresión, ansiedad e insomnio, así como un cuestionario con información sociodemográfica. Estos cuestionarios serán aplicados de manera digital, al momento en que acepte participar y firme el consentimiento informado, se le entregará un dispositivo electrónico (Tableta) por el investigador que se está entrevistando con usted para ingresar a los formularios de Google Forms y sea respondido en el área del hospital que mejor le convenga sin distractores.

Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio no representa ningún riesgo para usted, sin embargo, podría tardar aproximadamente 15-20 minutos en contestarlo, lo que generaría molestia por el tiempo invertido.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si usted decide participar le comentamos que no recibirá pago alguno por su participación, pero tampoco le implicará un gasto. Sin embargo, usted conocerá el estatus de salud mental en lo que respecta a depresión, ansiedad e insomnio.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los investigadores le informarán su resultado de forma personal en una semana posterior al término de las preguntas que se realizarán. En caso de que, en alguno de los cuestionarios, usted tuviese un diagnóstico positivo para las enfermedades mentales que estamos investigando, se le hará saber y se canalizará al Servicio de Protección y Promoción de la Salud de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (SPPSTIMSS).
Participación o retiro:	Su participación en el presente estudio es voluntaria, si usted no quiere participar esto no le causará ninguna clase de castigo ni tampoco impedirá que usted reciba la atención que brinda el personal del IMSS; tampoco habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.
Privacidad y confidencialidad:	Para cuidar su privacidad se le aplicará el cuestionario de manera digital, con un dispositivo electrónico (Tableta) para ser respondidos en total privacidad en el área que mejor le convenga. Sus datos, así como sus respuestas serán manejados con estricta confidencialidad al usar únicamente folios y códigos de tal forma que nadie pueda identificarle a usted. Los datos obtenidos de los cuestionarios serán para uso exclusivo de la presente investigación y no estarán disponibles para otro uso. Los cuestionarios serán resguardados por un tiempo de 5 años y posteriormente serán depurados siguiendo las recomendaciones de la ley de protección de datos.

Declaración de consentimiento:

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

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

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

Investigadora o Investigador Responsable: Marco Antonio León Mazón
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 20
Matrícula: 99181789
Teléfono: 7773295100 extensión 1401
Correo electrónico: marco.leonm@imss.gob.mx

Colaboradores: Abigail Chávez Jaimes
Residente de la especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No. 20
Matrícula: 98181029
Teléfono: 7773295100 extensión 1401
Correo electrónico: abich_153@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 17018 del Hospital General Regional con Medicina Familiar No. 1, del IMSS: Avenida Plan de Ayala No. 1201, Col. Flores Magón, C.P. 62450, Municipio de Cuernavaca, Morelos. Tel 7773155000, extensión 1911 correo electrónico: comitedeetica17018HGR1@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

Clave: 2810-009-013

2. Cuestionario sociodemográfico

1. Edad: _____ años

2. Sexo:

- Masculino
- Femenino

3. Grado académico:

- Licenciatura
- Residencia
- Especialista
- Subespecialista

4. Horario laboral:

- Matutino
- Vespertino
- Nocturno
- Jornada acumulada

5. Número de trabajos:

- Trabajo único
- Más de 2 trabajos

6. Estado civil:

- Soltero
- Casado
- Unión libre
- Separado
- Divorciado
- Viudo

7. Fertilidad:

- Sin hijos
- Uno o dos hijos
- Más de 2 hijos

8. Comorbilidades

- Sin comorbilidades
- Diabetes Mellitus
- Hipertensión arterial sistémica
- Sobrepeso/ Obesidad
- Nefropatía
- Retinopatía
- Hepatopatía
- Neumopatía

3. Inventario de Depresión de Beck 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. 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.
- 1a. 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
- 3a. 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

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.

4. Escala Gad 7

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:

Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado:

- 0 Nunca
- 1 Menos de la mitad de los días
- 2 Más de la mitad de los días
- 3 Casi todos los días

No ha podido dejar de preocuparse

- 0 Nunca
- 1 Menos de la mitad de los días
- 2 Más de la mitad de los días
- 3 Casi todos los días

Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas

- 0 Nunca
- 1 Menos de la mitad de los días
- 2 Más de la mitad de los días
- 3 Casi todos los días

Ha tenido dificultad para relajarse

- 0 Nunca
- 1 Menos de la mitad de los días
- 2 Más de la mitad de los días
- 3 Casi todos los días

Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto

- 0 Nunca
- 1 Menos de la mitad de los días
- 2 Más de la mitad de los días
- 3 Casi todos los días

Se ha irritado o enfadado con facilidad

- 0 Nunca
- 1 Menos de la mitad de los días
- 2 Más de la mitad de los días
- 3 Casi todos los días

Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible

- 0 Nunca
- 1 Menos de la mitad de los días
- 2 Más de la mitad de los días
- 3 Casi todos los días

5. Escala de insomnio de Atenas

INSTRUCCIONES: Esta escala está diseñada para registrar su propia percepción de cualquier dificultad en el dormir que usted pudiera haber experimentado. Por favor marque la opción debajo de cada enunciado para indicar su estimación de cualquier dificultad, siempre que haya ocurrido durante la última semana.

Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).

0. Ningún problema.
1. Ligeramente retrasado.
2. Marcadamente retrasado.
3. Muy retrasado o no durmió en absoluto.

Despertares durante la noche.

0. Ningún problema.
1. Problema menor.
2. Problema considerable.
3. Problema serio o no durmió en absoluto.

Despertar final más temprano de lo deseado.

0. No más temprano.
1. Un poco más temprano.
2. Marcadamente más temprano.
3. Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto.

Duración total del dormir.

0. Suficiente.
1. Ligeramente insuficiente.
2. Marcadamente insuficiente.
3. Muy insuficiente o no durmió en absoluto.

Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).

0. Satisfactoria.
1. Ligeramente insatisfactoria.
2. Marcadamente insatisfactoria.
3. Muy insatisfactoria o no durmió en absoluto.

Sensación de bienestar durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuida.
2. Marcadamente disminuida.
3. Muy disminuida.

Funcionamiento (físico y mental) durante el día.

0. Normal.
1. Ligeramente disminuido.
2. Marcadamente disminuido.
3. Muy disminuido.

Somnolencia durante el día.

0. Ninguna.
1. Leve.
2. Considerable.
3. Intensa

6. Cronograma

Actividad	Marzo – Abril 2021	Mayo- Junio 2021	Julio- Agosto 2021	Sep.- Oct. 2021	Nov – Dic 2021	Enero – Febrero 2022	Marzo- Abril 2022	Mayo- junio 2022	Julio – Agosto 2022	Sep.- oct 2022	Nov. – dic 2022	Enero - febrero 2023
Definición de tema	P / R	P / R										
Investigación bibliográfica			P / R	P / R	P / R							
Presentación del protocolo						P / R	P / R	P / R	P / R			
Autorización del protocolo										P / R		
Inicio de recolección de datos										P / R		
Acomodo y distribución de datos											P / R	
Análisis estadístico												P / R
Término de protocolo												P / R

PROGRAMADA: P

REALIZADA: R

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020. In: Biblioteca de la OMS, editor. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2013. p. 54.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5ta ed. España 2014. 1000 p.
3. Pougnet R, Pougnet L. ANXIETY DISORDERS AND MOOD DISORDERS IN HOSPITAL DOCTORS: A LITERATURE REVIEW. *Medycyna Pracy*. 2021.
4. Azzez SS, Abdulah DM, Piro RS, Miho Alhakem SS. Sleep severity and fatigue manifestations in relation to the doctor-patient relationship. *Sleep Med*. 2019;58:13-7.
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2021 [cited 2022 09 de septiembre].
6. Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li X, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017:15.
7. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021. ENBIARE. Nota Técnica. Ciudad de México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2021.
9. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
10. Garcia-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Perez-Paramo M, Lopez-Gomez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8.
11. Lozano JA. Clasificación, prevención y tratamiento del insomnio. 2003;22.

12. Ferre-Maso A, Rodriguez-Ulecia I, Garcia-Gurtubay I. [Differential diagnosis of insomnia from other comorbid primary sleep disorders]. *Aten Primaria*. 2020;52(5):345-54.
13. López JAF, F. Insomnio: detección y tratamiento. *Rev Esp Geriat Geront*. 2018;54.
14. Bouscoulet LT, Vazquez-Garcia JC, Muino A, Marquez M, Lopez MV, de Oca MM, et al. Prevalence of sleep related symptoms in four Latin American cities. *J Clin Sleep Med*. 2008;4(6):579-85.
15. Abdulah DM, Musa DH. Insomnia and stress of physicians during COVID-19 outbreak. *Sleep Med X*. 2020;2:100017.
16. Morin. CHBACM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Elsevier. 2001;2(4).
17. Alejandro Nenclares Portocarrero AJ-G. Estudio de validación de la traducción al español de la escala atenas de insomnio. *Salud Mental*. 2005;28.
18. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. Ley Federal del Trabajo. México: Diario Oficial de la Federación; 2015.
19. Valentin A. Intensiv- und Notfallmedizin–Fundamente moderner Medizin. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*. 2020:8.
20. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-206-SSA1-2002, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica. Cd. de México: Diario Oficial de la Federación; 2004.
21. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Cd. de México: Diario Oficial de la Federación; 2018.
22. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos. . Cd. de México: Diario Oficial de la Federación; 2013. p. 13.
23. Gómez-Martínez S, Ballester-Arnal R, Gil-Julia B, Abizanda-Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *Anales de psicología*. 2015:8.

24. Medisauskaite A, Kamau C. Reducing burnout and anxiety among doctors: Randomized controlled trial. *Psychiatry Res.* 2019;274:383-90.
25. Eggink KM, Taylor SE, Judkins S, Taylor DM. Prescription medication use by emergency department doctors to improve work and academic performance, and to manage stress and anxiety. *Emerg Med Australas.* 2021;33(2):369-71.
26. Ida Hollsten BMF, Merethe Kristine Kousgaard Andersen and Jorgen Nexoe. Insomnia in the elderly: reported reasons and their associations with medication in general practice in Denmark. *Scandinavian Journal of primary health care.* 2020.
27. CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Mexico: Diario Oficial de la Federación.; 2021.