

MED. GRAL. ROBERTO CARRILLO
LOPEZ

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MEDICOS Y ENFERMERAS
DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DURANTE LA CONTINGENCIA COVID-19

2024



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS Y ENFERMERAS
DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DURANTE LA CONTINGENCIA COVID-19

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Roberto Carrillo López

Dirigido por:

Dra. Verónica Campos Hernández

Co-dirigido por:

Dr. Enrique Villarreal Ríos

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2024

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

“Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos y enfermeras de primer nivel de atención durante la contingencia COVID-19”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Roberto Carrillo López

Dirigido por:

Dra. Verónica Campos Hernández

Co-dirigido por:

Dr. Enrique Villarreal Ríos

Firmas

Mtra. Verónica Campos Hernández

Presidente

MSP. Enrique Villarreal Ríos

Secretario

Med. Esp. Karla Elizabeth Margain Pérez

Vocal

Mtra. Ma. Azucena Bello Sánchez

Suplente

Mtra. Lilia Susana Gallardo Vidal

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario. Febrero 2024.
México

Resumen

Introducción: Ansiedad y depresión son problemas que afectan la capacidad laboral, productividad y de relación social, más de 260 millones de personas en el mundo sufren de ansiedad y 300 millones de depresión, siendo la causa de discapacidad más común en el mundo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en personal médico y enfermería de primer nivel. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo, realizado en Médicos adscritos, residentes y enfermeras de UMF No.16 del IMSS, Querétaro, durante diciembre de 2021. La muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para población finita, obteniendo un total de 69 participantes, sin embargo, se incluyó al total del personal que deseó participar con un total de 97 participantes, obtenidos mediante muestreo no probabilístico por casos consecutivos, se incluyeron variables sociodemográficas como edad, sexo, servicio donde trabaja, comorbilidades, ansiedad y depresión. La determinación de ansiedad se realizó con escala GAD-7 y para depresión con escala PHQ-9. El análisis estadístico se realizó en SPSS IBM V25. Se respetaron los lineamientos vigentes de bioética. **Resultados:** EL promedio de edad fue 33.3 años (IC 95% 31.89-34.71), el sexo femenino predominó en un 75.3% (73). El 53.6% (52) de la población fueron médicos residentes. La prevalencia de ansiedad leve en médicos y enfermeras fue del 26.8% (IC 95% 18-35.6), el 40.2% (IC 95% 30.4-50) no presentaron ansiedad. La prevalencia de depresión leve en médicos y enfermeras fue del 21.6% (IC 95% 13.4-29.8), el 54.6% (IC 95% 44.7-64.5) no reportó depresión. **Conclusiones:** La prevalencia de ansiedad fue mayor que depresión en personal de salud de la UMF.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Primer nivel

Summary

Introduction: Anxiety and depression are issues that affect work capacity, productivity, and social relationships. More than 260 million people worldwide suffer from anxiety, and 300 million suffer from depression, making it the most common cause of disability globally. **Objective:** To determine the prevalence of anxiety and depression among first-level medical and nursing personnel. **Materials and Methods:** This observational, descriptive cross-sectional study was conducted in attending physicians, residents, and nurses at UMF No.16 of IMSS, Querétaro, during December 2021. The sample size was calculated using the percentage formula for a finite population, resulting in a total of 69 participants. However, a total of 97 participants were included as all staff willing to participate were considered, obtained through non-probabilistic consecutive sampling. Sociodemographic variables such as age, gender, department, comorbidities, anxiety, and depression were included. Anxiety was assessed using the GAD-7 scale, and depression was measured using the PHQ-9 scale. Statistical analysis was performed using SPSS IBM V25. Ethical bioethical guidelines were adhered to. **Results:** The average age was 33.3 years (95% CI 31.89-34.71), with females predominating at 75.3% (73). Among the population, 53.6% (52) were medical residents. The prevalence of mild anxiety in physicians and nurses was 26.8% (95% CI 18-35.6), with 40.2% (95% CI 30.4-50) showing no signs of anxiety. The prevalence of mild depression in physicians and nurses was 21.6% (95% CI 13.4-29.8), with 54.6% (95% CI 44.7-64.5) reporting no depression. **Conclusions:** The prevalence of anxiety was higher than that of depression among healthcare personnel at the UMF.

Keywords: Anxiety, Depression, Primary care

Dedicatorias

A mí mismo y al mismo universo que contemplo conmigo esta fase de mi vida.

Agradecimientos

Le agradezco a todas esas personas que estuvieron, están y estarán en mi vida. ¡¡¡Gracias, gracias, gracias!!!

Índice

Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica.	6
III.1 COVID 19	6
III.2 Ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID 19	6
III.3 Salud mental	11
III.4 Factores de riesgo para ansiedad y depresión	13
III.5 Salud mental en médicos residentes	14
III.6 Medidas de salud mental	15
IV. Hipótesis	17
V. Objetivos	18
V.1 Objetivo general	18
V.2 Objetivos específicos	18
VI. Material y métodos	19
VI.1 Tipo de investigación	19
VI.2 Población	19

VI.3 Muestra y tipo de muestreo	19
VI. 3.1 Criterios de selección	20
VI. 3.2 Variables estudiadas	21
VI.4 Técnicas e instrumentos	21
VI.5 Procedimientos	22
VI.5.1 Análisis estadístico	23
VI.5.2 Consideraciones éticas	23
VII. Resultados	25
IX. Discusión	30
X. Conclusiones:	33
XI. Propuestas	34
XII. Bibliografía el estilo Apa no lleva numeración al inicio	36
XIII. Anexos	41
XIII. 1. Hoja de recolección de datos:	41
XIII. 2. Instrumentos	42
XIII. 3. Carta de consentimiento informado.	44
XIII. 4 Registro UAQ.	45
XIII. 5 Registro SIRELCIS	46
XIII. 6 Documento anti plagio.	47

Índice de Cuadros

Cuadro VII. 1	Características sociodemográficas	26
Cuadro VII.2	Comorbilidades	27
Cuadro VII.3	Prevalencia de Ansiedad	28
Cuadro VII.4	Prevalencia de Depresión.	29

Abreviaturas y siglas

IMSS: Instituto Mexicano de Seguridad Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

IMC: Índice de masa corporal

SIMF: Sistema informático de medicina familiar

UMF: Unidad de medicina familiar

FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

IOM: Instituto de Medicina de EEUU

COVID-19: Coronavirus Disease 19

SARS: Síndrome Respiratorio Agudo y Grave

MERS: Síndrome Respiratorio de Oriente Medio

I. Introducción

En el año de 2019, apareció un virus llamado SARS COV-2 y una nueva enfermedad llamada COVID 19, en el mundo se presentó una pandemia que tuvo consecuencias en los tres niveles sanitarios, siendo así, que los niveles de atención fueron colapsados; el personal de salud tuvo que enfrenar esta crisis generando repercusiones en su salud mental (Pineda et. Al, 2020 y Efraín E, 2020). La OMS define la salud mental como un proceso dinámico de bienestar permitiendo a las personas manifestar diversas habilidades en base a sus actitudes como afrontar el estrés de la vida cotidiana, trabajar de forma productiva y hacer contribuciones a sus comunidades (Becerra-Canales & Ybaseta-Medina, 2020).

Ante la situación mundial de la pandemia por el virus SARS-COV 2, las personas sufrieron cambios en el estilo de vida, por la cuarentena domiciliaria y el distanciamiento social, los cuales cambiaron el estilo de vida, generando a la sociedad de manera global una carga psicológica de consideración importante (Torres et. Al, 2020). En México hasta mayo del 2020 se reportaron 84,500 casos confirmados de COVID-19 aunados a más de 9,400 defunciones debido al virus (Pineda et. Al, 2020).

Los trastornos mentales más comunes como ansiedad y depresión son problemas que afectan la capacidad laboral, productividad y de relación social, se estima que más de 260 millones de personas en el mundo sufren de ansiedad y 300 millones sufren de depresión, siendo la causa de discapacidad más común en el mundo. En china los niveles de ansiedad se presentaron con 28,8%, depresión 16,5%, y estrés 8,1% en personal sanitario destacando más al personal de enfermería, posteriormente al médico, generando síntomas de depresión, ansiedad y estrés en una población de 20 a 50 años de edad. Mientras en otro estudio se mostró que el 44.6% de los profesionales presentaba ansiedad y 71.5% estrés destacando el personal de enfermería (Lozano, 2020).

