



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 27



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
Facultad de Medicina y Psicología
Coordinación de Estudios de Posgrado e Investigación

**“ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**

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

PRESENTA:

Dr. Daniel Yañez Rivera

Responsable:

Dra. Catalina Verdin Bravo

Médico especialista en Medicina Familiar
en la Unidad de Medicina Familiar número 27

Tijuana, Baja California, 16 de Enero de 2024.

Título

**“ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”**

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES

INVESTIGADOR TESISTA:

Dr. Daniel Yañez Rivera

Residente de tercer año de Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27

Matricula: 97023406

Institución: IMSS, Baja California.

Teléfono celular: (664) 2032814

Correo electrónico: dr.daniel.yanez@gmail.com

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Catalina Verdin Bravo

Médico especialista en Medicina Familiar

Matricula: 98021687

Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27

Institución: IMSS. Baja California.

Teléfono: (664) 3014353

Correo electrónico: catalinaverdin@yahoo.com

I. ÍNDICE

RESUMEN	5
MARCO TEÓRICO	6
ANTECEDENTES	13
JUSTIFICACIÓN	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
II. OBJETIVOS	19
III. MATERIAL Y MÉTODOS	20
Criterios de selección:	20
Procedimiento del estudio:	22`
Instrumento de medición	23
Análisis de datos:	29
Operacionalización de las variables:	29
IV. ASPECTOS ÉTICOS	32
V. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	36
VI. BIOSEGURIDAD	36
VII. RESULTADOS	37
VIII. DISCUSIÓN	44
IX. CONCLUSIÓN	46
X. RECOMENDACIONES	48
XI ANEXOS	50
ANEXO I. CRONOGRAMA	50
ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO	51
ANEXO III CARTA DE NO INCONVENIENCIA AL DIRECTOR	53
ANEXO IV CARTA DE DECLARACIÓN DE AUTORIDAD EDUCATIVA	54
ANEXO V. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	55
ANEXO VI. CUESTIONARIO SF-36	56
ANEXO VII. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	60
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

RESUMEN

Título: “Ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27”

Investigadores: Verdin-Bravo C, Yañez-Rivera D.

INTRODUCCIÓN: Para los médicos residentes en formación, realizar la residencia constituye un cambio importante, tanto en términos sociales como académicos, lo cual puede afectar la salud mental, considerando las exigencias académicas, la adquisición de nuevas competencias para el desarrollo profesional, autogestión de horarios, inserción en un nuevo ambiente educativo laboral, entre otras; es un periodo de formación integral con un elevado nivel de exigencia académica, actualización y autocrítica, para forjar médicos que en el futuro sean capaces de dar una mejor atención al paciente, más accesible, humana e integral. Durante la residencia médica, se presentan retos, situaciones emocionalmente impactantes y factores estresores propios del desempeño en las diferentes áreas del hospital; la ansiedad en los médicos residentes en relación con su calidad de vida debe evaluarse porque puede impactar en el futuro del médico, la sociedad y por ende al paciente y la calidad del servicio médico. La medición de la calidad de vida en hospitales públicos, apoya a las instituciones que lo apliquen para detectar la ansiedad en médicos residentes y establecer indicadores que puedan aportar a los planes de mejora de la calidad de formación de médicos.

OBJETIVO: Determinar la relación entre ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizará el estudio en la Unidad de Medicina Familiar número 27 de Tijuana, B.C. Los residentes participantes contestarán los cuestionarios de Cuestionario Calidad de Vida SF-36 y el Cuestionario de la escala de Hamilton para ansiedad. Los cuestionarios se aplicarán previa autorización de forma voluntaria y con firma de consentimiento informado. Se utilizará estadística descriptiva: medidas dispersión y relación no paramétricas para variables cualitativas Se recabarán en una hoja de Excel para después procesar la correlación de Ansiedad y calidad de Vida con la prueba Tau C de Kendall en el programa estadístico SPSS versión 26, previa autorización por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación y del director de la Unidad. **Recursos Financieros:** Solventados por los investigadores. **Experiencia del grupo:** El investigador principal cuenta con más de 3 años de experiencia en el área de Investigación Médica. **Tiempo a desarrollarse:** Se realizará en el periodo de noviembre a diciembre de 2023.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad. Calidad de Vida. Médico Residente. Estrés.

MARCO TEÓRICO

La necesidad de revisar las condiciones de calidad de vida de los residentes ha sido una preocupación de diversas instituciones y de organismos educativos en todo el mundo. Asociaciones médicas, facultades y autoridades de salud, en general, han promovido diversas transformaciones en la forma en que es comprendido el papel del médico en formación de posgrado, tantos en el escenario educativo y de atención en salud como en el ejercicio práctico de sus responsabilidades. No obstante, a pesar de que las instituciones de salud se esfuerzan por formar más y mejores profesionales capaces de combatir la enfermedad, el estrés y la disminución de la calidad de vida, son estos mismos factores cada vez más frecuentes incluso entre los propios residentes. (1)

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMV) son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como conductas asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. 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 (6 meses o más). Este criterio temporal es flexible ya que las personas pueden sobreestimar el peligro de las situaciones que temen o evitan. (2)

De los síntomas anímicos más importantes en los últimos tiempos, debido a las consecuencias y sus efectos, son por un lado la ansiedad y por otro lo que se ha denominado estrés. La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Después de las enfermedades cardíacas, la ansiedad y el estrés está llegando a ser

segunda causa de incapacidad; esto representa en la actualidad mayor carga de salud, con sus implicaciones económicas, políticas, y familiares principalmente. (3) Los investigadores han tratado de examinar y clasificar los factores de la ansiedad que experimentan los médicos residentes; entre ellos se mencionan el ambiente de formación con factores derivados del estrés situacional y físico; factores laborales tales como baja o ninguna remuneración, relaciones laborales, entre otros; por otra parte factores sociales de estrés personal y familiar desencadenados por variables sociodemográficas, características de personalidad, proyecto de vida y elementos propios del ciclo vital en que se encuentran. (4)

Los médicos en periodo de adiestramiento de una especialidad están sujetos adicionalmente a otros estresores relacionados con este periodo formativo, como jornadas laborales prolongadas, privación del sueño, exigencias académicas y laborales, conflictos con otro personal, sensación de inseguridad laboral futura y situaciones como muerte de pacientes, conflictos con la familia o amigos, dificultades financieras, entre otros, que los hacen aún más susceptibles particularmente depresión y ansiedad. (5)

Durante su formación académica, los médicos residentes pueden llegar a presentar algún tipo de maltrato, el más común es el psicológico. Dentro de este tipo de maltrato se pueden llegar a presenciar situaciones como amenazas de tipo verbal, llamadas de atención frente a compañeros médicos y frente a pacientes, demérito académico, los cuales generan ansiedad y depresión. Todos estos factores pueden llegar a desencadenar múltiples alteraciones en el bienestar del residente, desde la baja académica, y en el peor de los casos aumenta el riesgo de suicidio. (6)

Los resultados del estudio de Secín, Rodríguez (2016), indican que existen diversos reportes que mencionan a la depresión y estados de ansiedad, como los factores emocionales que pueden pesar más en el desempeño de los médicos residentes; y que es posible que la depresión asociada con estados de ansiedad significativos sean los responsables del síndrome de desgaste del residente, por lo que deben evaluarse médicos residentes de todos los cursos de especialización, hacer tres mediciones a lo largo del año y buscar la existencia de estados de ansiedad que puedan interferir en el desempeño del estudiante. (7)

La ansiedad y los trastornos depresivos son enfermedades prevalentes que son las principales causas de mortalidad, discapacidad y pérdida de productividad en todo el mundo. El costo para el individuo y la sociedad no puede ser exagerado, pero nuestra comprensión de la ansiedad y la depresión se han visto obstaculizadas por el actual sistema de diagnóstico categórico. Si bien es aplicable a todas las enfermedades psiquiátricas, la ansiedad y depresión ejemplifican las deficiencias de nuestra clasificación sistema, que enfatiza en gran medida los comportamientos observados en lugar de factores mecánicos o etiológicos. (8)

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por un nivel de ansiedad y preocupación excesiva, en donde el individuo parece no tener control sobre este estado de constante preocupación. El TAG también requiere de la presencia de otros síntomas como: problemas de sueño, inquietud o nerviosismo, irritabilidad, tensión muscular, dificultades para concentrarse o tener la mente en blanco y fatiga excesiva. Los síntomas deben estar presentes en un lapso mínimo de 6 meses. (9)

Calidad de Vida

El médico residente es el profesional de la medicina que realiza actividades que debe cumplir para realizar estudios y prácticas de postgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse dentro de una Unidad Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas. La residencia médica es un sistema de formación en el posgrado de aprendizaje en el trabajo y de servicio dirigida a médicos, cuyo fin es la preparación médica, integral, científica, técnica, social y ética. La salud de los médicos residentes no depende de afecciones o enfermedades y también de un estado de bienestar físico, mental y social. (10)

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. (11)

La calidad de vida (CV) es un concepto que inicialmente provino de las ciencias de la salud y luego se extendió a la sociología y la psicología. Los primeros enfoques de medición objetiva de la calidad de vida, realizados en los años sesenta, fueron sociológicos y económicos. Esta incursión interdisciplinar del concepto desplazó otros términos anteriormente usados —y más difíciles de medir— tales como “felicidad” o simplemente “bienestar”. Estos enfoques tienen algunas limitaciones porque, aunque se refieren a aspectos objetivos, no reflejan el grado de satisfacción y felicidad que se derivan de los mismos. (12)

Calidad de Vida es un complejo concepto multidimensional que representa, la autopercepción y valoración que tiene cada ser humano de su propia existencia conjugadas con sus expectativas y proyecto de vida, dan una resultante que puede acercarse a la noción de calidad de vida; definida como la “experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo y los recursos de que dispone para afrontar esas demandas”. Para evaluar la Calidad de Vida se deberían considerar los siguientes: (13)

- 1) bienestar físico (que incluye conceptos tales como salud y seguridad física);
- 2) bienestar material (ingresos, pertenencias, vivienda, transporte, etc.);
- 3) bienestar social (relaciones personales, amistades, familia, comunidad);
- 4) desarrollo (personal, proyecto de vida, productividad, contribución económica, educación), y
- 5) bienestar emocional (que incluye autoestima, mentalidad, inteligencia emocional, religión y espiritualidad).

