



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE MEDICINA

SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN

COORDINACIÓN GENERAL DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA DR. JOSE G. PARRES

**"PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN
EL PERSONAL DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL
GENERAL DE CUERNAVACA 2024"**

TESINA

Para Obtener el Diploma de:
Especialidad en Urgencias Medicas

PRESENTA

Dra. Mitzi Aislinn Villanueva Pérez

DIRECTOR DE TESINA

Dr. Sergio Alfonso Zárate Guerrero

CO-DIRECTOR DE TESINA

Psicólogo Rodolfo de Jesús Trujillo Flores

Cuernavaca, Morelos a 16 de marzo del 2026



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE MEDICINA

"PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE
URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA 2024"

Que presenta:

Mitzi Aislinn Villanueva Pérez

SINODALES

Dra luz

Presidente

Dr victor

Secretario

Mtro Rodolfo

Vocal

Dr zarate

Suplente

Dr pablo

Suplente

Firma

Firma

Firma

Firma

Firma

Nombre y firma
Director(a) de la Facultad

Nombre y firma
Jefe de posgrado

Cuernavaca, Morelos, a

DEDICATORIAS

A la eterna memoria de mi prima, Kathia.

Tu lucha contra la enfermedad, llena de valentía y espíritu inquebrantable siguen siendo una inspiración para todos los que tuvimos la dicha de conocerte. Me enseñaste el verdadero significado de la perseverancia.

Que esta tesis sea un testimonio de la fuerza que me heredaste, esta dedicatoria es un homenaje a tu vida, a tu luz y a la huella imborrable que dejaste en mí.

A mis padres y hermano

Por su fe inquebrantable en mí y por ser la fuente inagotable de mi esfuerzo. Su amor fue el primer peldaño de este logro.

A mi Novio

Por su apoyo constante, paciencia, comprensión, amor y por ser mi refugio en cada jornada de trabajo.

AGRADECIMIENTOS

En este espacio, deseo expresar mi más profunda gratitud a las personas e instituciones que, con su invaluable apoyo y guía, hicieron posible la culminación de esta tesis.

Mi primer y más sincero agradecimiento es para mí director de Tesis, Dr. Sergio Zárate. Su visión, experiencia y dedicación fueron pilares esenciales. Agradezco profundamente su constante motivación, la rigurosidad en la revisión y el tiempo invertido que me orientó con firmeza a lo largo de todo el proceso investigativo.

De igual manera, extendiendo mi gratitud al Codirector, Psicólogo Rodolfo, cuya guía y perspectiva profesional enriquecieron significativamente el enfoque metodológico y la interpretación de los resultados de este trabajo.

Mi reconocimiento se dirige también a mis asesores: A la Dra. Luz María, por su apoyo especializado y las valiosas sugerencias que contribuyeron a la claridad de los objetivos; Al Dr. Pablo Ramos por sus atinados comentarios y la disponibilidad que demostraron para resolver mis dudas cruciales durante las fases iniciales y de análisis; A la Dra. Diana, por sus asesorías, disponibilidad de tiempo y apoyo en el análisis de mis resultados.

Agradezco de manera especial al Hospital General de Cuernavaca. Sin la apertura y colaboración de la institución, la recolección de datos y el desarrollo práctico de esta investigación no habrían sido posibles. Así mismo extendiendo el agradecimiento a todo el personal de salud que participó activamente en este estudio. Su tiempo, disposición y la calidad de la información brindada fueron la base para construir las

conclusiones de esta tesis. Su compromiso con el conocimiento es profundamente admirable.

RESUMEN

Título: Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de Urgencias Adultos del Hospital General de Cuernavaca 2024.

Introducción: La salud mental, particularmente la depresión y la ansiedad, constituye un desafío global en el personal de salud. La pandemia de COVID-19 intensificó este problema al aumentar el estrés y la sobrecarga laboral. Los médicos de urgencias y terapia intensiva presentan un riesgo elevado de ansiedad y depresión, lo que resalta la necesidad de reducir el estigma y facilitar el acceso a apoyo psicológico.