Mientras en España se tuvieron el 46.7% de trabajadores donde que sufrieron estrés, otro 37% sufrió de ansiedad, el 27.4% de depresión y el 28.9% restante problemas relacionados a conciliar el sueño siendo las causas relacionadas por el aumento de contagios en tan poco tiempo, la alta incidencia de morbimortalidad, jornadas largas de trabajo y miedo al contagio (Cisneros & Peñalva, 2010).

Otro estudio en Paraguay, los participantes reportaron un 32,2% para depresión, 41,3% en ansiedad, 27,8% en insomnio, 38,9% en estrés y 64,3% en fatiga por compasión y en Chile un gran porcentaje del personal de salud encuestado presento algún grado de sintomatología en ansiedad (74%), estrés (56%), depresión (66%) e insomnio (65%) (Urzúa et. Al, 2020).

Es relevante conocer la salud psicológica y el bienestar del personal de primer nivel, especialmente en unidades de atención en Medicina Familiar, para aplicarlo continuamente con un enfoque en la mejora de la calidad de atención clínica, colaborando con una adecuada relación médico-paciente, así como una buena atención del personal a todos los derechohabientes en total armonía y optimo estado de salud mental, visualizando en un futuro la realización de estrategias preventivas. Por lo tanto, el personal de salud del primer nivel de atención muestra un impacto a su salud mental que atiende a pacientes con COVID-19, desarrollando trastornos psicológicos hasta llegar a padecer trastornos mentales (Cruz Martínez, 2018).

II. Antecedentes

A lo largo de la historia de la humanidad, existieron pandemias mundiales por diversas enfermedades, muchas de estas mermaron la salud física y mental de la población del mundo, la pandemia COVID-19 mermo especialmente a los trabajadores de la salud ya que tuvieron más riesgo de desarrollar problemas de salud mental a corto y largo plazo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió sobre el posible impacto negativo de esta crisis en el bienestar mental de los profesionales de la salud (Ocaña-Aguilar, et al, 2021).

En investigaciones sobre epidemias en años previos, se han observado reacciones psicológicas adversas entre los trabajadores sanitarios, por ejemplo, ante el brote de SARS, del MERS y actualmente el COVID-19 y se demostró de manera general que los trabajadores en áreas de riesgo y primera línea temían el contagio y la infección de sus familiares, amistades y colegas, además de sentir incertidumbre, estigmatización y daño a su entorno biopsicosocial haciendo frente a la enfermedad (Cisneros Herreros & Peñalva Moreno, 2010).

La pandemia por COVID-19 ha traído diversos factores predisponentes para que se exacerbe la sintomatología de dichas enfermedades y se aumente el número de personal de salud afectado, cabe destacar que no todo el personal es consciente de tales padecimientos que está cursando y que incluso presentan una resistencia por aceptar y tomar la atención adecuada.

La ansiedad durante el trabajo supone grandes cantidades de perdidas en productividad anualmente, justo antes de la pandemia COVID-19 en México se reportaron cifras de síntomas de ansiedad en trabajadores del 57% (Ocaña-Aguilar, et al, 2021). La depresión ocupa el primer lugar de discapacidad en mujeres y el noveno en hombres, de acuerdo con la encuesta nacional de salud y nutrición de 2018-19, 15% de los mexicanos tienen síntomas depresivos (Ocampo Valencia et al., 2022); que durante la pandemia por COVID-19 existió un aumento

en la percepción de situaciones de amenaza e incertidumbre en el personal de salud (Appiani et al., 2021).

Se sabe que los principales factores asociados a fatiga emocional en el personal de salud fue una inadecuada organización y estructura del trabajo, la sobrecarga laboral, la falta de equipos de protección y la capacidad de afrontamiento factores estresantes en el trabajo (Aveiro-Róbaló et al., 2021).

Se ha estudiado que los médicos jóvenes son los que se encuentran en situaciones de estrés constante, además que presentaron niveles de estrés y ansiedad más altos por el exceso de trabajo, en comparación con médicos adscritos que laboraron en un hospital con la prevalencia de 12.8% que se incrementó en los médicos residentes hasta 47.5% (Mascarúa-Lara et al., 2014).

Un estudio realizado en China que evaluó a 1257 trabajadores de la salud en primera línea informó que el 50% tuvo síntomas de depresión, 45% ansiedad, 34% insomnio y la más frecuente en un 72% angustia, siendo involucrados en el diagnóstico directo (Nicolini, 2014) mientras en otro estudio en una población de 20 a 50 años de edad se mostró que el 44.6% de los profesionales presentaba ansiedad y 71.5% estrés destacando el personal de enfermería (Lozano, 2020).

Mientras en España se obtuvo el 46.7% donde se comentó que sufrieron estrés, otro 37% sufrió de ansiedad, el 27.4% de depresión y el 28.9% restante problemas relacionados a conciliar el sueño siendo esto con un argumento causal por el aumento de contagios en tan poco tiempo, la alta incidencia de morbimortalidad, jornadas largas y mucha carga de trabajo y miedo al contagio (Cisneros Herreros & Peñalva Moreno, 2010).

Otra investigación realizada en España mostró un alto porcentaje de profesionales que estaban emocionalmente agotados el 58,6 % de los

profesionales tenía síntomas de ansiedad y el 46 %, síntomas depresivos (Ozamiz-Etxebarria, 2020).

Otro estudio en latinoamérica en Chile un gran porcentaje del personal de salud encuestado presento algún grado de sintomatología en ansiedad (74%), estrés (56%), depresión (66%) e insomnio (65%) (Urzúa et al., 2020).

Otro estudio en Latinoamérica demostró que la ansiedad en un 65% es el malestar psicológico más frecuente entre el personal sanitario, además de un metaanálisis realizado durante la primera y segunda ola de la pandemia, tras una evaluación de varios estudios se encontró que la prevalencia conjunta de la ansiedad en el personal de salud era del 23% (Aveiro-Róbaló et al., 2021).

Un estudio en México a inicios de la pandemia se encontró que el género femenino fue asociado a mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión (Onofre Santiago et al., 2021). Además, a través de una plataforma electrónica se incluyeron 247 entrevistas de médicos residentes siendo que la frecuencia de la depresión fue de al menos 45% y la de la ansiedad de 17% con un promedio de edad de 30.1 ± 4.2 (Martínez-García et al., 2023).

III. Fundamentación teórica.

III.1 COVID 19

La pandemia actual por la enfermedad del coronavirus (COVID-19) originado en Wuhan, provincia de Hubei de la República Popular China, se extendió a muchos países. El 30 de enero de 2020, el Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó este brote como una crisis de salud mundial debido al aumento constante en la cantidad de casos reportados en China y diversas naciones, el primer caso en la Región de las Américas se confirmó en Estados Unidos el 20 de enero del 2020, y Brasil notificó el primer caso en América Latina y el Caribe el 26 de febrero del 2020, hasta el año 2023 se reportó 766,894,311 casos con 6,935,876 fallecidos en el mundo y en México con una prevalencia de 7,611,736 confirmados con 334,079 fallecidos, en el estado de Querétaro se confirmaron 191,363 casos con 6,977 defunciones. El 5 de mayo de 2023 la OMS declaró el fin de la emergencia sanitaria global (Lilia, 2022), con esto algunos niveles de atención sanitaria colapsaron y el personal de salud ha tenido que enfrentarse a esta crisis como primera línea de prevalencia (Pineda et. Al, 2020 y Efraín E, 2020).

En la actualidad, el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) cuenta con 6,510 Unidades de Medicina Familiar (UMF), brindando más de 500 mil consultas externas y 60 mil urgencias. Por lo tanto, el personal de salud del primer nivel de atención padeció trastornos de salud mental tras la atención de pacientes con COVID-19 (Cruz Martínez, 2018).

III.2 Ansiedad y depresión durante la pandemia por COVID 19

Ante la situación mundial de la pandemia por el virus SARS-COV 2, las personas han sufrido cambios en el estilo de vida, a causa del encierro y distanciamiento social, que han cambiado el estilo de vida, generando a la

sociedad en general una carga psicológica de consideración importante (Torres et al., 2020).