El bienestar de una persona incluye medidas que buscan promover aspectos relacionados con una óptima salud física, mental, social y psico-afectiva, por medio de estrategias facilitadoras de entornos saludables, fomentando la adquisición de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades no trasmisibles, para el caso del estudiante se busca favorecer los procesos de aprendizaje que mejoren posteriormente el actuar personal, profesional y la calidad de vida del futuro médico especialista. (14)

La inclusión de aspectos como calidad de vida en médicos residentes es un tema que, poco a poco, se ha ido incluyendo en las aulas médicas: en donde, se ha visto

que la enseñanza de la medicina en las universidades de nuestro país está sufriendo un cambio por incorporar la parte afectiva en sus métodos de enseñanza-aprendizaje: sin embargo, en el caso del médico residente pasa un fenómeno diferente, debido a que en él recae la fuerza de trabajo mayor del hospital y la gran demanda de pacientes que deben atender, el proceso afectivo o emocional queda de lado. No es de extrañarse que aparezcan fenómenos como la aparición de enfermedades físicas o conductas de riesgo. (15)

Las organizaciones de formación de médicos residentes tienen medios de evaluación de entorno laboral; sin embargo, no hay una evaluación del grado de ansiedad producto de un ambiente que afecta la Calidad de Vida de los médicos residentes; y se toma como algo “normal” o bien existe cierto miedo a reportar este tipo de conductas por las posibles consecuencias. (16)

En general, se hace poco énfasis en conocer e investigar sobre la calidad de vida de los profesionales de salud a pesar de que se sepa que el bienestar laboral de ellos también influye en la efectividad de su trabajo, en términos de resultados de salud poblacional. Tal calidad de vida es impactada por el proceso de selección, traslado hacia las sedes de aplicaciones más gastos de transporte y de alimentación. Tomando en cuenta las eventualidades como son esto puede llegar a repercutir en el estado biológico, psicológico y social del médico, llegando a considerarse como un factor de riesgo para generar la ansiedad en los médicos residentes. (17)

El estado de salud del médico residente es un tema poco estudiado, la mayoría de la literatura que existe está enfocada en su nivel académico y el nivel de aprendizaje. Para poder mencionar que contamos con una buena calidad de vida tenemos que mencionar que debemos contar con un buen estado de salud, ya que si este se ve afectado en cualquiera de sus esferas podría afectar la integridad del médico residente. (18)

Podemos mencionar la necesidad de revisar la implementación de programas educativos y asistenciales dirigidos a los residentes con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones de aprendizaje y desarrollo de tareas, ya que esto apoyaría, además, en gran medida a mejorar la calidad de vida personal de los médicos residentes. (19)

ANTECEDENTES

Se ha estimado que el Trastorno de Ansiedad Generalizada tiene una prevalencia internacional del 3.7% en población general. Los datos aumentan notablemente cuando se utilizan muestras de estudiantes universitarios, en las que se obtienen valores de 18.6%, además presentan una elevada comorbilidad (81.9%), de la cual la mayoría se manifiesta con trastornos del estado de ánimo (63.0%) u otros trastornos de ansiedad (51.7%). (20)

Los trastornos de ansiedad, actualmente, son los trastornos mentales más frecuentes. Se estima, según estudios con grandes muestras, que hasta un 33.7% de la población general padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida. Se estima que la prevalencia mundial de depresión es de 5.8 % en hombres y 9.5 % en mujeres; en el caso de la ansiedad, la prevalencia a nivel internacional y nacional son de 16 % en hombres y 8.1 % en mujeres. (21)

Investigaciones en Residentes de Medicina Familiar de Canadá describen prevalencia de Depresión 20% y Ansiedad 12%, cifras mayores a las reportadas en la población general de ese país. (22)

Respecto a las cifras encontradas de ansiedad en profesionales de la salud, en Latinoamérica se han reportado prevalencias que oscilan entre el 2% al 76%. En estudiantes de medicina de Brasil en 2017 se encontraron cifras del 13,1% para el padecimiento de ansiedad, mientras que en personal asistencial de una institución de salud en la ciudad de Bogotá en 2017 se reportó que el 28% sufrían de ansiedad de forma severa o moderada. (23)

En un estudio realizado en Brasil en 2016 por Jiménez y Arenas donde se midió la ansiedad al inicio, a la mitad y al final del periodo de la residencia; encontrando que: en la medición basal los síntomas de ansiedad media basal estuvieron presentes en 2.97 de los estudiados; ese porcentaje subió a 21.98 en la medición intermedia y en la medición final estuvieron presentes en el 10.75 ($p < 0.001$). Los autores concluyen que el índice de Ansiedad aumenta en la mitad del periodo y se confirma la noción de que cursar una residencia médica genera malestar emocional.

Sin embargo, no se confirma que tal malestar genere trastorno ansioso; tampoco se identificó una rotación en particular como generadora de mayor malestar. (24)

El estudio de Antonella Belén (Argentina, 2020) enfoca la calidad de vida con varios factores, entre ellos frecuencia de actividad física, obteniendo que el 3% hace actividad física más de 5 veces a la semana, 7% hacen 3 a 5 veces por semana y 20% hacen 2 veces por semana actividad física; también horas que concurren a la residencia obteniendo 7% más de 14 horas, 13% de 12 a 14 horas, 30% de 19 a 12 horas y 50% concurre de 8 a 9 horas. Por otra parte, identifica que el 47% realiza sus cuatro comidas principales. (25)

En un estudio hecho en Chile por Schonhaut y Rojas (2009) con residentes de pediatría, sobre factores que afectan su calidad de vida, quienes manifestaron cambios negativos en los hábitos alimenticios 78% (desorden en los horarios y calidad de la alimentación). El 96% manifestó que, tras su participación en la residencia, la cantidad de tiempo libre y tiempo dedicado a actividades personales y familiares se había deteriorado, 72% percibía además, que la calidad del tiempo dedicado a esas actividades se había comprometido negativamente. Uno de cada tres declaró problemas de salud mental no especificada y, la mitad de estos se encontraba en tratamiento. (26)

Hernández et Al realizaron un estudio en 2020 a médicos residentes en Colombia, donde evaluaron la calidad de vida al inicio, mitad y última etapa de formación como residentes; demostrando un deterioro de la calidad de vida. El mayor cambio fue en relaciones sociales (76 % presentó cambios), seguido de salud física (58.8% del total presentó cambios), ambiente y salud psicológica. La afectación negativa de relaciones sociales puede ser explicada por la disminución del tiempo en actividades no académicas. El análisis de la salud física demostró fatiga, estrés, cansancio cognitivo, alteraciones del sueño, dado por largas jornadas laborales, dificultad en tareas académicas y percepción de habilidades y conocimientos insuficientes. El estudio concluyó que es evidente la afeción de la calidad de vida en residentes afectándose principalmente la salud mental y social (27)

Morales (2016) realizó un estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense, obteniendo la Percepción de calidad de vida; encontrando que durante la residencia el 13.5%

no vio afectada en nada su calidad de vida; 31.5% algo había afectado a su calidad de vida; 40% bastante afectada su calidad de vida; 15% mucho se había afectado su calidad de vida. (28)

Se ha estimado una incidencia de trastornos de ansiedad (sobre el 14,3%) en población general de México, los trastornos de ansiedad suponen un importante problema de salud en México. (29) Además, este síndrome puede aparecer en etapas tempranas de formación; por ejemplo, se encontró que más del 90% de los aspirantes a la carrera de medicina en una universidad de México en 2017, presentaban un nivel leve de este síndrome, situación relacionada con las extenuantes jornadas de preparación, la incapacidad para afrontar los retos académicos y la competencia para ser seleccionado. (30)

Debe señalarse que los niveles de ansiedad se han reportado en mayor medida en el género femenino. Un aspecto importante por destacar es que solo un 49.2% de los afectados busca tratamiento, y lo suelen hacer aquellos que presentan una afección más severa (59.4%), o los que padecen comorbilidad con otros trastornos mentales (55.8%) y que viven en países de altos ingresos (59.0%). Por ello, es importante disponer de instrumentos psicométricos válidos para detectar y medir la gravedad del TAG. (31)

El estudio de Gaytán y Pérez en México (2021) indica que la pandemia de COVID-19 aumentó la ansiedad tanto en la población general como en residentes de medicina. La prevalencia se mantuvo entre 30.7 y 32.6%. La Ansiedad se concentró en mujeres, personas desocupadas y de bajo nivel socioeconómico. En México al menos 14.3% de los ciudadanos padece trastornos de ansiedad generalizada, seguida por depresión y adicciones, ambas en un porcentaje de 9%. Los trastornos de ansiedad se presentan en el 50% antes de los 25 años; la depresión, la mitad lo hacen entre los 20 y los 30 años; y la esquizofrenia en hombres, entre los 15 y 25, y en mujeres, entre los 25 y 35 años. (32)

En el estudio de Trinidad, Villarroel y cols (CDMX 2020) se realizaron encuestas de depresión y ansiedad para correlacionarlas con rendimiento académico. Se presentó prevalencia de depresión 29% y ansiedad 53.2%; y al correlacionarlo con desempeño académico se observó que no hay una asociación significativa entre el

promedio de los estudiantes y la presencia de un trastorno depresivo o estrés; sin embargo, con respecto a la variable ansiedad sí existe una asociación entre la presencia de un trastorno de los estudiantes y el promedio de estos. Obteniendo que quienes presentaron trastorno ansioso el 15.4% estaban reprobados y el 84.6% aprobados. (33)

El estudio de Prieto-Miranda y cols. Realizado en Guadalajara (2007) hace una medición de la calidad de vida en médicos residentes. Se encontró que durante los estudios de residencia disminuye la calidad de vida sólo durante el primer año, aunque se mantiene en rangos aceptables. Después de un año de especialidad se presentó un descenso de la calidad de vida, cayendo de 'muy buena' (media de 3,18) a 'buena' (media de 2,73); sin embargo, al compararlos con el grupo de segundo y tercer año, en estos últimos ya no hubo descenso en su calidad de vida; de acuerdo con el género se afectaron en la misma proporción. (34)

Rendón y Camacho (Tijuana, 2017) determinaron alta prevalencia de Ansiedad, Depresión y Síndrome de Burnout en Residentes de Medicina Familiar. Se encontró prevalencia general de Ansiedad en 44%. En Residentes de primer y tercer grado, predominó en el género femenino 76.1% (N=16) y 60% (N=12) respectivamente; el primer grado de residencia mostró prevalencia de Ansiedad en 61% y género femenino (51.4%). Respecto a edad hubo una prevalencia de 45.7% en menores de 30 años. Del total de la población, 11.7% presentó ansiedad moderada y severa. Los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad, con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año. (35)

Vázquez y González realizaron un estudio en México en 2014, en 77 médicos residentes de un hospital ISSSTE donde relacionaron ansiedad y depresión con calidad de vida. Se utilizó el cuestionario de Beck para ansiedad y Coop-Wonca para calidad de vida; las dimensiones de calidad de vida son: forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas, cambio de estado de salud y dolor. El promedio de edad 28.7; 55.8% mujeres. El 15.5% del total presentó algún grado o nivel de ansiedad. En calidad de vida, la dimensión con menor promedio fue dolor (1.94%) mientras que el más alto fue en sentimientos (2.51%). El estudio concluyó

que es evidente que hay una relación entre la Ansiedad como trastorno de salud mental y la calidad de vida relacionada con la salud, es decir que a mayor ansiedad menor calidad de vida. (36)

El estudio de revisión de Lugo-Machado y cols realizado en México (2019) para evaluar la calidad de vida de los médicos residentes, de diferentes autores, encontrándose que existe una disminución de la calidad de vida en residentes, reportando 39.6% de depresión y 29.6% de ansiedad, se registró una coexistencia del 21.4% de ambas patologías. El estudio concluyó que la calidad de vida del médico residente se ve comprometida durante los primeros años de la residencia y se sugiere realizar un cambio en los métodos de formación de médicos residentes. (37)

JUSTIFICACIÓN

La inclusión de aspectos como la calidad de vida en médicos residentes es un tema que se ha ido incluyendo recientemente, con el afán de incorporar la parte afectiva en sus métodos de enseñanza-aprendizaje, sin embargo, en el caso del médico residente pasa por un fenómeno diferente, debido a que en él recae la fuerza de trabajo mayor del hospital y la gran demanda de pacientes que debe de atender, dejando de lado el proceso afectivo o emocional y favoreciendo la aparición de enfermedades físicas o conductas de riesgo.

Durante el periodo de adiestramiento de una residencia están sujetos adicionalmente a otros estresores como, jornadas laborales prolongadas, privación del sueño, exigencias académicas y laborales, conflictos con otro personal, sensación de inseguridad laboral y situaciones como muerte de pacientes, conflictos con la familia o amigos, dificultades financieras, entre otros, que los hacen aún más susceptibles para padecer depresión y ansiedad.