Objetivo: Estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de urgencias adultos del Hospital General de Cuernavaca, entre abril y diciembre de 2024.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y descriptivo que incluyó a todo el personal de urgencias. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg. El análisis se realizó con Stata 14.2 describiendo frecuencias para las variables cualitativas.

Resultados: El 30.9 % presentó simultáneamente síntomas de ansiedad y depresión, mientras que el 37.1 % no mostró ninguna de las dos condiciones. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambos diagnósticos. La probabilidad de presentar depresión fue 1.87 veces más en personas que ya presentaban ansiedad.

Conclusión: La prevalencia conjunta (30,9 %) fue superior a la reportada en poblaciones estudiantiles latinoamericanas. La comorbilidad ansiedad-depresión confirma que ambas condiciones coexisten y se potencian, aumentando el riesgo de ausentismo, bajo rendimiento y desgaste emocional. Este hallazgo refuerza la necesidad de estrategias institucionales de tamizaje, prevención e intervención integral, dirigidas especialmente a los grupos más vulnerables.

ABSTRACT

Title: Prevalence of Depression and Anxiety Symptoms in Adult Emergency Department Staff at the General Hospital of Cuernavaca, 2024

Introduction: Mental health, particularly depression and anxiety, poses a global challenge for healthcare workers. The COVID-19 pandemic intensified this problem by increasing stress and workload. Emergency and intensive care physicians are at high risk of anxiety and depression, highlighting the need to reduce stigma and facilitate access to psychological support.

Objective: To estimate the prevalence of depression and anxiety symptoms in adult emergency department staff at the General Hospital of Cuernavaca, between April and December 2024.

Materials and Methods: This was an observational, cross-sectional, and descriptive study that included all emergency department staff. A sociodemographic questionnaire and the Goldberg Anxiety and Depression Scale were administered. Data analysis was performed using Stata 14.2, describing frequencies for qualitative variables.

Results: 30.9% presented with simultaneous symptoms of anxiety and depression, while 37.1% showed neither condition. A statistically significant association was found between the two diagnoses. The probability of presenting with depression was 1.87 times higher in people who already had anxiety.

Conclusion: The combined prevalence (30.9%) was higher than that reported in Latin American student populations. The comorbidity of anxiety and depression

confirms that both conditions coexist and reinforce each other, increasing the risk of absenteeism, poor performance, and emotional exhaustion. This finding reinforces the need for institutional strategies for screening, prevention, and comprehensive intervention, especially targeting the most vulnerable groups.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	<i>xi</i>
LISTA DE TABLAS	<i>xii</i>
LISTA DE GRÁFICAS	<i>xiii</i>
LISTA DE ABREVIATURAS	<i>xiv</i>
INTRODUCCIÓN	1
REVISION DE LITERATURA	2
MARCO TEORICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	21
ANTECEDENTES	23
SALUD MENTAL EN MEXICO 2025	39
JUSTIFICACIÓN	43
HIPÓTESIS	45
OBJETIVOS	46
MATERIAL Y MÉTODOS	47
POBLACIÓN.....	47
INSTRUMENTOS	49
PROCEDIMIENTO	51
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	53
PRECEPTOS ÉTICOS.....	55
RESULTADOS	57
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIÓN	80
REFERENCIAS	82

LISTA DE IMAGENES

Imagen 1 Criterios diagnósticos de Trastorno de Depresión Mayor según DSM-5	10
Imagen 2 Criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad según DSM-5 ..	11

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de los instrumentos de Evaluación de la Ansiedad y Depresión	18
Tabla 2 Operacionalización de variables	50
Tabla 3 Características sociodemográficas de los participantes (n=97)	58
Tabla 4 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con el sexo en el Hospital General de Cuernavaca 2024	61
Tabla 5 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con la escolaridad en el Hospital General de Cuernavaca 2024	62
Tabla 6 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con la escolaridad en el Hospital General de Cuernavaca 2024	63
Tabla 7 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con su turno laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024	66
Tabla 8 Prevalencia de síntomas de ansiedad en el Hospital General de Cuernavaca 2024	67
Tabla 9 Prevalencia de síntomas de depresión en el Hospital General de Cuernavaca 2024	68
Tabla 10 Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en el Hospital General de Cuernavaca 2024	68
Tabla 11 Análisis multivariado Ansiedad (OR crudos y ajustados)	71