Según el estudio de Sprang y Silman (2013), la población que ha vivido una cuarentena durante enfermedades a causa de pandemias es propensa a presentar trastorno de estrés agudo, de adaptación y dolor (el 30% con criterios de trastorno de estrés postraumático). Durante la pandemia de COVID-19 fue una causa desencadenante importante que generó gran número de factores estresantes que propician dichas comorbilidades (Balluerka-Lasa, 2020). Los pacientes con alguna enfermedad mental tuvieron peor salud física que la población general, con tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad (Mora Ripoll, 2012).

Existieron dos tipos de situaciones de afectación psicológica que se dieron durante el confinamiento, siendo unas consideradas de manera específica causadas directamente por el contexto de la COVID-19, alterándose de forma conductual o emocional la familia ya sea por cuestiones económicas, sociales o de salud incluidas las que sufrieron la pérdida de un ser querido a causa de la enfermedad, la otra situación abarco afectaciones en situaciones inespecíficas sin determinar un estímulo desencadenante relacionadas a preocupaciones intensas sobre la salud y el contagio, el pesimismo de lo que vendrá a futuro y sensaciones de malestar e incertidumbre (Balluerka-Lasa, 2020).

Se ha señalado que los profesionales de la salud en momentos de crisis mundiales sanitarias como epidemias alcanzaron en un 60% mayor alteración emocional, con manifestaciones asociadas por el miedo de padecer COVID-19, ser fuente de contagio para sus familias, ser portadores asintomáticos e incluso morir (Monterrosa-Castro et al., 2020).

Se realizaron encuestas del personal sanitario en muchos países donde manifestaron altos puntajes de depresión y ansiedad además de otros trastornos mentales caracterizados como Burnout e insomnio, teniendo una relación similar

los factores de riesgo como ser personal de enfermería y el sexo femenino, predominantemente manifestado en la atención en primera línea donde hubo un brote primario de la enfermedad (Efraín et al., 2020).

La investigación en epidemiología sobre el trastorno de la ansiedad registro una presencia en el rango del 2-13%, con una prevalencia del 5.72% con igual afectación de hombres y mujeres (Muñoz Fernández et al., 2020; Torales, 2017).

La ansiedad, un trastorno psicológico, surge de la exposición prolongada a circunstancias percibidas como amenazantes, provocando emociones adversas como el temor y desencadenando complicaciones tanto físicas como mentales (Martínez-García et al., 2023).

Las manifestaciones clínicas se manifestaron desde mareos, acufenos, eructos, asociado a sentimientos de frustración, temor ante la incertidumbre, sensación de pérdida del control además de síntomas psicofisiológicos concomitantes: taquicardia, disnea y diaforesis que puede llevar a una crisis ansiosa o ataque de pánico, que paraliza al sujeto y le impide la toma de decisiones organizadas para su funcionamiento (Torales, 2017).

Los síntomas de ansiedad se involucran por mecanismos neuroendocrinos, donde el circuito cortico-estriado-talámico-cortical tiene rol protagónico (Monterrosa-Castro et al., 2020), se ha considerado una hipersensibilidad a las sensaciones corporales más una atribución psicológica otorgada al paciente, resultando con un sentimiento de preocupación persistente sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad que entre ellos se asocian (Muñoz Fernández et al., 2020; Torales, 2017). Además, aumento el número de casos de abuso de sustancias tóxicas, siendo frecuente entre el personal médico, debido a los niveles de respuesta al estrés que cada persona poseía (Muñoz Fernández et al., 2020).

Los autores del DSM-5 determinaron ansiedad al presentar durante al menos 6 meses una preocupación generalizada y no delirante, de llegar a tener (o la idea de que se tiene) una enfermedad grave (Torales, 2017).

Se corrobora que el estrés incesante, severo o crónico genera tendencia depresiva, aislamiento social interpersonal, disturbios del sueño, sensación de frustración o impotencia, Síndrome de Bournout y dificultad para la adecuada adaptación personal (Monterrosa-Castro et al., 2020).

La depresión es una patología mental frecuente, caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, falta de concentración, cansancio, trastornos del apetito y del sueño y sentimientos de culpa (Miranda Pedroso & Murguía Izquierdo, 2021). Se sabe que la depresión afecta de manera negativa los actos y pensamientos de las personas que ocasionaron una pérdida en el interés de actividades agradables impactando en la funcionalidad del hogar y el trabajo (Martínez-García et al., 2023).

Se determinó que padecen depresión más de 50 millones de personas en todo el mundo, prevaleciendo un gran grupo mixto de edades y estatus sociales con un gran nivel de angustia entre los que la padecen, afectando su capacidad para hacer sus actividades día a día además de dañar las relaciones familiares, sociales y laborales, existen diferentes riesgos para la depresión siendo el más extremo y la culminación final el suicidio. Se estima que 800 mil personas se suicidan anualmente (Morales, 2017) y para el año 2030, la depresión será la primera causa en predominio de enfermedades mentales en su totalidad (Muñoz Fernández et al., 2020).

De acuerdo a la DSM-5, es un padecimiento de desregulación destructiva del estado de ánimo, que requiere un tratamiento a largo plazo (Botto et al., 2014). Caracterizado por enojos graves y recurrentes y/o comportamiento cuya intensidad o duración son desproporcionadas, como la tristeza, vacío o

irritabilidad, aglomerándose con cambios somáticos y cognitivos que afecta la capacidad funcional de la persona (del Barrio, 2004).

Según algunas investigaciones, aun no se han encontrado biomarcadores que contribuyen a la progresión de la enfermedad, se descubrió que fisiopatológicamente los mecanismos de la depresión no se han asociado con una progresión clínica (de la Fuente-Tomas, 2019). De acuerdo a la DSM-5 se clasificó en (Depresivo DELT, 2005):

1) Trastorno de la depresión mayor, teniendo dos síntomas principales; la pérdida de interés y/o la incapacidad de satisfacción por las actividades, asociado al ánimo deprimido, posteriormente; pérdida o aumento peso, insomnio o hipersomnias, sentimientos de culpa con pensamientos de muerte.

2) Trastorno depresivo persistente (distimia), se agrupa la depresión mayor cuando las alteraciones del estado de ánimo duran al menos dos años en los adultos o un año en los niños (Rodríguez-Alejo, 2018).

3) Trastorno disfórico premenstrual que son los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase lútea en el ciclo menstrual normal, presentando al menos cinco como ansiedad, desinterés, irritabilidad letargo, cambios de peso, dificultad para concentrarse, insomnio (López-Mato, 2000).

4) Trastorno depresivo inducido por una sustancia /medicamento, siendo la alteración del estado de ánimo que resalta en el cuadro clínico, desarrollándose antes o después de la abstinencia o intoxicación (del Barrio, 2004).

5) Trastorno depresivo debido a otra afección médica (del Barrio, 2004).

6) Otro trastorno depresivo especificado siendo enfatizado más a la sintomatología (Espinosa et al., 2015):

- Depresión breve recurrente que dura entre 2-13 días por lo menos una vez al mes.
- Episodio depresivo de corta duración (4-13 días) dura más de cuatro y menor de trece días.
- Episodio depresivo con síntomas insuficientes se caracteriza por un deterioro con duración mínima de dos semanas.

El alto riesgo de infección, falta en insumos biosanitarios o terapéuticos, equipamiento de protección personal inadecuado, agotamiento, jornadas extensas laborales, aislamiento y falta de contacto familiar son otros factores que contribuyen a mayor presencia de síntomas de ansiedad, angustia y depresión en médicos que laboraron en esta pandemia (Monterrosa-Castro et al., 2020).

III.3 Salud mental

Ante la presencia de la pandemia de COVID-19 se generó un gran impacto en la salud mental y física de quienes otorgan la atención médica a los pacientes infectados (Samaniego et al., 2020).

Según la OMS que define la salud mental como un proceso dinámico de bienestar permitiendo a las personas manifestar diversas habilidades, afrontando el estrés de la vida cotidiana, trabajar de forma productiva y hacer contribuciones a sus comunidades (Becerra-Canales & Ybaseta-Medina, 2020) en muchas ocasiones esta integridad personal se amenazó de manera que reacciones físicas y psicológicas se hicieron presentes generando un desequilibrio emocional siendo precipitados además por cuestiones académicas y sociales que afectaron la calidad de vida durante la pandemia (Martínez-García et al., 2023).

Las crisis emocionales son un conjunto de reacciones físicas y psicológicas que se presentan cuando se percibe una amenaza a la integridad personal, hay un

desequilibrio emocional y aparecen problemas como depresión, ansiedad, estrés e insomnio (Martínez-García et al., 2023).