En general, hay pocos estudios que ahondan en la calidad de vida de los profesionales de salud no obstante que dicho bienestar laboral influye en la efectividad de su trabajo.

El IMSS es una institución formadora de médicos que promueve la calidez humana, igualdad y justicia; cuyo objetivo es formar a médicos con calidad digna de excelencia, pero también de la calidez necesaria para tratar a sus iguales o individuos con desventaja de la manera más humana y empática, brindar consultas de calidad y mantener un ambiente que aporte mejoras en los residentes para reducir ansiedad y desgaste laboral. Es conveniente para el área académica realizar este tipo de estudio para determinar la relación entre ansiedad y calidad de vida de sus médicos residentes.

El presente protocolo pretende ser un precedente para la realización periódica de la evaluación de la calidad de vida y la aplicación de instrumentos para la detección de ansiedad por ser una de las patologías que predominantemente se presentan en el médico residente y cuya detección permitirá implementar estrategias de apoyo y atención oportuna en beneficio del residente, su familia, derechohabientes y la institución.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la última década, el impacto por factores estresores inherentes al cumplimiento de la residencia médica, han creado cambios de actitud entre los médicos residentes; la aparición más frecuente de síntomas de depresión y ansiedad en los residentes cobra más importancia en la discusión dentro del campo de la educación médica.

En Latinoamérica se han reportado cifras de ansiedad en profesionales de la salud con prevalencias que oscilan entre el 2% al 76%. En estudiantes de medicina de Brasil en 2017 se encontraron cifras del 13.1% para el padecimiento de ansiedad, mientras que, en personal asistencial de una institución de salud en la ciudad de Bogotá en 2017, se reportó que el 28% sufrían de ansiedad de forma severa o moderada. (23)

En una universidad de México en 2017, se encontró que más del 90% de los aspirantes a la carrera de medicina presentaban un nivel leve de trastornos de ansiedad, situación relacionada con las extenuantes jornadas de preparación, la incapacidad para afrontar los retos académicos y la competencia para ser seleccionado. (30)

En un estudio realizado en médicos residentes en México se reportó un 39.6% de depresión y 29.6% de ansiedad, registrándose una coexistencia del 21.4% de ambas patologías. El estudio concluyó que la calidad de vida del médico residente se ve comprometida durante los primeros años de la residencia. (37)

Si bien es cierto, hay muchos estudios de estrés, burn-out y ansiedad en médicos residentes pero, no hay estudios que correlacionen la ansiedad con la calidad de vida en residentes de esta unidad; por lo que se debe plantear e incluir la percepción de la ansiedad y de la calidad de vida de los médicos residentes y en su caso, revisar la implementación de programas educativos y asistenciales dirigidos a los mismos con la finalidad de contribuir a mejorar las condiciones de aprendizaje y desarrollo de tareas, ya que esto apoyaría además, en gran medida a mejorar la calidad de vida personal de los médicos residentes.

Ante la situación nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación entre ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27 del IMSS de Tijuana Baja California?

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la relación entre ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27 del IMSS de Tijuana Baja California.

Objetivos específicos:

- Evaluar la calidad de vida de los médicos residentes de Medicina Familiar a través de la aplicación del instrumento SF-36.
- Identificar el grado de ansiedad percibido por los médicos residentes de Medicina Familiar a través del cuestionario de la Escala de Ansiedad de Hamilton.
- Conocer los factores sociodemográficos de los médicos residentes de Medicina Familiar: edad, sexo, rotación, grado académico y estado civil.

Hipótesis:

Hi:

Existe una relación positiva entre ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27.

Ho:

No existe relación entre ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27.

Ha:

Existe una relación negativa entre ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio: Observacional, transversal, prospectivo y correlacional.

Población de estudio: Médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27, Tijuana, Baja California, que aceptaron los términos de confidencialidad y privacidad de datos para participar en la encuesta aplicada.

Lugar de estudio: Unidad de Medicina Familiar número 27 del IMSS de la Ciudad de Tijuana, Baja California.

Periodo de estudio: El estudio se realizará en el periodo comprendido de septiembre a noviembre de 2023.

Muestreo: Por censo, una muestra de 37 médicos residentes.

Tipo de muestreo: No probabilístico: Por conveniencia.

Variable independiente: Ansiedad

Variable dependiente: Calidad de Vida

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

1. Médicos Residentes de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27, Tijuana, Baja California.
2. Médicos Residentes que hayan laborado al menos seis meses en la residencia.
3. Médicos residentes que acepten participar en el estudio de investigación.
4. Médicos residentes que firmen carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Aquellos médicos residentes que se encuentren de licencia o incapacitados durante la aplicación de la prueba.
2. Médicos residentes a quienes se les haya diagnosticado o estén en tratamiento por ansiedad u otro trastorno psiquiátrico.

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios incompletos.
2. Consentimiento informado mal requisado.

Procedimiento del estudio:

Previa aprobación del presente estudio por parte del Comité Local de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud 204-8 y 204 respectivamente, se llevará a cabo un estudio observacional, transversal, prospectivo y correlacional, donde se incluirán a los médicos residentes de la Especialidad de Medicina Familiar que se encuentren adscritos a la sede de Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar número 27, que cumplan con los criterios de inclusión, acepten participar y que se encuentren rotando durante el periodo de estudio en las diferentes áreas de la sede y subseces hospitalarias, donde se iniciará la recolección de los datos. Una vez identificados se les invitará a ser partícipes del estudio de manera voluntaria y anónima, sin que esto interfiera con sus actividades laborales, y en caso de aceptar, se le solicitará ingresar al aula uno o Biblioteca para propiciar un ambiente agradable y preservar la confidencialidad del participante, se le entregará un bolígrafo y un consentimiento informado en el que se describirán las características principales del estudio como sus objetivos, metodología, riesgos y beneficios, así como la confidencialidad de este. En caso de aceptar participar en el estudio, el consentimiento se firmará para posteriormente realizar la entrevista y llenado de hoja de recolección de datos personales; los cuales serán respondidos por el participante y/o se brindará la ayuda del encuestador en caso necesario o de que exista alguna duda, explicándose de manera detallada y asegurándose de la comprensión del participante. Este proceso se realizará toda vez que el residente haya terminado sus actividades para no interferir con el desarrollo de estas.

En este protocolo se utilizará el cuestionario SF-36 para evaluar la Calidad de Vida. Este instrumento está evaluado desde el punto de vista de Percepción de Salud, Laboral y Emotiva. Consta de 36 reactivos con respuestas ponderadas para determinar una medición de baja o alta calidad de vida. (38) También se utilizará el cuestionario de la Escala de Ansiedad Hamilton denominada HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) arrojando resultados de ansiedad leve, media o severa. Ambos cuestionarios se aplicarán por auto evaluación. Estos instrumentos de

medición están descritos detalladamente en la sección siguiente “Instrumentos de medición”.

Una vez realizado el proceso de recolección de datos y llenado de encuestas, se recolectarán todos los documentos requisitados, el entrevistador agradecerá la participación y guiará al participante hacia la salida. Luego se realizará la aplicación de los métodos estadísticos con los datos obtenidos y se creará un informe de resultados que se entregará al área de Enseñanza correspondiente. El tesista será el responsable del procesamiento de datos y del análisis estadístico de la información resultante, los cuales serán registrados en una hoja electrónica con un número de folio asignado para cada participante para su identificación y en caso de presentar alguna alteración en los resultados, realizar el envío a valoración oportuna al programa de SPPSTIMSS y Medicina Familiar para su valoración integral y envío a los servicios de apoyo y atención médica de segundo nivel de Psicología o Psiquiatría. El tesista será el encargado de analizar los datos mediante el paquete estadístico SPSS 26, así como de la interpretación de la información resultante del análisis estadístico mediante la elaboración de gráficas, tablas, conclusiones y recomendaciones resultantes del proyecto. El investigador responsable será el encargado de resguardar la información que resulte de la presente investigación a manera de salvaguardar la confidencialidad de los participantes. Para finalizar, el titular de este protocolo realizará la presentación de los resultados de su protocolo ante el equipo de trabajo y autoridades del Hospital.

Instrumentos de medición

Medición de calidad de vida

La medición de la calidad de vida y sus correspondientes dimensiones se realizará mediante el Cuestionario de Calidad de Vida SF-36 mostrado en el Anexo VI, versión española adaptada por J. Alonso y cols. 2003. Fueron recogidos los coeficientes α de Cronbach y de correlación intraclass (CCI), que evalúan la consistencia interna y la reproducibilidad test-retest, respectivamente. Para el α de

Cronbach, se ha establecido el valor 0,7 como punto de corte mínimo para comparaciones de grupos, y el de 0,9 para comparaciones individuales. (39)

Las escalas del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es la calidad de vida. Contiene 36 ítems incluidos en las diferentes escalas del cuestionario, así como una breve descripción del significado de puntuaciones. Los instrumentos muestran la puntuación de clasificación de normalidad para calidad con puntos de corte después de transformación lineal según se muestra en la tabla 1. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de «a mayor puntuación, mejor estado de salud».
2. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
3. Transformación a variables cualitativas de las puntuaciones crudas para obtener valores de Calidad de vida baja (0% a <50%) o alta ($\geq 50\%$ a 100%). Esto con el fin de tener variable no paramétrica que pueda correlacionarse con la variable de Ansiedad.
4. En caso de que falte información, si se han contestado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además, el cuestionario permite el cálculo de dos puntuaciones sumario, la componente sumario-física (PCS) y la mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión.
5. Para una interpretación de los niveles de Calidad de Vida, el cuestionario SF6 no indica un punto de corte específico, sin embargo, la tabla siguiente nos da la descripción en variables Cualitativas de Calidad de Vida.

Puntaje (suma directa)			Porcentaje	Calidad de Vida
0	a	28	0% a <50%	Baja Calidad
29	a	56	>=50% a 100%	Alta Calidad

Tabla 1. Normalización y Puntos de Corte para Calidad de Vida

Características del cuestionario de calidad de vida sf-36

El cuestionario SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.

Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas:

1. Función física,
2. Rol físico,
3. Dolor corporal,
4. Salud general,
5. Vitalidad,
6. Función social,
7. Rol emocional y
8. Salud mental.

Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para

el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

La tabla 2 contiene el número de ítems incluidos en las diferentes escalas del cuestionario SF-36, así como una breve descripción del significado de puntuaciones altas y bajas.

Dimensión	N.º de ítems	Significado de las puntuaciones de 0 a 100	
		«Peor» puntuación (0)	«Mejor» puntuación (100)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem de Transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Tabla 2. Ítems e interpretación por dimensión de la Evaluación de Calidad de Vida

Medición de ansiedad

Para la medición de Ansiedad se utilizó el Cuestionario de Escala de Ansiedad de Hamilton mostrado en el anexo VII. Esta escala fue diseñada por el Psiquiatra Alemán, Max R. Hamilton, en el año 1959, y hasta hoy es una de las pruebas más utilizadas para determinar el grado de ansiedad de una persona. En 1969, Hamilton se concentró en ítems que valoran la ansiedad somática, llevó a cabo una separación entre los signos de tipo somáticos musculares y los signos somáticos sensoriales. Este instrumento contiene 14 ítems y permite obtener dos dimensiones, una que corresponde a la ansiedad psíquica (ítems:1,2,3,4,5,6 y 14) y una a la ansiedad somática (ítems: 7,8,9,10,11,12 y 13).

Una medida global de la percepción de ansiedad se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntajes oscilan de 0 a 56 puntos. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad en la ansiedad.