La etiología de los trastornos psiquiátricos en personal de salud fue multifactorial, existió diferencia si los trastornos emergentes son aspectos adaptativos ante la pandemia o exacerbaciones de trastornos preexistentes que, en situación de crisis, se manifestaron de forma exacerbada y se ha comprobado que el personal de salud, especialmente los médicos fueron renuentes a buscar atención médico-psiquiátrica por manifestar estigma social (Muñoz Fernández et al., 2020; Organización Mundial de la Salud, 2000).

Por otro lado, es bien sabido que los médicos y en general los trabajadores de la salud no eran los mejores pacientes, con altas tasas de automedicación, cuestionamiento a los colegas y pobre apego a los tratamientos (Nicolini, 2020).

Se demostró que médicos, predominantemente de género masculino, están culturalmente influenciados para ignorar sus afectos a los demás y hacia sí mismos, priorizando el trabajo sobre sus necesidades personales, lo que evito mostrar signos de temor o cansancio, por considerarlo una forma de “debilidad” y, por tanto, son quienes menos buscaron apoyo emocional ante las crisis, tendiendo a correr mayores riesgos, como el quitarse lentes o cubrebocas en áreas de no COVID-19 (Muñoz Fernández et al., 2020).

En otros estudios la principal preocupación de médicos y enfermeras era infectar a algún miembro de su familia (68%), otra preocupación frecuente del personal de salud fue el hecho de que sus colegas se infectaran (73%), seguido de la preocupación de que miembros de su familia se infecten (64%). Entonces, estos estudios mostraron evidencia que el personal de salud está expuesto a múltiples preocupaciones, siendo los más afectados aquellos que se encuentran laborando en primera línea contra COVID-19 (Aveiro-Róbaló et al., 2021). Todo esto aunado a conductas de protección con estricto rigor que deben asumir de

forma permanente durante periodos prolongados, cambios de rutina en el trabajo, el riesgo vital al que fueron sometidos junto con las preocupaciones por el futuro personal y familiar (Miranda Pedroso y Murguía Izquierdo, 2021).

Es frecuente tener comorbilidades relacionadas junto con otras enfermedades mentales y crónicas, las cuales fueron relacionadas con lesiones accidentales y no accidentales además del consumo y dependencia de drogas, por lo que se ha visto contribuidos factores del estilo de vida y entorno social (Mora Ripoll, 2012).

III.4 Factores de riesgo para ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19

Se puntualizaron diversos aspectos y factores determinantes y predisponentes que pusieron a prueba los límites de la salud mental del personal, los cuales son (Torres et al., 2020; López, 2021; Efraín, 2020).

1. La exigencia de enfrentarse a una enfermedad desconocida, uso de equipo de protección personal estrictamente necesario al que no están acostumbrados y que para muchos presentó una barrera que dificultó la cercanía, calidez y empatía entre el médico y su paciente.
2. La angustia y frustración de verse rebasados por el número de pacientes y la escasez de recursos y evolución de la enfermedad.
3. La necesidad de mantenerse en hipervigilancia constante para no contaminarse.
4. La falta de espontaneidad en la convivencia con el resto de compañeros.
5. La sensación de injusticia en torno a la repartición de trabajo por servicios o niveles de puesto.
6. Necesidad permanente de concentración.

7. Traumatización vicaria derivada de la compasión hacia los pacientes que están atendiendo (desgaste emocional importante desarrollado con el sufrimiento, fragilidad y vulnerabilidad humana).
8. Preocupación latente por contagiarse.
9. Realización de tareas y procedimientos nuevos en las cuales mucho personal médico y de enfermería no estaba preparado.

Los principales factores asociados al cansancio mental y emocional en el personal de salud fue la inadecuada organización y estructura del trabajo y la capacidad de afrontamiento de los factores estresantes, maltrato laboral, escasos equipos para protección personal que se relacionaban directamente con síntomas de ansiedad y deficiencias en el sistema de salud (Aveiro-Róbaló et al., 2021).

El sexo femenino, embarazo o tener hijos, familias monoparentales aparentemente funcionales sin red de apoyo para el cuidado de los hijos, bajo nivel socio económico, eventos traumáticos durante la vida y la psicopatología premórbida fueron factores que se relacionan con mayor ansiedad y carga emocional de los trabajadores de la salud. (Muñoz Fernández et al., 2020; Nicolini, 2020).

III.5 Salud mental en médicos residentes

Diversos estudios han confirmado los efectos de la calidad de vida en las residencias médicas por lo que la ansiedad y la depresión fueron precipitadas por cuestiones laborales, sociales y académicas. Durante la etapa de formación en las residencias médicas, los factores socioeconómicos y psicoactivos influyen en el comportamiento emocional (Martínez-García et al., 2023).

En algunos estudios durante la pandemia se encontró que los jóvenes presentaron niveles de estrés y ansiedad más altos en comparación con los adultos de mayor edad (Aveiro-Róbaló et al., 2021). Esto puede ser justificado por

su inexperiencia, el miedo a equivocarse, la percepción de que se ponga en riesgo la vida de alguien, las situaciones de escasa supervisión, mayor carga laboral, además de experimentar directa o indirectamente los contagios, muertes, escasez del equipo y la posibilidad de morir, además de la susceptibilidad por la diferencia de sexo, la mayor o menor edad, el estado civil que podría tener una mayor carga de responsabilidad, antecedentes familiares de problemas emocionales similares, el servicio de especialidad en el que laboran y el grado de residencia que cursan (Martínez-García et al., 2023), siendo estas situaciones factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones mentales (Aveiro-Róbaló et al., 2021).

III.6 Medidas de salud mental

Todas las personas de una u otra forma han contado con estas medidas, manifestando de manera personal y particular con varios mecanismos de afrontamiento, como son las estrategias cognitivas y las conductas que se han puesto en marcha para enfrentar la ansiedad en la interacción con el ambiente en el que se desenvuelven, como el tipo de afrontamiento poco adaptativo que consiste en que se niega y evitan todas las emociones a las que se enfrentan (Muñoz Fernández et al., 2020).

Se reportaron que existen varias estrategias terapéuticas con diferentes enfoques en el ámbito biopsicosocial sobre el estilo de vida, ante el afrontamiento de situaciones de ansiedad y depresión como iniciar un esquema de ejercicio y actividades físicas, utilizar respiraciones profundas siendo la respiración diafragmática la más efectiva (con breves periodos de tiempo de 4 a 5 minutos) además utilizar técnicas como el mindfulness aunado a las terapias con fármacos que se facilitan en la atención en primer nivel (Mora Ripoll, 2012; Bueno, 2021).

La capacidad de pedir ayuda psicológica, espiritualidad, llevar un estilo de vida saludable, tener una pareja estable, contar con redes de apoyo, escuchar

música, ejercitarse, leer o simplemente desarrollar otras habilidades fueron factores de protección relacionadas a depresión (Muñoz Fernández et al., 2020).

La resiliencia ha sido un factor protector individual ante el estrés, las personas que poseían resiliencia, tenían una personalidad estructurada, tenaz y optimista, mostrando un riesgo menor de enfermedad mental (Muñoz Fernández et al., 2020).

Desde una perspectiva de salud pública relacionado a la salud mental, las pautas para responder a las reacciones traumáticas y situaciones ante el desastre enfatizan la importancia de centrarse en la resiliencia (Nicolini, 2020).

IV. Hipótesis

Ho: La prevalencia de ansiedad en médicos y enfermeras de primer nivel de atención es menor o igual a 74%.

Ha: La prevalencia de ansiedad en médicos y enfermeras de primer nivel de atención es mayor de 74%.

Ho: La prevalencia de depresión en médicos y enfermeras de primer nivel de atención es menor o igual a 66%.

Ha: La prevalencia de depresión en médicos y enfermeras de primer nivel de atención es mayor de 66%.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en personal médico y de enfermería de primer nivel.

V.2 Objetivos específicos

- Describir las variables sociodemográficas de los participantes.
- Evaluar el grado de ansiedad en personal médico y de enfermería en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19.
- Evaluar el grado de depresión en personal médico y de enfermería en el primer nivel de atención durante la pandemia COVID-19

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Se trata de un diseño observacional, transversal descriptivo.