Este instrumento presenta una confiabilidad satisfactoria, con valores de alfa de Cronbach de 0.87 para la variable ansiedad.

Características de la escala de Hamilton

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente con depresión, cuyo objetivo es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. 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. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. (40)

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

1. Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala). Ninguna de las dimensiones está ponderada mayor que la otra.
3. Transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener valores en una escala entre 0 y 100. De manera que el máximo de puntos es 56 que corresponde al valor 100%, y cada unidad de puntaje corresponde a 1.7857%. Esto con el fin de tener variable paramétrica que pueda correlacionarse con la variable de Calidad de vida.
4. Para la escala de valoración Hamilton no se establece un solo método de puntos de corte; sin embargo, a la hora de clasificar el cuadro de ansiedad,

La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE (National Institute for Health and Care Excellence), guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los puntos de corte mostrados en la Tabla 3

Puntaje (suma directa)			Nivel de Ansiedad
0	a	13	Leve
14	a	24	Moderada
25		56	Severa

Tabla 3. Normalización y Puntos de Corte para Nivel de Ansiedad

En su versión original, esta escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas y es ampliamente utilizada en la evaluación clínica del trastorno de ansiedad.

Análisis de datos:

Se utilizará estadística descriptiva e inferencial; para variables cuantitativas se utilizarán media y mediana, para variables cualitativas frecuencias y porcentajes. Para medir la correlación entre las variables se utilizará Tau C de Kendall. Se utilizará un intervalo de confianza del 95% y una p menor a 0.05. Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS versión 26.

Operacionalización de las variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador y/o valor
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años cumplidos según el paciente al momento de realizar el cuestionario.	Cualitativa Ordinal	1. ≤ 24 años 2. 25 a 29 años 3. 30 a 34 años 4. 35 a 39 años 5. 40 a 44 años 6. ≥ 45 años
Sexo	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico.	Sexo al que corresponde el sujeto de estudio.	Cualitativa nominal dicotómica	1. Masculino 2. Femenino
Grado académico	Periodo oficial de una duración de un año, comprendido entre el inicio y el fin de labores docentes (marzo a	Grado que está cursando actualmente el médico residente.	Cualitativa ordinal	1. Primer grado 2. Segundo grado 3. Tercer grado

	febrero), al finalizar el cual los médicos residentes pueden ser promovidos de un grado a otro superior.			
Rotación	Contextos reales de práctica clínica en los servicios médicos de la sede y subse-des hospitalarias.	Área de servicios médicos de la sede y subse-des hospitalarias en la que está asignado temporalmente el residente de medicina familiar para su formación de práctica clínica.	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pediatría 2. Medicina Familiar 3. Ginecología 4. Urgencias 5. Traumatología 6. Medicina Interna 7. Urgencias HGR1 8. Urgencias HGR20
Estado civil	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio	Estado civil del participante.	Cualitativa nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1 Soltero 2 Unión libre 3 Casado 4 Divorciado 5 Viudo

<p>Calidad de Vida</p>	<p>Grado de percepción de bienestar tanto de salud, social y laboral. percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones</p>	<p>Percepción de bienestar de una persona en salud, social y laboral.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja Calidad de Vida (0% a <50%) 2. Alta Calidad de Vida (≥50% a 100%)
<p>Ansiedad</p>	<p>Grado de percepción de miedo, temor e inquietud por factores de amenaza, peligro o factores estresores reales o imaginarios.</p>	<p>Percepción de inquietud temor y peligro.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leve (0 a 13) 2. Moderada (14 a 24) 3. Severa (25 a 56)

IV. ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS. Se efectuará el presente estudio previa autorización por el Comité Local de Investigación, de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado. (*Anexo II*).

De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud 2014, en el artículo 17, apartado I, se trata de una investigación con riesgo mínimo ya que no se realizarán intervenciones o modificaciones intencionadas de las variables sociales, fisiológicas y psicológicas de los sujetos participantes, adquiriendo la información de la muestra de estudio únicamente a través de cuestionarios.

La investigación se encuentra acorde al Título Quinto, Capítulo 1, Artículo 100 de la Ley General de Salud, adaptándose a los principios tanto éticos como científicos que justifican la investigación médica, existiendo seguridad de los sujetos en el estudio sin exponerlos a riesgos o daños, además de contar con consentimiento informado escrito de los sujetos que serán parte del estudio.

Se utilizarán consentimientos informados, mismos que se firmarán voluntariamente por todos los sujetos de estudio de la presente investigación.

La ética de esta investigación se apega a los artículos y principios de la Declaración de Helsinki de 1964, modificada por la Asamblea General en Brasil en el año 2013, a la ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS.

La Declaración de Helsinki habla sobre las normas internacionales sobre ética de la investigación bioética recogiendo el espíritu del código de Núremberg, la cual cuenta con 37 principios, teniendo a lo largo del tiempo varias revisiones, siendo la última el 19 de octubre del 2013 en Brasil.

Tomando como principio básico el Artículo 8 de la ley general de salud sobre la declaración universal de Derechos Humanos que se basa en el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones

informadas (consentimiento informado) tal como se menciona en los Artículos 20, 21 y 22 de la ley general de salud, incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

Mi deber como investigador es solamente hacia el paciente tal como se norma en el Artículo 2, 3 y 10 de la Ley General de Salud; el cual participará en mi investigación de manera voluntaria y sin presión de ningún tipo como lo estipula el Artículo 16 y 18 de la Ley General de Salud, siempre y cuando exista la necesidad de llevar a cabo una investigación como se garantiza en el Artículo 6 de la ley presente Ley, el bienestar del paciente debe estar siempre por encima de los intereses científicos o sociales según lo dictado en el Artículo 5 y por último se respetará el artículo 9 donde se comenta que las consideraciones éticas deben tomarse de acuerdo a las leyes y regulaciones.

Se solicitará autorización del Comité Local de Investigación y Ética, del director de la Unidad Médica Familiar por escrito, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y del Profesor Titular de la Especialidad.

La presente investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Normatividad Institucional del IMSS. Se efectuará el presente estudio previa autorización por el Comité Local de Ética en Investigación y Comité Local de Investigación en Salud, y de las autoridades correspondientes de la unidad y aceptación del participante con firma de la carta de consentimiento informado. (Anexo II).

Los documentos que conforman la base de datos serán manejados de forma confidencial y, posteriormente serán resguardados en el Departamento de Enseñanza en Investigación, ya que esta área cuenta con condiciones ideales de resguardo, estas características brindan seguridad, así como fiabilidad en el manejo de la información.

El presente estudio es considerado de riesgo mínimo para los participantes ya que solamente se trata de aplicación de breves cuestionarios, las molestias que esto pudiera ocasionar es el hecho de que algunas preguntas puedan resultar incómodas, el beneficio inmediato para los participantes es identificar si existe ansiedad y valorar la calidad de vida que presentan los médicos residentes y ser

utilizado como un instrumento de aplicación periódica que permita evaluar y mantener ambientes académicos y laborales sanos y la posible elaboración de estrategias que permitan mejorar la calidad de vida con la finalidad de formar médicos que desarrollen su máximo potencial. Por lo que, al contraponer los riesgos potenciales a los beneficios para el médico residente, considerando los efectos cualitativos y cuantitativos de aplicar este protocolo, está justificado porque los posibles beneficios superan los riesgos potenciales.

Si hubiese algún caso evidente de un grado de depresión y/o afectación de calidad de vida que amerite someter a las autoridades, será informado a autoridades de Enseñanza para su atención y envío en caso necesario a los servicios de SPPSTIMSS y Medicina Familiar para su evaluación integral y derivación oportuna a Psicología y/o Psiquiatría a fin de salvaguardar la salud física y emocional de los médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar.

V. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

HUMANOS

Se cuenta con los recursos humanos:

- Investigador responsable: Dra. Catalina Verdin Bravo. Médico Especialista en Medicina Familiar adscrito en la Unidad de medicina familiar número 27. Quien será responsable de asesorar y vigilar la elaboración del protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción de escrito final.
- Investigador tesista: Daniel Yañez Rivera. Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a Sede Unidad de medicina familiar número 27. Quien realizará el protocolo, la recolección, análisis e interpretación de los datos, así como la redacción del escrito final.
- Participantes: Médicos Residentes de Medicina Familiar adscritos a la sede de la Unidad de medicina familiar número 27.

MATERIALES

Se cuenta con los recursos materiales para realización del estudio:

- Área física: infraestructura, inmuebles de propiedad del IMSS.
- Formatos de recolección de información: copias de hojas de recolección de datos y copias de cartas de consentimiento informado.
- Papelería: computadora personal, impresora, programa estadístico SPSS – 26, hojas blancas (1 resma tamaño carta) para copias de las encuestas y consentimientos informados, lápices (Caja con 12 lápices), bolígrafos (caja con 12 bolígrafos).

FINANCIEROS

Solventados por los investigadores.

FACTIBILIDAD

Tiene factibilidad óptima para su realización, tanto operativa, técnica y económica ya que se cuenta con la estructura, recursos humanos, financieros y universo de trabajo para que se lleve a efecto.

Se cuenta con los recursos y materiales para realizar el estudio en el tiempo y forma establecido por la institución. Es factible realizar el estudio, se cuenta con los recursos humanos, físicos y materiales; necesarios para ello, así como investigadores dispuestos a realizar el proyecto.

VI. BIOSEGURIDAD

El presente protocolo no tiene problemas de bioseguridad, ya que no se utilizarán pruebas ni muestras que comprometan la bioseguridad de los participantes. No se utilizarán pruebas tales como: estudios radiológicos y con microondas, ensayos con medicamentos, ensayos con nuevos dispositivos, procedimientos quirúrgicos, extracción de sangre, amniocentesis ni otras técnicas invasoras o procedimientos mayores, los que empleen métodos aleatorios de asignación a esquemas terapéuticos o que tengan control con placebos, entre otros, que comprometan la Bioseguridad del paciente.

VII. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y correlacional para determinar la correlación entre ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en la ciudad de Tijuana, Baja California en el periodo comprendido de Septiembre a Noviembre de 2023.

Se invitaron a participar en el estudio un total de 37 médicos residentes, de los cuales 7 no cumplieron con los criterios de inclusión, quedando fuera de la investigación, quedando así una muestra total de 30 participantes, de los cuales la edad media fue de 29.5 ± 2.57 años. En cuanto al grupo de edad con más frecuente fue del rango de 25-29 años. (Tabla 1 y Figura 1).

Variable	Frecuencia (n=30)	Porcentaje %
Rango de edad		
25-29	15	50.0
30-34	13	43.3
35-40	2	6.7
>40	0	0
Sexo		
Masculino	8	26.7
Femenino	22	73.3
Grado Académico		
R1	3	10.0
R2	13	43.3
R3	14	46.7
Estado Civil		
Soltero	23	76.7
Casado	4	13.3
Unión Libre	3	10.0
Calidad de vida		
Alta	27	90
Baja	3	10
Ansiedad		
Leve	16	53.3
Moderada	7	23.3
Severa	7	23.3

Tabla 1. Características sociodemográficas de los sujetos de estudio.

En cuanto al grupo de edad más frecuente fue de 25 a 29 con un total de 15 residentes, los cuales se representan en la figura 1.