VI.2 Población

Médicos adscritos, residentes y enfermeras de la Unidad de Medicina Familiar No.16 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Querétaro, en el periodo de diciembre del año 2021.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

La muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para población finita con nivel de confianza de 95% ($z=1.64$), margen de error del 5% ($d=0.05$), obteniendo un total de 69 participantes, como a continuación se indica, sin embargo, se incluyó al total del personal que deseo participar en el estudio.

Nivel de confianza 95% ($Z= 1.64$)

$P=$ Prevalencia en el grupo (0.66)

$q=1-p$ (0.34)

Precisión o magnitud del error ($\delta=0.05$)

$n=97$

$$n = \frac{(Z)^2 (p)(q) N}{(N-1) \delta^2 + Z^2 (p)(q)}$$

$$n = \frac{(1.64)^2 [(0.66)(0.34)] 97}{(97 - 1)(0.05)^2 + (1.64)^2 (0.66)(0.34)}$$

$$n = \frac{(2.6896) [(0.66)(0.34)] 97}{(96)(0.0025) + (2.6896)(0.66)(0.34)}$$

$$n = \frac{(2.6896) (0.2244)97}{(0.24) + (2.6896)(0.2244)}$$

$$n = \frac{(2.6896) 21.7668}{(0.24) + (0.60354624)}$$

$$n = \frac{58.54398528}{0.84354624}$$

$$n = 69.402224$$

Total, de la población estudiada n=97

Se realizó un muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

VI. 3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a los médicos familiares y residentes, además del personal de enfermería, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 16 en ambos turnos y que firmaron carta de consentimiento informado. Se excluyó al personal que no atendió pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19. Se eliminaron aquellos participantes que tuvieron cuestionarios incompletos.

VI. 3.2 Variables estudiadas

Las variables sociodemográficas estudiadas fueron la edad, genero, servicio donde labora, comorbilidades y variables clínicas del comportamiento como ansiedad y depresión.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se utilizó una hoja de recolección de datos foliada para su adecuada identificación, que contenía un cuestionario de variables sociodemográficas para conocer las características generales de la población de estudio, así como el instrumento de evaluación para ansiedad y depresión.

Para evaluar ansiedad se aplicó el instrumento GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) ha sido validada por Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe en 2006, que evalúa el trastorno de ansiedad generalizada mediante siete ítems, preguntando a los participantes por la presencia de una serie de síntomas durante las dos últimas semanas, puntuándose 7 síntomas de ansiedad común (p.ej. Preocuparse demasiado por cosas diferentes; Problemas para relajarse; Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir), es usada como prueba de cribado del trastorno de ansiedad generalizado (TAG), y sirve también para evaluar otros trastornos de ansiedad.

La versión española fue validada por García-Campayo en 2010, con una puntuación máxima de 21 y se responde según una escala tipo Likert de cuatro puntos que van de 0 a 3 (nunca, varios días, la mitad de los días y casi a diario). Las puntuaciones finales van de 0-9 = ansiedad leve, 10-14 = ansiedad moderada y 15-21 = ansiedad severa. Teniendo como resultado 8 puntos se tiene una sensibilidad de 0.93 y una especificidad de 0.85 para diagnóstico de probable Trastorno de Ansiedad Generalizado, con una puntuación de 10 se considera el

mejor criterio diagnóstico para ansiedad (cuenta con una sensibilidad= 0.87; especificidad=0.78). Cuenta con un Alfa de Cronbach =0.92.

Para estimar depresión se utilizó la escala PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) es una escala validada por Kroenke, Spitzer y Williams en 2001, es un derivado del Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) creada para valorar síntomas depresivos con los criterios del DSM-IV, el grupo de trabajo para TDM del DSM-5 y las guías NICE consideran el PHQ-9 como la medición preferida para evaluar la presencia de depresión y cuantificar su severidad, considerada como el mejor instrumento de cribado para depresión en la atención primaria por su exactitud, brevedad y facilidad de aplicación, su sensibilidad es entre 0,71 a 0,84 (media de 0,77) y la especificidad entre 0,90 y 0,97 (media de 0,94) (Cassiani-Miranda et al., 2021), en la escala los síntomas se refieren a las últimas 2 semanas y para diagnosticar el trastorno depresivo mayor se requiere de 2 o más puntos (más de la mitad del tiempo) o 3 puntos (siendo casi todo el tiempo) en al menos uno de los 2 primeros síntomas; y se debe tener una puntuación de 2 o 3 en al menos 5 ítems de los 9 totales.

El score entre 5-9 indica depresión sub-clínica; 10-14, indica probable depresión menor, distimia o depresión mayor moderada; 15-19, depresión mayor moderadamente grave, y 20-27, depresión mayor grave, también se ha encontrado que puntuaciones mayores o igual que 12 podría ser el mejor criterio para el diagnóstico de un probable trastorno depresivo mayor. En su versión en castellano y validado en Chile con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0,835, indica un instrumento fiable que efectúa mediciones estables y consistentes. (Cano-Vindel, 2017).

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación y ética, se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 16

de la Delegación 23 de Querétaro, se localizó al personal que cumpliera con los criterios de selección presentes en el momento del estudio en la unidad médica, se les explico de forma amplia y lo más explícita posible el objetivo y justificación del estudio, resolviendo en todo momento sus dudas, posterior a la autorización verbal se procedió a la firma del consentimiento informado, después se recolectaron las variables sociodemográficas y se aplicó la escala para evaluar ansiedad y posteriormente depresión, una vez terminadas las encuestas se le dio una evaluación previa de sus resultados, si el participante lo solicitaba, a los participantes que resultaron con algún grado de ansiedad o depresión se les dieron recomendaciones verbales sobre salud mental, en caso de identificar algún caso que ameritara atención y seguimiento el participante fue canalizado con su médico familiar para que se contemplara el envío al módulo de SPPSTIMSS correspondiente para su atención y manejo.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se procedió a vaciar la información en una base de datos y realizar el análisis estadístico utilizando software estadístico SPSS IBM V25. Se realizo un análisis descriptivo mediante la obtención de promedios, porcentajes, intervalos de confianza para promedios e intervalos de confianza para porcentajes del 95%.

VI.5.2 Consideraciones éticas

El presente estudio fue sometido a evaluación y aprobación para su realización por un comité de ética e investigación local en salud.

En el presente trabajo se tomaron en cuenta las recomendaciones hechas en la declaración de Helsinki, en la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluida la investigación de material humano y

de información. En este caso no se requiere consentimiento informado para realizar el estudio.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, según el artículo 17, este estudio se clasifica con “riesgo mínimo”. De acuerdo al informe Belmont se consideraron tres principios éticos básicos: respeto a las personas, beneficencia y justicia. Se informó a los participantes cuál es el tema de la investigación, así como el propósito del estudio, las implicaciones de este y se detalló el procedimiento mencionando que la participación fue voluntaria y que no tuvo costo alguno ni incentivo de otra índole. Asimismo, se utilizó el consentimiento informado. Se garantizó la dignidad y bienestar a los pacientes sometidos a investigación, en todo momento se trató al personal de salud con respeto.

VII. Resultados

El estudio incluyó a 97 participantes, el promedio de edad fue 33.3 años (IC 95%, 31.89-34.71), predominio el sexo femenino en un 75.3% (IC 95%, 66.7-83.9), el 53.6% (IC 95%, 43.7-63.5%) de los participantes fueron Médicos Residentes, el servicio donde labora el personal de salud, predominio el de guardias complementarias en un 40.2% (IC 95%, 30.4-50), seguido de la atención en consulta externa con un 39.2% (IC 95%. 29.5-48.9). Cuadro VII.1

En relación a las comorbilidades destaca Hipertensión arterial en un 6.2% (IC 95% 1.4-11) y otras enfermedades que fueron especificadas en las encuestas como por ejemplo obesidad e hipertiroidismo con el 19.6% (IC 95% 11.7-27.5). Cuadro VII.2

En médicos y enfermeras se encontró ansiedad en un 59.8% (IC 95% 50-69.6), de los cuales se determinó como ansiedad leve el 26.8% (IC 95% 18-35.6), moderada en un 22.7% (IC 95% 14.4-31) y severa el 10.3% (IC 95% 4.3-16.3); el 40.2% (IC 95% 30.4-50) no presentaron ansiedad. Cuadro VII.3

En relación a depresión se encontró que el 45.4% (IC 95% 35.4-55.2) del personal de salud lo padece, de los cuales el 21.6% (IC 95% 13.4-29.8) corresponde a grado leve, el 13.4% (IC 95% 6.6-20.2) moderada, el 9.3% (IC 95% 3.5-15.1) moderada-grave y el 1% (IC 95% 0-3.0) grave; En el 54.6% (IC 95% 44.7-64.5) no existió depresión. Cuadro VII.4

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas

	Frecuencia	Porcentaje	n = 97	
			Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Sexo				
Masculino	24	24.7	16.1	33.3
Femenino	73	75.3	66.7	83.9
Categoría				
Residente	52	53.6	43.7	63.5
Médico Familiar	28	28.9	19.9	37.9
Enfermería	16	16.5	9.1	23.9
Médico no Familiar	1	1	0	3
Servicio donde labora				
Consulta externa	38	39.2	29.5	48.9
Guardias	39	40.2	30.4	50
Planificación familiar	16	16.5	9.1	23.9
Jefatura	8	8.2	2.7	13.7
Curaciones	3	3.1	0	6.5
AMC	7	7.2	2.1	12.3

Fuente: Médicos y enfermeras de primer nivel de atención de la UMF No. 16 IMSS Querétaro.