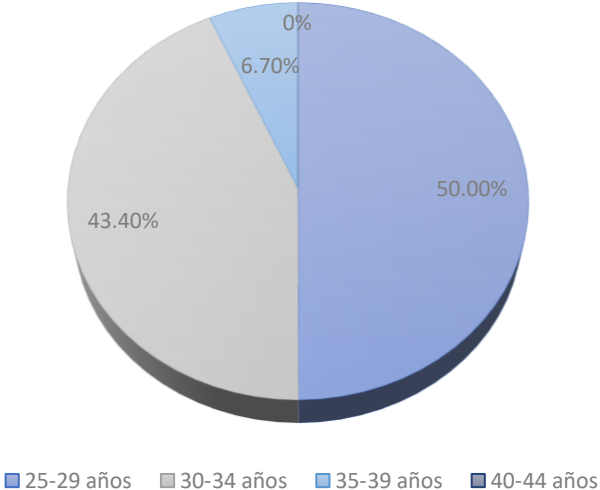


Figura 1. Gráfico de pastel en el que se observa el rango de edades.

En cuanto al sexo, el sexo masculino representó el 26.7 % (n=8) y el sexo femenino predominó siendo este superior con un 73.3% (n=22) de la población los cuales se representa en la figura 2.

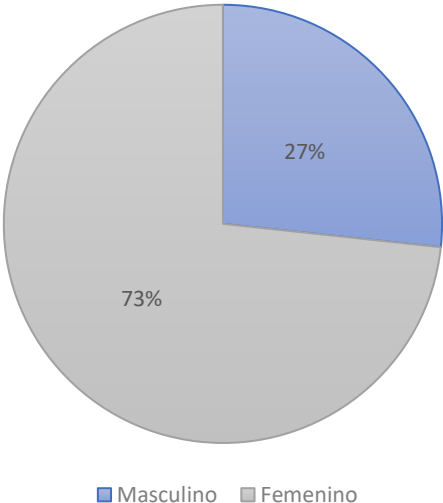


Figura 2. Gráfico circular sobre el sexo de los participantes.

Del total de los residentes incluidos en el estudio (n=30), un 10% (n=3) correspondiente al primer grado académico, el 43.3% (n=13) al segundo año y el 46.7% (n=14) al tercer grado académico, lo cuales se representan en la figura 3.

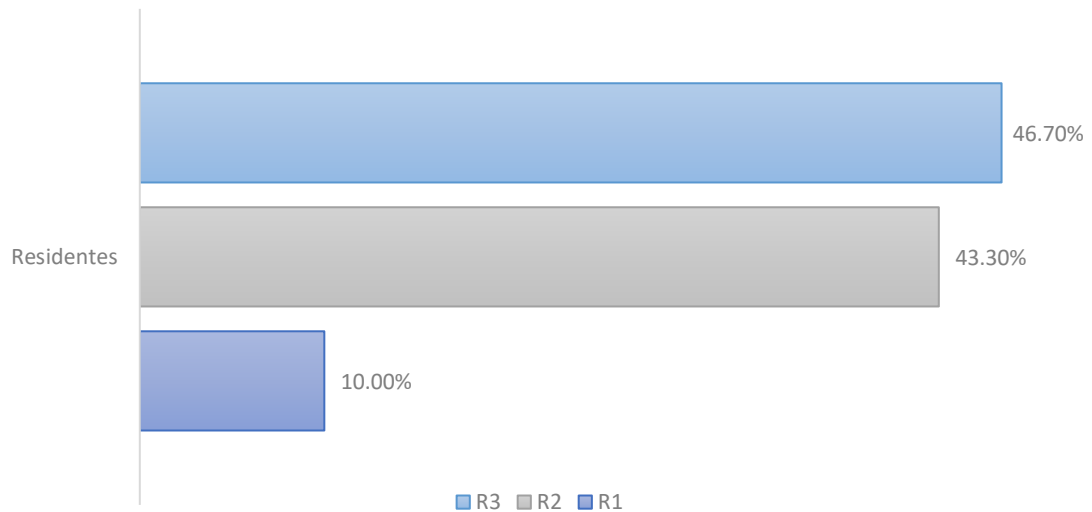


Figura 3. Gráfico de barras que muestra el porcentaje de residentes por grado académico.

Para la variable de ansiedad se aplicó el cuestionario de Hamilton donde se encontraron los siguientes porcentajes en los diferentes grados de ansiedad; predominando ansiedad leve entre los médicos residentes, representando un porcentaje del 53.3% (n=16), siendo la ansiedad moderada y severa de menor predominancia y en rangos similares, presentando un 23.3% (n=7) para ansiedad moderada y un 23.3% (n=7) para severa, los cuales se representan en la figura 4.

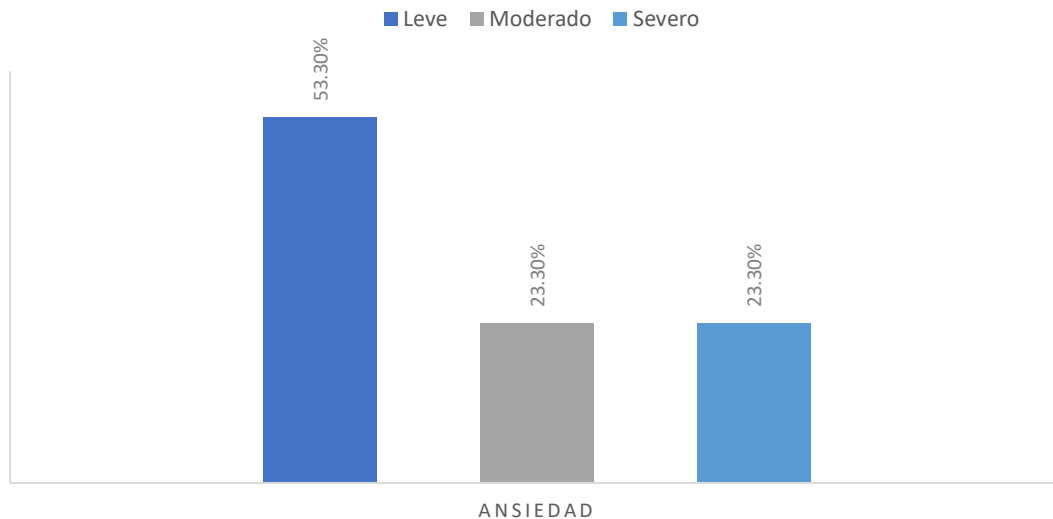


Figura 4. Gráfico de barras que muestra el nivel de Ansiedad en médicos residentes.

Dentro de los niveles de ansiedad por grado académico, en residentes de primer año predominó los niveles de ansiedad moderada (n=2) y con menor frecuencia moderada (n=1); en el segundo año predomina los rangos de ansiedad leve (n=7) y con menor frecuencia moderada y severa con (n=3) respectivamente; y por último en el tercer año predominan los rangos de ansiedad leve (n=9) que en moderada (n=2) y que severa (n=3), los cuales se representan en la figura 5.

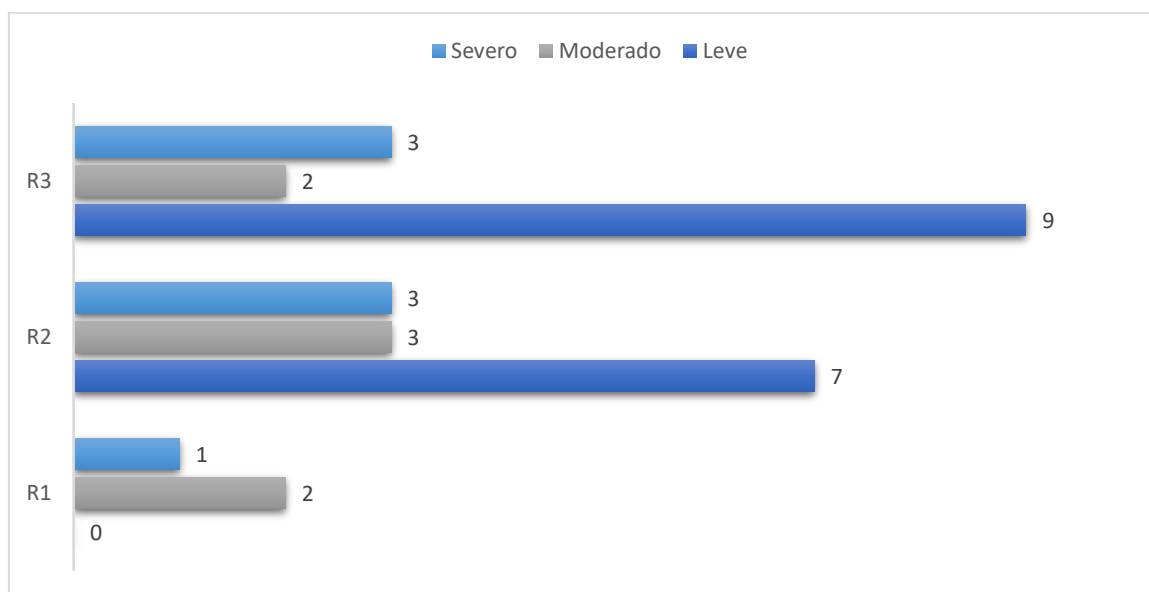


Figura 5. Gráfico de barras que muestra los niveles de ansiedad por grado académico.

Para la variable de Calidad de Vida se aplicó el cuestionario SF-36, encontrándose con una buena calidad de vida a un gran número de médicos residentes, representando así el 90% (n=27) de la población estudiada, y el restante como mala calidad de vida representando un 10% (n=3) de ellos, de los cuales se representan en la figura 6.

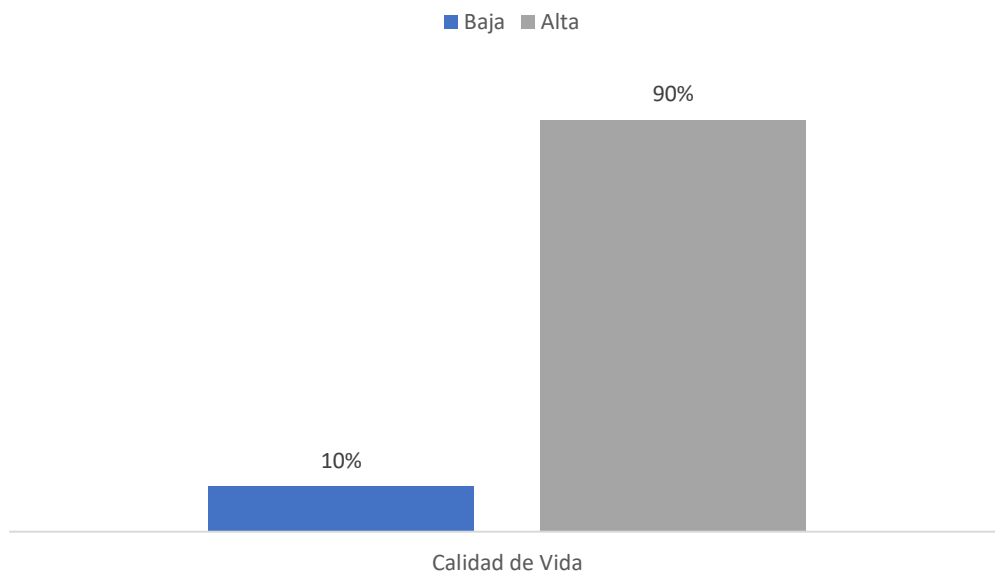


Figura 6. Gráfico de barras que muestra el nivel de Calidad de vida de los médicos residentes.

Dentro de los niveles de calidad de vida por grado académico, en residentes de primer año predominó en su totalidad la calidad de vida alta (n=3), mientras que los niveles de calidad de vida bajo no se presentaron en ellos. En cuanto a la calidad de vida en el segundo año, un gran número de médicos resultaron con niveles altos de calidad vida (n=10), mientras que (n=3) resultaron con niveles bajos de calidad de vida; por último, los residentes de tercer grado académico resultaron en su totalidad con niveles altos de calidad de vida (n=14), los cuales se representan en la figura 7.

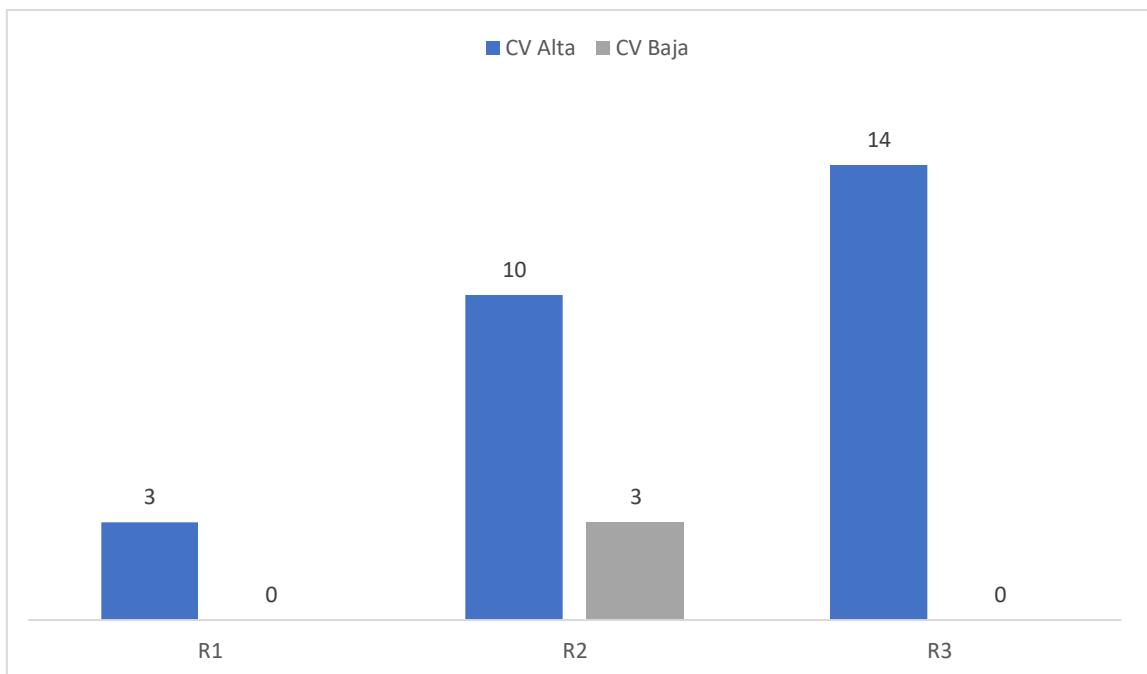


Figura 7. Gráfico de barras que muestra el nivel de Calidad de vida por grado académico de los médicos residentes.

Con base en los resultados obtenidos respecto a las variables de Ansiedad y Calidad de Vida se construyó una tabla cruzada (tabla 2) para realizar las estadísticas correspondientes.

		<i>Calidad de vida</i>		<i>Total</i>
		<i>Baja</i>	<i>Alta</i>	
<i>Ansiedad</i>	<i>Leve</i>	0	16	16
	<i>Moderado</i>	1	6	7
	<i>Severo</i>	2	5	7
<i>Total</i>		3	27	30

Tabla 2. Tabla cruzada de las variables principales de estudio.

Se observa que, de los 30 sujetos de estudio, 27 de ellos resultaron con niveles de calidad de vida alta y 3 de ellos con una baja calidad de vida. Dentro de los

clasificados con ansiedad leve, resultaron 16 con calidad de vida alta y ninguno con calidad de vida baja; con ansiedad moderada, 6 de ellos con calidad de vida alta y 1 con calidad de vida baja; y por último en ansiedad severa, 5 de ellos con calidad de vida alta y 2 con calidad de vida baja.

Al analizar las variables de ansiedad y calidad de vida, el análisis fue realizado por en el programa estadístico SPSS versión 27, tomando como resultados estadísticamente significativos un valor de p menor a 0.05 ($p < 0.05$). Para conocer si la ansiedad está relacionada con la calidad de vida de los médicos residentes, se llevó a cabo una correlación de Tau C de Kendall, obteniendo una $r(30) = -0.244$, lo cual nos indica que existe una correlación indirecta, dando como resultado una intensidad de relación baja, es decir, una correlación inversa: a mejor calidad de vida, menor ansiedad y viceversa. Mostrando una correlación significativa $p = .061$; por lo que se rechaza nuestra hipótesis de trabajo y nula, ya que, sí existe evidencia de una relación débil negativa entre nuestras variables, con una potencia estadística de ($\alpha = 1.30$), en la figura 8, se pueden observar los datos de correlación de las variables.

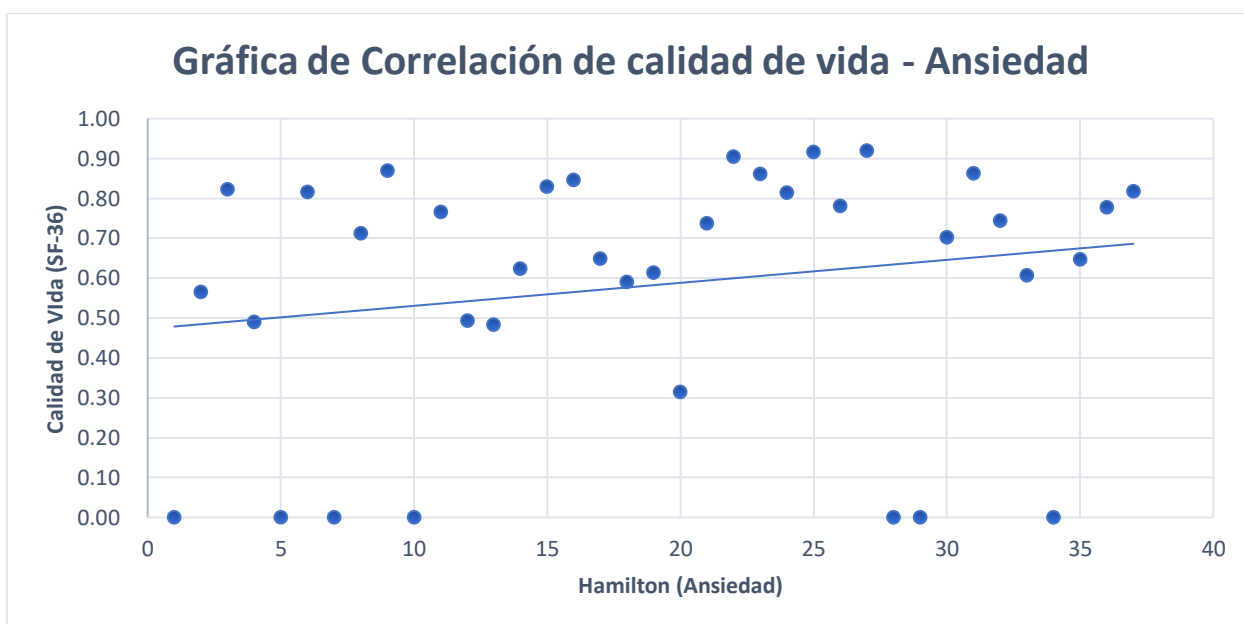


Figura 8. Gráfico de dispersión de calidad de vida y ansiedad en médicos residentes.

VIII. DISCUSIÓN

Para determinar la relación que existe entre la ansiedad y calidad de vida en los médicos residentes, es de suma importancia hoy en día para poder entender el rol que desempeña la ansiedad en la formación de los médicos residentes, ya que esta puede afectar indirectamente en su calidad de vida.

El análisis de la calidad de vida en los médicos residentes permitió evidenciar un porcentaje elevado de calidad de vida en los sujetos estudiados. Similar situación fue la demostrada por Prieto-Miranda y Cols. (34) donde realizaron una medición de la calidad de vida en los médicos residentes, que demuestra que existe una disminución de la calidad de vida durante el primer año, mostrando un descenso de muy buena a buena calidad de vida, manteniéndose en rangos aceptables; mejorando conforme avanzan de grado académico. Siendo parecidos a los resultados de Vázquez y Gonzáles (36) donde se concluye que existe una relación entre la ansiedad y calidad de vida, donde a mayor ansiedad menor calidad de vida.

Haciendo énfasis en la calidad de vida del médico residente, más del 90% de la población estudiada resultó con una buena calidad de vida y solamente el 10% de ellos con una calidad de vida baja, estos datos concuerdan con hallazgos encontrados por Lugo-Machado y cols. (37) donde existe una disminución de la calidad de vida, la cual se ve afectada durante el primer año de residencia y mejoran conforme avanzan de grado académico, encontrándose similitudes con nuestros resultados.

Los resultados obtenidos de la medición de la relación entre nuestras variables de interés, demuestran que existe una relación entre ambas variables, lo cual presentan similitudes con la bibliografía publicada en médicos residentes. Cabe mencionar que en el caso de nuestro estudio se percibió mayores niveles de ansiedad en residentes del segundo y tercer grado académico, que en los médicos de primer año.

En cuanto a la relación de nuestras variables de estudio, se puede inferir que los factores estresores que se presentan al día a día de la cotidianidad de la vida de los médicos aunado a sus actividades académicas, rotación y guardias, pueden ser factores asociados para generar ansiedad entre los médicos y afectar en diversas dimensiones de la calidad de vida, tanto en su forma física, sentimientos, actividades sociales, actividades cotidianas, cambio de estado de salud y dolor; repercutiendo en la misma.

Dentro de las fortalezas del estudio, los instrumentos aplicados tanto la escala de ansiedad de Hamilton y el cuestionario SF-36, se encuentran validados en el idioma español y cuentan con una alfa de Cronbach de significancia mayor a 0.8, lo que indica que la validez de los resultados al tener este nivel de evidencia, sin embargo cabe resaltar que el cuestionario de calidad de vida es un instrumento heteroadministrado y extenso, ya que este cuenta con 36 reactivos, pudiendo ser este un factor distractor e incluso negativo para la heteroadministración del mismo; llegando a ser esta una de las debilidades de mayor peso para la realización de la investigación, lo cual nos podría condicionar los resultados obtenidos, como consecuente una mala interpretación de la calidad de vida del médico, tomando en cuenta que los médicos residentes se encuentran en ocasiones sobresaturados de actividades académicas y pendientes de la misma residencia.

Otra de las fortalezas que se encuentran en el estudio es el tipo población, ya que es pequeña y por censo, lo cual facilita la aplicación de los instrumentos y los residentes se encuentran dentro de la unidad lo que es óptimo para la recolección de datos. Este estudio no se ha llevado a cabo anteriormente en la unidad, no se utilizó material costoso para su realización.

IX. CONCLUSIÓN

La residencia médica es un proceso por el cual todos los médicos deben de realizar si desean obtener una especialidad médica. Dentro de esta, se pueden presentar ciertos cambios en el día a día del médico residente que pueden deteriorar su bienestar físico, mental y emocional, al grado de verse afectada su calidad de vida.

La calidad de vida se es una autopercepción y un objetivo en la salud, esta, conforme vamos avanzando de años, va adquiriendo mayor importancia; nos sirve a su vez como un factor determinante para estimar la salud de los médicos residentes, ya que mientras avanzan de año académico se enfrentan a factores estresores, que pueden repercutir en su salud física y mental.