Cuadro VII.2 Comorbilidades

n = 97

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza al	
			Inferior	Superior
Diabetes Tipo 2	2	2.1	0	5
Hipertensión Arterial	6	6.2	1.4	11
Enfermedades pulmonares	0	0	0	0
Otra (Obesidad, Hipotiroidismo)	19	19.6	11.7	27.5

Fuente: Médicos y enfermeras de primer nivel de atención en la UMF No. 16 IMSS Querétaro.

Cuadro VII.3 Prevalencia de Ansiedad

n = 97

Grado de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Normal	39	40.2	30.4	50.0
Ansiedad Leve	26	26.8	18.0	35.6
Ansiedad Moderada	22	22.7	14.4	31.0
Ansiedad Severa	10	10.3	4.3	16.3

Fuente: Médicos y enfermeras de primer nivel de atención en la UMF No. 16 IMSS Querétaro.

Cuadro VII.4 Prevalencia de Depresión

n = 97

Grado de Depresión	Frecuencia	Porcentaje	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Normal	53	54.6	44.7	64.5
Depresión Leve	21	21.6	13.4	29.8
Depresión Moderada	13	13.4	6.6	20.2
Depresión Moderada Grave	9	9.3	3.5	15.1
Depresión Grave	1.0	1.0	0	3.0

Fuente: Médicos y enfermeras de primer nivel de atención en la UMF No. 16 IMSS Querétaro.

IX. Discusión

Ansiedad y depresión son un conjunto de patologías de prevalencia variable con lo que el personal de salud se ha enfrentado de manera constante tras la pandemia por COVID-19 y se ha convertido en un problema de salud pública mundial ya que son entidades que afectan la calidad de vida quien la padece, así como, a la sociedad en la que se desenvuelve.

En el primer nivel de atención, estas alteraciones son subdiagnosticadas debido a la falta de evaluación del personal de salud y carencia de sospecha del diagnóstico.

La prevalencia de ansiedad y depresión en este estudio fue de 59.8% y 45.3% respectivamente, diferente a lo reportado por Urzua A. y col, et al que realizó un estudio en una clínica de atención primaria en Chile y reportó una prevalencia de ansiedad en 74% y depresión en 66%. Diferencias debido a los factores influyentes en la salud mental de cada participante y la forma de resiliencia que afrontan.

El promedio de edad en general fue de 33.30 años, cifra similar a la reportada por Monterrosa-Castro y col. et al., que fue de 30 años, además que otro estudio en médicos residentes de una unidad de medicina familiar en Puebla, México reportaron un promedio de 30 años (Mascarúa-Lara et al., 2014). En China un estudio reportó que las personas más jóvenes (con una edad menor de 35 años) mostraban mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión muy probablemente por los efectos psicológicos que la pandemia causó según lo descrito por Santamaria M. y col. Et al.

Las características sociodemográficas encontradas en el presente estudio informan, con relación al sexo con predominio femenino en 75.3%, observándose mismo patrón con relación al sexo reportado por Reyna Arias et al. en el 2022, fue

de 76.7%, resultados similares por el grupo de edad de la población estudiada, y el área laboral donde fue aplicada.

En cuanto a la categoría del personal en la unidad de medicina familiar donde la población fue estudiada, el porcentaje mayor corresponde a los médicos residentes con una prevalencia de 53.6%, se encontraron estudios con características sociodemográficas en personal adscrito de base (Mascarúa-Lara et al., 2014).

Es esencial destacar que la prevalencia de ansiedad y depresión encontrada en este estudio difiere de otros llevados a cabo en diferentes áreas geográficas. Esto sugiere que factores contextuales y culturales podrían desempeñar un papel crucial en la salud mental de los profesionales de la salud durante la pandemia. Por ejemplo, la variación en las estrategias de afrontamiento y el apoyo institucional disponible podrían ser determinantes en la diferencia de las tasas de prevalencia.

Además, la presencia de comorbilidades físicas como la hipertensión arterial sistémica (HAS), la obesidad y el hipertiroidismo entre el personal de primer nivel de atención agrega capas adicionales a la complejidad de estos hallazgos. La interacción entre las condiciones físicas y la salud mental subraya la necesidad de un enfoque holístico en la atención de la salud del personal médico y de enfermería. Es importante mencionar que la falta de diagnóstico y atención adecuada para la ansiedad y la depresión en el primer nivel de atención es preocupante. Esta situación no solo impacta la salud y bienestar de los profesionales de la salud, sino que también puede influir en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

El estudio presenta algunas limitaciones, como el tamaño muestral y la exclusión de otros factores relevantes que podrían influir en la salud mental del

personal de salud. Futuras investigaciones podrían enfocarse en abordar estas limitaciones para obtener una comprensión más completa de los desafíos psicológicos que enfrentan los profesionales de la salud en situaciones de crisis como la pandemia COVID-19.

Los resultados de este estudio resaltan la alta prevalencia de ansiedad y depresión entre el personal médico y de enfermería del primer nivel de atención durante la contingencia por COVID-19. Estos hallazgos enfatizan la urgencia de implementar medidas efectivas de apoyo psicológico y programas de salud mental dirigidos a este grupo vulnerable de profesionales de la salud.

X. Conclusiones:

- Se determina la aceptación de la hipótesis nula respecto a la ansiedad, la cual postulaba que la prevalencia sería menor o igual al 74%.
- Los resultados obtenidos indican que la prevalencia de ansiedad en este grupo es menor a la cifra establecida en la hipótesis nula, situándose en un 59.8%.
- Así mismo, se acepta la hipótesis nula con respecto a la depresión. La hipótesis planteaba que la prevalencia de depresión sería menor o igual al 66%.
- Los resultados revelan una prevalencia del 45.3%, demostrando que la incidencia de depresión se encuentra por debajo de lo estipulado en la hipótesis nula.

XI. Propuestas

Es fundamental la protección de la salud mental ya que hay condicionantes que retan los mecanismos de regulación emocional y capacidad de adaptación a la vida cotidiana del personal sanitario y se ven manifestados con una salud mental estable, fuerte y adecuada. Por ello es indispensable concientizar con información escrita, visual y en sesiones educativas al personal de la salud, sus directivos y las instituciones de salud para estar en condición de diagnosticar oportunamente y ofrecer todas las herramientas y apoyo posible para tratarlos.

A nivel administrativo sería adecuado tener una ruta con planificación estratégica en materia de cobertura, material, personal, recursos, áreas de impacto anti stress, grupos de ayuda para intervención en crisis, así como tener pausas a la salud mental con espacios psico-afectivos. Disminuir los impactos a nivel de costos a nivel personal e institucional y lo que dejara de secuela cómo síndrome de Estocolmo.

A nivel operativo es conveniente que el personal este capacitado de manera adecuada y oportuna ante estas nuevas entidades de la enfermedad, además que se preste mayor atención a los grupos vulnerables como médicos residentes y mujeres se facilite la atención en salud mental para estos grupos, se debe entregar un informe con los resultados de la investigación para que vean la importancia de también realizar sesiones emocionales, poder canalizar de forma adecuada a personal detectado con ansiedad y depresión , disminuir el síndrome de Burnout, con las implicaciones que tiene a nivel de disminuir ausentismo por incapacidad, aumentar la satisfacción laboral y prevenir recaídas en el propio paciente y se proporcione información necesaria para poder dar solución si es que presentan síntomas iniciales, evitando que el personal de salud cansado e

insatisfecho se encuentre mermado por consecuencias en la afectación de la calidad de atención que se otorga a los derechohabientes

A nivel educativo sería conveniente mejorar los programas de apoyo y autocuidado son fundamentales como talleres, sesiones de mindfulness, técnicas de relajación y actividades físicas pueden promover el bienestar emocional, entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas para crisis y capacitaciones que enseñen cómo manejar el estrés y la presión laboral, fortaleciendo la resiliencia del personal.