Con base a nuestro estudio podemos concluir que es de suma importancia llevar a cabo las evaluaciones periódicas de la calidad de vida y ansiedad de los médicos residentes ya que nos brindaría mucha utilidad para romper con el paradigma del médico residente; con estas se podrá evaluar la calidad de vida y ansiedad de los médicos, y poder enfocarse en aquellos que requieran de atención por profesionales de la institución, para así poder darles mayores herramientas para mejorar su calidad de vida y reducir los niveles de ansiedad.

Todo esto se verá reflejado a futuras generaciones en la calidad de médicos egresados de la unidad y con niveles mayores de empatía y sensibilización con los pacientes, mejorando así la calidad de atención y la relación médico-paciente e incluso el apego al tratamiento de los pacientes al tener una atención médica de primer mundo. Sirviendo de ejemplo a nivel delegacional y nacional con las demás unidades formadoras de residentes familiares y de otras especialidades y estar a la vanguardia en la formación de futuros médicos residentes. Con lo anterior se podría incluso implementar un seguimiento a nivel multi sede y realizarse el mismo estudio en las demás unidades formadoras e intentar de homologar la calidad de vida nuestros residentes y obtener beneficios tanto para la institución, los médicos

residentes, y sobre todo y lo más importante los pacientes de la unidad y/o de la unidad asignada a cada médico egresado.

Cabe mencionar que en nuestro estudio se encontró un mayor grado de ansiedad en los grupos de residentes de segundo y tercer año académico, que, en el grupo de primer año, ya que en los grupos de segundo y tercer grado académico (n=13) y (n=14) son de mayor número de integrantes, en cambio en el grupo de primer año es un grupo muy pequeño (n=3). En cuanto a los niveles de calidad de vida, esta no se vio afectada en >90% de los residentes, infiriendo que la mayoría de los residentes cuentan con un nivel alto de calidad de vida.

De los médicos, que resultaron con niveles de ansiedad severa fueron canalizados al departamento de enseñanza para seguimiento y atención oportuna para su canalización al programa SPPSTIMSS y derivación a los servicios de psicología y/o psiquiatría en caso de ser necesario para mejorar sus niveles de ansiedad y esto se vea reflejado en la mejoría de la calidad de vida de los mismos. A su vez llevar una relación de los mismo con jefatura de enseñanza para tener el censo de los médicos que necesiten de su atención y fomentar una ambiente ameno y armonioso entre sus residentes, para mejorar el clima laboral y por consecuente sus niveles de ansiedad y calidad de vida.

X. RECOMENDACIONES

Dentro de las recomendaciones sugeridas es con respecto a los médicos residentes; que se realice los instrumentos a su ingreso a la residencia. Para así poder detectar y canalizar a tiempo a los servicios correspondientes dentro de la unidad, es decir, Trabajo social, Medicina familiar, psicología, e incluso al programa SPPSTIMSS para su valoración integral y establecerlo como parte del proceso de selección para su adscripción a la unidad.

Otra recomendación, que se realicen la aplicación de los instrumentos a su ingreso de manera periódico (semestral) con forme los médicos avanzan de grado académico; esto nos podrá orientar en la calidad de nuestros médicos residentes.

Que el médico realice la autoadministración de sus cuestionarios cuando no se encuentren de guardia ni de post guardia, ya que, al ser extenso, se puedan llevar a cabo error en su llenado, o incluso que contesten con datos erróneos y afecte su interpretación final.

Sería recomendable elaborar estrategias rutinarias enfocadas en disminuir los niveles de ansiedad e indagar otros factores inherentes actividades académicas que se puedan reflejar en una mala calidad de vida. Es de suma importancia implementar estrategias de integración grupal, ya que en el ámbito donde nos desarrollamos los médicos residentes estamos rodeados de diferentes climas laborales con sus respectivos niveles de ansiedad y complejidad de los mismos.

Dentro de estas estrategias podemos mencionar que ya contamos en la unidad con un huerto sustentable, donde el residente puede realizar actividades no académicas como sembrar, plantar, y servicio de jardinería; que es de nuestro conocimiento que ayuda a disminuir los niveles de estrés y ansiedad. Otra estrategia sería realizar actividades extramuros, actividades de campo, donde el médico tenga mayor socialización e integración con la población y mejore su clima laboral. A su vez solicitar apoyo del centro de capacitación para la inclusión del médico residente de

manera periódica en cursos de manejo de estrés, manejo de emociones, tales como, los cursos de inteligencia emocional y SER IMSS, los cuales tiene su objetivo de mejorar el clima laboral y el buen trato al derechohabiente, mejorando así la apatía de los médicos.

XI. ANEXOS

ANEXO I: CRONOGRAMA

Las actividades del programa mostrado en la siguiente tabla.

Actividad	2023				2024
	Ene-Sep	Oct	Nov	Dic	Ene-Feb
Elaboración del protocolo					
Aceptación del protocolo					
Recolección de datos					
Captura de base de datos					
Análisis de resultados					
Redacción de discusión y conclusión					
Presentación a sinodales.					

Tabla 4. Cronograma de actividades

ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

No. FOLIO: _____

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	“ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar número 27 Tijuana, Baja California. Fecha:
Número de registro:	
Justificación y Objetivo del estudio:	<p>Justificación: El médico residente se desarrolla en un ambiente donde se puede ver afectada su calidad de vida y pueden existir factores estresores inherentes de su formación, los cuales pueden causar un grado menor o mayor de estrés y ansiedad, principalmente durante los primeros años de residencia. Por ello es necesario implementar programas educativos y asistenciales dirigidos a mejorar las condiciones de aprendizaje y desarrollo de tareas para mejorar la calidad de vida del médico residente.</p> <p>Objetivo: Determinar la relación entre ansiedad y calidad de vida en residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27.</p>
Procedimientos:	Se le invita a participar, se le entregará un consentimiento informado, donde se explica el fin del presente estudio, así como los beneficios y riesgos por su participación, tras su aprobación se solicitará que llene una hoja de recolección de datos y se le aplicará el cuestionario SF36 para determinar el nivel de calidad de vida y el cuestionario Hamilton para determinar su nivel de ansiedad. Toda la información obtenida será manejada de manera anónima, los cuestionarios serán auto llenados, sin límite de tiempo, en donde señalará la respuesta que considere conveniente marcando con una X la opción con que se sienta más identificado. Ello con la finalidad de identificar si está cursando con ansiedad y valorar su calidad de vida y con ello realizar acciones encaminadas a mejorar su salud mental y por ende su percepción de calidad de vida.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo. Las molestias que esto podría ocasionarle son el hecho de que algunas preguntas pueden resultarle incómodas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio que recibirá será la medición de Ansiedad y Calidad de vida en forma periódica y metodológica para lograr evaluar el ambiente en el cual se desempeña y abrir la oportunidad de proponer estrategias para la mejora continua de su Calidad de Vida, con el fin de obtener médicos en entrenamiento potenciando su desarrollo. Si se detecta algún caso de afectación de su calidad de vida o de un grado de ansiedad se informará a autoridades de Enseñanza, para su atención y envío a los servicios de SPPSTIMSS y Medicina Familiar para su evaluación integral y derivación oportuna a Psicología y/o Psiquiatría a fin de salvaguardar su salud física y emocional.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán informados a usted y al área de Enseñanza; el medir el nivel de Ansiedad y la Calidad de Vida entre los médicos residentes servirá de apoyo para proponer objetivos estratégicos y de liderazgo para mantener buena calidad de formación de médicos residentes.
Participación:	Usted conserva el derecho de no participar o retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte su relación con el instituto o con el departamento.
Privacidad y confidencialidad:	No se le identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial, conforme al aviso y acuerdo de privacidad. Los cuestionarios así como la información que deriven de la presente investigación serán resguardados por el investigador principal.

Declaración de consentimiento	Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio: <input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y realizar los cuestionarios necesarios sólo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si acepto participar y que se tomen mis resultados para este y estudios futuros, conservando mi cuestionario hasta por 2 años tras lo cual se destruirá el mismo.	
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:		
Investigadores:	INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dra. Catalina Verdín Bravo Médico especialista en Medicina Familiar Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27 Institución: IMSS. Baja California. Teléfono: (664) 3014353 Correo electrónico: catalinaverdin@yahoo.com	INVESTIGADOR TESISTA: Dr. Daniel Yañez Rivera Residente de Medicina Familiar Adscripción: Unidad de medicina familiar número 27 Institución: IMSS, Baja California. Teléfono celular: (664) 2032814 Correo electrónico: dr.daniel.yanez@gmail.com
<i>En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com</i>		
_____ Nombre y firma del participante	_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento	
_____ Testigo #1 Nombre, dirección, relación y firma	_____ Testigo #2 Nombre, dirección, relación y firma	
<i>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.</i> Clave: 2810-009-013		

ANEXO III: CARTA DE NO INCONVENIENCIA AL DIRECTOR

CARTA DE NO INCONVENIENCIA AL DIRECTOR

Tijuana, Baja California a 27 mes de febrero del año 2023

**Comité Local de Investigación en Salud
Comité de Ética en investigación
Presente**

En mi carácter de Director General de la Unidad de Medicina Familiar Número 27, declaro que no tengo inconveniente en que se lleve a cabo en esta Unidad, el protocolo de investigación con título "Ansiedad y calidad de vida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar número 27", que será realizado por Dra. Catalina Verdin Bravo, como Investigador (a) Responsable en caso de que sea aprobado por ambos Comités de Evaluación.

A su vez hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, recursos financieros y personal capacitado para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del protocolo autorizado.

Sin otro particular, reciba con el presente un saludo cordial

Atentamente

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above a horizontal line.

Dr. Francisco Javier Camacho Reyes

ANEXO IV: CARTA DE DECLARACION DE AUTORIDAD EDUCATIVA

Tijuana Baja California a 20 de Diciembre de 2022.

Asunto: *Evitar Coacción en Médicos Residentes de la UMF No. 27*

Por medio de la presente se le comunica que es requisito para realizar investigación en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), su autorización bajo protesta de decir la verdad que no existe coacción alguna para obligar a los médicos residentes a participar en la realización del protocolo de investigación titulado:

“ANSIEDAD Y CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27”

Se realizará conforme a las condiciones específicas de la investigación y apegado a los principios éticos que se estipulan en dicho protocolo, en el cual se utilizaran cuestionarios de evaluación cuyo resultado no condicionara represalias en su formación académica. Por lo cual mi decisión es:

Si deseo participar _____

No deseo participar _____

Sin más por el momento, se envía un cordial saludo.