Facilitar espacios seguros para que el personal comparta experiencias y estrategias de afrontamiento entre colegas, fomentando la solidaridad y el apoyo mutuo. Es crucial garantizar el acceso a servicios especializados en salud mental, ofreciendo atención psicológica o psiquiátrica cuando sea necesario, y promoviendo el uso de recursos de apoyo.

La inclusión de módulos de salud mental en la formación continua del personal médico y de enfermería es esencial para aumentar la comprensión de los trastornos mentales y sus impactos en la práctica clínica. Establecer programas de seguimiento y evaluación regulares para monitorear el bienestar psicológico del personal, identificar factores desencadenantes y ajustar las estrategias de apoyo según las necesidades identificadas.

XII. Bibliografía

- Appiani, F., Cairoli, F. R., Sarotto, L., Yaryour, C., Basile, M., & Duarte, J. M. (2021). Prevalencia de estrés, síndrome de desgaste profesional, ansiedad y depresión en médicos de un hospital universitario durante la pandemia de COVID-19. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 119(5). <https://doi.org/10.5546/aap.2021.317>
- Aveiro-Róbaló, T. R., Chávez, F. S., Meléndez, S. Y., Vinelli-Arzuviaga, D., Jaramillo-Aguilar, D. S., Rojas-Roa, J. L., Vilela-Estrada, M. A., Serna-Alarcón, V., Arias-Chávez, D., & Mejía, C. R. (2021). Ansiedad, depresión y estrés por COVID-19 en profesionales de la salud de Latinoamérica: características y factores asociados. *Boletín De Malariología Y Salud Ambiental*, 61(ee2), 114-122. <https://doi.org/10.52808/bmsa.7e5.61e2.013>
- Balluerka-Lasa, N., Gómez-Benito, J., Hidalgo-Montesions, M., Gorostiaga-Manterola, A., Espada-Sánchez, J., & Padilla-García, J. et al. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. *Ikerketa lanak. Trabajos de Investigación. Bilbao, España*. <https://www.ehu.eus/es/web/psikologia/las-consecuencias-psicologicas-de-la-covid-19-y-el-confinamiento>
- Becerra-Canales, B., & Ybaseta-Medina, J. (2020). Salud Autopercebida En Trabajadores De Enfermería Del Primer Nivel De Atención, Durante La Pandemia De Covid-19. *Revista Médica Panacea*, 9(2), 113–117.
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142(10), 1297–1305.
- Cassiani-Miranda, C. A., Cuadros-Cruz, A. K., Torres-Pinzón, H., Scoppetta, O., Pinzón-Tarrazona, J. H., López-Fuentes, W. Y., et al. (2021). Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 11–21.

- Cisneros Herreros, J. M., & Peñalva Moreno, G. (2010). Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *GEF Bulletin of Biosciences*, 1(1), 1–6.
- Cruz Martínez, A. (2018, January 19). Cumple el IMSS 75 años; prepara la inauguración de hospital en Nogales. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2018/01/19/sociedad/032n3soc>
- de la Fuente-Tomas, L., Sánchez-Autet, M., García-Álvarez, L., González-Blanco, L., Velasco, Á., Sáiz Martínez, P. A., et al. (2019). Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 12(2), 106–115.
- Depresivo DELT. (2005). Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto mayor. *Gastroenterología y Hepatología Continuada*, 4.
- Efraín, E. (2020). Factores relacionados con efectos adversos psiquiátricos en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(1), 1–10.
- Espinoza, C., Galdames, M., Marín, L., & Chomalí, C. (2015). La Depresión Menor ¿Es Un Problema Menor? *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV, 23–33. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281944843004>
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(2), 327-334. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1), 51–56. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000100051&script=sci_arttext
- López-Mato, A., Illa, G., Boullosa, O., Márquez, C., & Vieitez, A. (2000). Trastorno disfórico premenstrual. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 38(3), 187–195.

- López, I. (2021). La salud mental del personal sanitario ante la pandemia del COVID-19. *Enfermería Investigación: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 6(1), 47–50.
- Mascarúa-Lara, E., Vázquez-Cruz, E., & Córdova-Soriano, J. A. (2014). Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad en Medicina Familiar. *Atención Familiar*, 21(2), 55-57. [https://doi.org/10.1016/s1405-8871\(16\)30015-3](https://doi.org/10.1016/s1405-8871(16)30015-3)
- Martínez-García, J. A., Aguirre-Barbosa, M., Mancilla-Hernández, E., Hernández-Morales, M. del R., Guerrero-Cabrera, M. B., & Schiaffini-Salgado, L. G. (2023). Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Revista Alergia México*, 69(1), 1–6. <https://doi.org/10.29262/ram.v69i1.903>
- Miranda Pedroso, R. y Murguía Izquierdo, ED (2021). Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. *Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas*, 8 (1), 1-12. <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Florez-Monterrosa, C... (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195–213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Morales, C. (2017). La depresión: Un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 136–138. <http://scielo.sld.cu>
- Mora Ripoll, R. (2012). Medicina del estilo de vida. La importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 48–52.
- Mu, R., Cano-vindel, A., Ruiz-rodríguez, P., Adrián, L., González-blanch, C., & Antonio, J. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los

trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP, 23, 124–129.

- Muñoz Fernández, S. I., Molina Valdespino, D., Ochoa Palacios, R., Sánchez Guerrero, O., & Esquivel Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica México*, 41(4S1), 127.
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y cirujanos*, 88(5), 542-547. Epub 08 de noviembre de 2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
- Ocampo Valencia, Delia Brenda Paola, Portela Ortíz, José Manuel, Rodríguez Weber, Federico Leopoldo, Zhou, Xiaojin, Castellanos Suárez, José Luis, & Ocampo Valencia, Víctor Iván. (2022). Prevalencia de depresión, ansiedad y burnout en médicos residentes de nuevo ingreso en Hospitales Angeles del área metropolitana. *Acta médica Grupo Ángeles*, 20(4), 302-306. Epub 26 de mayo de 2023. <https://doi.org/10.35366/107112>
- Ocaña-Aguilar, N. G., Romero-Casanova, M. C., Ocaña-Aguilar, V. A., & Ocaña-Gutierrez, V. R. (2021). Ansiedad, estrategias y recursos para el afrontamiento de trabajadores de salud en primera línea COVID-19 del primer nivel de atención, Cajamarca, 2021. *Revista Médica Vallejana / Vallejian Medical Journal*, 10(2), 39–52. <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v10i2.03>
- Onofre Santiago, M. M. de los Ángeles, Rodríguez García, M. S., Jaramillo Vázquez, M. J., Salazar Mendoza, D. J., Hernández Montesinos, M. M. G., & Luna Hernández, L. O. D. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 6837-6857. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.804
- Ozamiz-Etxebarria, N., Santamaría, M. D., Picaza-Gorrochategui, M., & Mondragón, N. I. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la

primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos De Saude Publica*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00054020>

- Pineda, R. G., Ochoa, M., & Hernandez, A. J. (Eds.). (2020). *Análisis y perspectivas sobre la pandemia de COVID-19 en Querétaro* (Primera ed.). Querétaro: UAQ.
- Rodríguez-Alejo, D., Cisneros-Ramos, M., & Robles-Cedeño, L. (2018). Psicoterapia Integrativa En Un Caso De Trastorno Depresivo Persistente. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1).
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M., & Vera-Villarreal, P. (2020). Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect. *Interamerican Journal of Psychology*, 54(1).
- Sprang, G., & Silman, M. (2013). Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster medicine and public health preparedness*, 7(1), 105–110. <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>
- Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vidente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77–86.
- Torres, V., Farias, J. D., Reyes, L. A., & Guillén, C. (2020). Mental health risks and damage in healthcare personnel due to treating patients with COVID-19. *Revista Mexicana de Urología*, 80(3), 1–10.
- Pineda, R. G., Ochoa, M., & Hernandez, A. J. (Eds.). (2020). *Análisis y perspectivas sobre la pandemia de COVID-19 en Querétaro* (Primera ed.). Querétaro: UAQ.
- Urzúa, A., Samaniego, A., Caqueo-Úrizar, A., Pizarro, A. Z., & Domínguez, M. I. (2020). Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 148(8), 1121–1127.

XIII. Anexos

XIII. 1. Hoja de recolección de datos:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16 “Dr. ARTURO
GUERRERO ORTIZ”NSS



Edad:	años	
Género:	1. Femenino	2. Masculino
Servicio donde trabaja <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Atención en consulta externa en UMF<input type="radio"/> Guardias complementarias.<input type="radio"/> Consultorio de Planificación Familiar<input type="radio"/> Apoyo en área de Jefatura en UMF<input type="radio"/> Curaciones<input type="radio"/> Atención Medica Continua		
Comorbilidades <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Diabetes mellitus<input type="radio"/> Hipertensión<input type="radio"/> Enfermedades pulmonares<input type="radio"/> Otras		

XIII. 2. Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas?

(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Valores			
	Para nada	Más de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas ~~de la casa~~ o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desarrollado por los ~~Do.~~ Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

GAD-7

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
<i>(Marque con una "✓" para indicar su respuesta)</i>				
1. Sentirse nervioso/a, intranquilo/a o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación	0	1	2	3
3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas	0	1	2	3
4. Dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente	0	1	2	3
6. Molestarse o ponerse irritable fácilmente	0	1	2	3
7. Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T ___ = ___ + ___ + ___)

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

XIII. 3. Carta de consentimiento informado.

 <p style="text-align: center;"> INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD </p> <p style="text-align: center;"> CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (Adulto) </p>	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio: Prevalencia de ansiedad y depresión en los médicos y enfermeras de primer nivel de atención durante la contingencia COVID-19	
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 16. Delegación, Querétaro, 2021
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en médicos y enfermeras de primer nivel de atención. La importancia de fomentar la salud mental para mantener el bienestar de los trabajadores es fundamental, ya que alguna alteración puede tener repercusiones en la atención, comprensión y toma de decisiones hacia los pacientes, <u>desafiando mecanismos de regulación emocional y capacidad de resiliencia</u> ; por lo que es indispensable concientizar al personal de la salud y directivos para estar en condición de diagnosticarlos oportunamente y ofrecer todas las herramientas y apoyo posible para tratarlos, el contar con bienestar mental a los trabajadores de la salud, es componente indispensable y trascendental para las medidas de salud pública.
Procedimientos:	Breve presentación del tema en 30 segundos, otorgamiento y firma de consentimiento informado en 30 segundos, en caso de aceptación se realizara un llenado de cuestionario llamado GAD-7 y PHQ-9 que evalúan la ansiedad y depresión respectivamente en un promedio de 3 minutos, posteriormente se entregara resultados y se otorga breve reseña de medidas de salud mental y recomendaciones de acuerdo a resultados en 1 minuto, en caso de detectar algún padecimiento, se canalizara al área SPPSTIMSS correspondiente, se dará un agradecimiento y despedida en 10 segundos.
Posibles riesgos y molestias:	El tiempo en llenado de los cuestionarios.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Saber si se presenta ansiedad y depresión, así como una introducción a medidas de salud mental.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le informará los resultados de estudio, en caso de presentar ansiedad y depresión se otorgará una reseña sobre medidas de salud mental, en su caso de detectar algún cuadro severo de estos trastornos se canalizará al área de los Servicios de Prevención y Promoción de Salud de los Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, quien se encargará de continuar con seguimiento en base a la detección y prevención de dichas patologías en los trabajadores IMSS.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto, se tiene la total libertad de querer o no participar en el estudio, sin que este afecte su condición laboral o conlleve algún problema.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial, la información será manejada por el investigador principal y se usara una computadora personal, se resguardará la información por el investigador principal, siendo este únicamente que tenga acceso, la información será encriptada en un programa específico para tal fin y será resguardada por un periodo mínimo de 5 años y no se revelara la información ni acceso a la misma
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dr. Roberto Carrillo López Residente de la especialidad en Medicina Familiar. Unidad de adscripción: UMF N°16 IMSS QUERETARO. Matricula: 99233747 Teléfono: 442 452 5480 Correo electrónico: roberuko_cl@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Verónica Campos Hernández, Dr. Enrique Villarreal Ríos
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
Nombre y firma del adulto.	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Nombre y firma del familiar del paciente:	Testigo:
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio Clave: 2810-009-013.	

XIII. 4 Registro UAQ.



Universidad Autónoma de Querétaro
 Dirección de Investigación y Posgrado
 Registro del Protocolo de Investigación del Estudiante de Posgrado

Espacio exclusivo para la Dirección

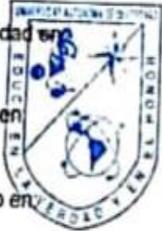
Número de Proyecto	13015
Fecha de Registro	10-02-2022
Fecha de inicio de proyecto:	23/Junio/2021
Fecha de término de proyecto:	30/Mayo/2022

1. Datos del solicitante:

No. De expediente:	178390	
Apellido Paterno	López	Roberto
Apellido Materno	Nombre(s)	
Calle y número	Los Sauces	76114
Colonia	C.P.	
Querétaro	442 452 5480	
Estado	Teléfono (incluir tda)	

2. Datos del proyecto:

Facultad:	Medicina
Especialidad	Medicina Familiar
Maestría en	
Doctorado en	



Tema específico del proyecto: Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos y enfermeras de primer nivel de atención durante la contingencia COVID-19

 Dra. Verónica Campos Hernández Director de Tesis ¹	 Dr. Enrique Villarreal Rios Co-director ¹	 Dr. Nicolás Camacho Calderón Jefe de Investigación y Posgrado de la Facultad ¹
 MG. Roberto Carrillo López Alumno ¹	 Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea Director de Facultad ¹	 Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña Directora de Investigación y Posgrado ¹

XIII. 5 Registro SIRELCIS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2201**.
H GRAL REGIONAL NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 22 014 021**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 22 CEI 001 2018073**

FECHA **Viernes, 22 de octubre de 2021**

Dra. Veronica Campos Hernandez

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MEDICOS Y ENFERMERAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCION DURANTE LA CONTINGENCIA COVID-19** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-2201-067

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

ATENTAMENTE

Mtra. Patricia Medina Mejía

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2201

Imprimir

▼

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

XIII. 6 Documento anti plagio.



GOBIERNO DE
MÉXICO



DELEGACIÓN QUERÉTARO
Unidad De Medicina Familiar N° 16
Coordinación Clínica de Educación e
Investigación en Salud

Querétaro, ~~Qro.~~, a 19 de diciembre del 2023.

Carta compromiso anti - plagio

Dr. Nicolás Camacho Calderón

Jefe de la División de Investigación y Posgrado

FMUAQ

Presente:

Al margen de la Ley Federal del Derecho de Autor (última reforma publicada DOF 01-07-2020) que tiene por objeto la salvaguarda y promoción del acervo cultural de la Nación; protección de los derechos de los autores, de los artistas intérpretes o ejecutantes, así como de los editores.

El derecho de autor es el reconocimiento que hace el Estado en favor de todo creador de obras literarias y artísticas previstas en el artículo 13 de la misma Ley, en virtud del cual otorga su protección para que el autor goce de prerrogativas y privilegios de carácter personal y patrimonial. Autor es toda persona física que ha creado una obra literaria y artística.

Por lo anterior la (el) que suscribe Roberto Carrillo López alumno (a) del Curso de Especialización en Medicina Familiar, con número de expediente 178390 manifiesto que he desarrollado mi trabajo de investigación con el título: "Prevalencia de ansiedad y depresión en médicos y enfermeras de primer nivel de atención durante la contingencia COVID-19", en completo apego a la ética, sin infringir los derechos intelectuales de terceros que incluyen: presentar un trabajo de otros autores como propio, presentar datos e información falsa, copiar párrafos de textos u obras sin realizar las referencias o citas correspondientes.

Reporte de plagio: 7% según el programa "plagiarism detector", disponible en <https://plagiarismdetector.net/>.

Se anexa la evidencia.



Dec, 19, 2023

Plagiarism Scan Report



Characters: 66500 Words: 10492
Sentences: 505 Speak Time: 38 Min

Atentamente:

Verónica Campos Hernández

Nombre y firma del alumno/a

Nombre y firma del director/a de tesis

Vo. Bo.