Atentamente:



Dra. Vanessa Isela Bermúdez Villalpando
Coordinación de Enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 27
Tijuana, Baja California

Dra. Catalina Verdín Bravo
Médico especialista en Medicina Familiar e Investigador responsable

Dr. Daniel Yañez Rivera
Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar

ANEXO V. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Complete los espacios y marque con una X según corresponda:

Edad : No. FOLIO:

Sexo: Masculino: Femenino:

Grado académico actual: Primero Segundo Tercero

Estado Civil: Soltero Unión Libre Casado

Divorciado Viudo

Marcar con una X la rotación por la que actualmente está cursando:
Programa académico establecido:

<input type="checkbox"/>	Pediatría
<input type="checkbox"/>	Medicina Familiar
<input type="checkbox"/>	Ginecología
<input type="checkbox"/>	Urgencias
<input type="checkbox"/>	Traumatología
<input type="checkbox"/>	Medicina Interna
<input type="checkbox"/>	Urgencias HGR1
<input type="checkbox"/>	Urgencias HGR20

Calidad de vida	
Baja (0 a <50)	<input type="text"/>
Alta (≥50 a 100)	<input type="text"/>

Escala de Hamilton										
Ansiedad Psíquica:	<input type="text"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Nivel de Ansiedad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leve (0 a 13)</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Moderada (14 a 24)</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Severa (25 a 56)</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Nivel de Ansiedad		Leve (0 a 13)	<input type="text"/>	Moderada (14 a 24)	<input type="text"/>	Severa (25 a 56)	<input type="text"/>
Nivel de Ansiedad										
Leve (0 a 13)	<input type="text"/>									
Moderada (14 a 24)	<input type="text"/>									
Severa (25 a 56)	<input type="text"/>									
Ansiedad Somática:	<input type="text"/>									
Puntuación Total:	<input type="text"/>									

ANEXO VI: CUESTIONARIO SF-36

CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA SF-36	
No. Folio : _____	
<p>Instrucciones: Este cuestionario cuenta con 36 preguntas: Cada pregunta tiene respuestas posibles numeradas. Subraye el número que mejor describa su situación. Seleccione sólo una respuesta por cada pregunta.</p>	
1. En general, usted diría que su salud es:	1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1. Mucho mejor ahora que hace un año 2. Algo mejor ahora que hace un año 3. Más o menos igual que hace un año 4. Algo peor ahora que hace un año 5. Mucho peor ahora que hace un año
<p>Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:</p>	
3. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
4. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, limpiar el piso, jugar a lanzarse la pelota o caminar más de una hora?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
5. ¿Su salud actual le limita para cargar el peso de dos bolsas de mandado?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
6. ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
7. ¿Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
8. ¿Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
9. ¿Su salud actual le limita para caminar diez o más cuadras (un kilómetro o más)?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada

10. ¿Su salud actual le limita para caminar varias cuadras (de 200 a 900 metros)?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
11. ¿Su salud actual le limita para caminar una sola cuadra (unos 100 metros)?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
12. ¿Su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1. Sí, me limita mucho 2. Sí, me limita un poco 3. No, no me limita nada
Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:	
13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	1. Sí 2. No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?	1. Sí 2. No
15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1. Sí 2. No
16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?	1. Sí 2. No
17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido, o nervioso?	1. Sí 2. No
18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí 2. No
19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí 2. No
20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	1. No, ninguno 2. Sí, pero muy poco 3. Sí, un poco 4. Sí, moderado 5. Sí, mucho 6. Sí, muchísimo

<p>22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye el trabajo fuera y dentro de la casa)?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nada 2. Un poco 3. Regular 4. Bastante 5. Mucho
<p>Las preguntas que siguen se refieren a Cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.</p>	
<p>23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre; 2. Casi siempre; 3. Muchas veces; 4. Algunas veces; 5. Sólo alguna vez; 6. Nunca
<p>24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
<p>25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan abatido que nada podía animarle?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
<p>26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
<p>27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
<p>28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces 5. Sólo alguna vez 6. Nunca
<p>29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre 2. Casi siempre 3. Muchas veces 4. Algunas veces

	5. Sólo alguna vez 6. Nunca
30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Sólo alguna vez 5. Nunca
31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Sólo alguna vez 5. Nunca
32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Algunas veces 4. Sólo alguna vez 5. Nunca
Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.	
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.	1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa
34. Estoy tan sano como cualquiera.	1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa
35. Creo que mi salud va a empeorar.	1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa
36. Mi salud es excelente.	1. Totalmente cierta 2. Bastante cierta 3. No lo sé 4. Bastante falsa 5. Totalmente falsa

ANEXO VII. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

No. Folio: _____

Instrucciones:

Este cuestionario cuenta con 14 preguntas:
Cada pregunta tiene respuestas posibles.
Marque el número que mejor describa su situación.
Seleccione sólo una respuesta por cada pregunta.

Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (Cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4

9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad Psíquica	
Ansiedad Somática	
Puntuación Total	

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sepúlveda-Vildósola AC, Romero-Guerra AL, Jaramillo-Villanueva L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. Bol Med Hosp Infant Mex [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2023 Oct 05];69(5): 347-354. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000500005&lng=es.
2. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5a Ed. Arlington, VA: Editorial Panamericana. 2014
3. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto [Internet]. Secretaria de Salud; 2010 [citado el 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-392-10/ER.pdf>
4. Sepúlveda A, Romero A, Jaramillo L. Estrategias de afrontamiento y su relación con depresión y ansiedad en residentes de pediatría en un hospital de tercer nivel. Bol. Med Hosp Infant Mex [revista en la Internet]. 2012 Oct [citado 2023 Oct 05] ; 69(5): 347-354. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000500005&lng=es.
5. Serrano-Barquín C, Rojas-García A, Ruggero C. Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Revista Intercontinental de Psicología y Educación [Internet]. 2013;15(1):47-60. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80225697004>.
6. Consejo y Chapela C, Viesca-Treviño C. Ética y poder: formación de residentes e internos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2005;43(1):1-3. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745540001>
7. Secín-Diep R, Rodríguez-Weber FL. Síndrome de desgaste en médicos residentes de un hospital privado Med Int Méx 2016; 32 (1): 33-40.
8. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Angeles-Garayc A. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2015; 53 (1):20-8.
9. Ruscio AM, Hallion LS, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. Cross-sectional comparison of the epidemiology of DSM-5 generalized anxiety disorder across the globe. JAMA Psychiatry [Internet]. 2017;74(5):465. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
10. Dávalos J. Médicos Residentes [Internet]. Vol. 50. Hechos y Derechos; 2019. Disponible en: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/hechos-y-derechos/article/view/13463/14877>
11. OMS Organización Mundial de la Salud. Principios Fundamentales (Constitución) [Internet]. [citado el 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whogol/whogol-bref>

12. Sarmiento PJ, Parra A. Calidad de vida en médicos en formación de posgrado. *Persona y Bioética* [Internet]. 2015;19(2):298-302. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83242580004>
13. Mariños A, Otero M, Tomateo J, Málaga G. Coexistencia de Síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes. Estudio descriptivo transversal, Hospital nacional de Lima. *Rev Med Hered* [Internet]. 2011 Oct [citado 2023 Oct 05] ; 22(4): 159-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400003&lng=es.
14. Jimena-Jácome S, Villaquirán-Hurtado A, Meza-Cabrera M del M. Estilo de vida y nivel de actividad física en estudiantes de residencia médica. *Rev CES Med* [Internet]. 2019;33(2):78–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.33.2.1>
15. Reséndiz-Rodríguez A, Reyes-Lagunes I. Calidad de vida en médicos residentes: propuesta de una intervención psicológica [Tesis]. Facultad de Psicología , UNAM, México; 2012.
16. McGlynn TJ, Metcalf HL. Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad: Manual para el Médico, 4a. Ed. Washington; 1994.
17. Vega-Chavez E, Gómez-Shaik JJ, Caballero-Pedraza IM, Contreras-Torres F. Síndrome de Burnout y calidad de vida laboral en personal asistencia de una institución de salud en Bogotá. *Inf Psicol* [Internet]. 2017;17(1):87–105. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v17n1a05>
18. Vázquez-Ramírez LA, González A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2016; 21(4):109-112.
19. Gaona-Valle LS, Consuelo-Estrada JR, Tomp-Osnaya EP, Rizo-Amézquita JN. La importancia de la salud en los médicos residentes y su relación con la calidad y seguridad del paciente, Centro Médico Licenciado Adolfo López Mateos. Instituto de Salud del Estado de México; 2019. 3(5) 19-21.
20. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento: Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. España, OMS CIE10; 1992.
21. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2015;17(3):327–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/bbandelow>
22. Otero M, Tomateo J, Málaga G, Mariños A. Coexistencia de Síndrome de Burnout y síntomas depresivos en Médicos Residentes. *Rev Med Hered* [Internet]. 2011 Oct [citado 2023 Oct 05] ; 22(4): 159-160. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2011000400003&lng=es.
23. Pacheco J, Giacomini H, Tam W, Ribeiro T, Arab C, Bezerra I, et Al. Mental health problems among medical students in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017;39(4):369–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2223>
24. Jiménez L, Arenas AJ. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(1):20-8.

25. Belén A. Calidad de vida de los médicos residentes del hospital central de Mendoza: salud, sueño, alimentación y actividad física; [Tesis] Facultad del Río de la Plata; Mendoza Argentina; 2020. 6-74
26. Schonhaut LB, Rojas PN, Millán KT. Calidad de vida de los médicos residentes del Programa de Formación de Especialistas en Pediatría. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2009 Feb [citado 2023 Oct 05]; 80(1): 30-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062009000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062009000100004>.
27. Hernández-Rodríguez P, Peña-Amaya R, Bastidas-Goyes A, Ríos-Barbosa F. Cambio en la calidad de vida de médicos que ingresan a especialidad médico-quirúrgica en una universidad de Colombia: un estudio de cohorte. Educ médica [Internet]. 2021;22:106–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2020.09.006>
28. Morales A, Miozotis M. Calidad de vida profesional de los médicos residentes del hospital alemán nicaragüense, UNICC 2017; 9-75.
29. Medina-Mora M, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Fleiz-Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Bol. Salud Mental [Internet]. 2018;26(1):1-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
30. Domínguez-Gonzalez AD, Velasco-Jiménez MT, Meneses-Ruíz DM, Valdivia-Gómez G, Castro-Martínez MG. Síndrome de burnout en aspirantes a la carrera de medicina. Ed INVMED [Internet]. 2017;6(24):242-247. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349753310005>
31. Arenas MC, Puigserver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Argentina Escritos de Psicología [Internet]. 2015 Dic [citado 2023 Oct 05];3(1):20-29. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000300003&lng=es
32. Gaytán-Rossi P, Pérez-Hernández V, Vilar-Compte M, Teruel-Belismelis G. Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. Rev. Salud Pública De Méx [revista en la Internet]. 2021 Ago [citado 2023 Oct 05]; 63(4): 478-485. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342021000400478&lng=es. Epub 27-Feb-2023. <https://doi.org/10.21149/12257>.
33. Trunce-Morales ST, Villarroel-Quinchalef G del P, Arntz-Vera JA, Werner-Contreras KM. Niveles de depresión, ansiedad, estrés y su relación con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Investig educ médica [Internet]. 2020;9(36):8-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349765723002>
34. Prieto-Miranda SE, López-Benítez W, Jiménez-Bernardino CA. Medición de la calidad de vida en médicos residentes. EDUC MED [Internet]. 2009 Sep [citado 2023 Oct 05]; 12(3): 169-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132009000400006&lng=es.

35. Rendon-Sanchez JL, Ramírez-Leyva DH, Bermudez-Villalpando VI, Camacho-Romo JJ, Grajeda-Gonzalez LB, Ramírez-Leyva PH. Depresión, Ansiedad y Síndrome de Burnout en Médicos Residentes de Medicina Familiar en Tijuana, México. *J Fam Med* 2017;4(6):1-6.
36. Vázquez-Ramírez LA, González-Pedraza Avilés A. Ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de médicos residentes de la ciudad de México. *Aten Fam* [Internet]. 2015;21(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2014.4.47958>
37. Lugo-Machado JA, Yucupicio-Hernández D, Escobar-Morales AL. Calidad de vida en las residencias médicas en México: un grito desesperado. *Rev Med Clin* [Internet] 2019 [citado 2023 Oct 05]; 3(3):162-167 ; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.3469982>
38. Vilagut G, Ferrer A, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer M, Quintana JM. Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* [Internet]. 2005 Abr [citado 2023 Oct 05];19(2):135-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.
39. Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris. 08003 Barcelona. Manual de puntuación de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36; Agosto 2000. 8-72, Tomado de <https://ginvestigaciontmo.files.wordpress.com/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>
40. Hamilton M, Brier J. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* [Internet]. 1959;32(1):50–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>