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Histograma de edad.	60
Gráfica 2 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con el sexo en el Hospital General de Cuernavaca 2024	61
Gráfica 3 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con el área laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024	64
Gráfica 4 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con el área laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024	65
Gráfica 5 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con su turno laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024	66

LISTA DE ABREVIATURAS

ATC	Antidepresivos tricíclicos
CISAMES	Centro Integral de Salud Mental
CRH	hormona liberadora de corticotropina
DASS	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés
DSM-5	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
Dx	Diagnostico
ENBIARE	Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado
FDA	Food and Drug Administration
FELSOCEM	Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IMAO	Inhibidores de la monoaminooxidasa
IRSN	Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina
ISRS	inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
OMS	Organización mundial de la salud
TA	Trastornos de Ansiedad
TAG	Trastorno de ansiedad generalizada
UNEMES	Unidad de Especialidades Médica

INTRODUCCIÓN

La salud mental, como son los trastornos de depresión y ansiedad, se ha convertido en uno de los mayores desafíos a nivel mundial, tanto en la población general como en el personal de salud. A lo largo de la historia, y más notoriamente durante la pandemia de COVID-19, el aumento de la prevalencia de estos trastornos ha sido alarmante, afectando, a muchos trabajadores de la salud. Factores como el estrés laboral, la sobrecarga de trabajo, el miedo al contagio, han contribuido a la exacerbación de problemas de salud mental en este grupo. Diferentes estudios han mostrado que los médicos, en particular, los que laboran en urgencias y áreas de alta presión como terapia intensiva, están expuestos a un mayor riesgo de depresión y ansiedad debido a las demandas emocionales y físicas de su trabajo, agregándose la despersonalización y el agotamiento emocional, conocidos como "burnout", que interfiere en la calidad de vida personal y profesional, aumentando la probabilidad de errores médicos y afectando la empatía con los pacientes (1). La falta de atención oportuna a estos trastornos no solo afecta la salud de los profesionales, sino también la calidad de atención. Diversos estudios indican que la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en el personal de salud ha aumentado, reflejando la necesidad urgente de abordar estos problemas a nivel institucional y global (2) (3). A pesar de la sensibilización sobre la importancia de la salud mental, el estigma sigue siendo una barrera para el tratamiento adecuado, lo que resalta la importancia de crear entornos laborales más saludables y con fácil acceso al apoyo psicológico (4). La creciente demanda de atención en salud mental

y la escasez de recursos adecuados plantean un desafío importante, sobre todo en contextos de crisis sanitaria, como lo evidenció la pandemia de COVID-19.

REVISION DE LITERATURA

MARCO TEORICO

Depresión y Ansiedad: Definiciones y Prevalencia en el Contexto Hospitalario

La depresión se define como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas (anhedonia)(5) . Este trastorno se asocia con síntomas como la fatiga, la pérdida de energía, alteraciones en el apetito, los patrones de sueño, la concentración y, en casos graves, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (5). Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) , el trastorno depresivo mayor se diagnostica cuando estos síntomas persisten durante al menos dos semanas, afectando significativamente el funcionamiento diario del individuo(6). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como un trastorno mental común, caracterizado por la persistencia de tristeza y la pérdida de interés en actividades previamente placenteras, junto con una incapacidad para llevar a cabo las tareas diarias, durante al menos 14 días consecutivos (7). Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría describe la depresión (Trastorno Depresivo Mayor) como una enfermedad médica grave que afecta negativamente cómo se siente, piensa y actúa la persona (5).

La Guía de Práctica Clínica de México sobre el diagnóstico y tratamiento de la depresión la define como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso en el humor. En este trastorno predominan los síntomas afectivos (como sentimientos de dolor profundo, culpa, soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida). Además, se presentan síntomas cognitivos (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivos (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en las labores cotidianas) y somáticos (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, entre otros) (5).

Por otro lado, la ansiedad se caracteriza por un estado de inquietud, preocupación excesiva y miedo irracional frente a situaciones percibidas como amenazantes, que, en muchos casos, son inofensivas (8). Los trastornos de ansiedad incluyen una amplia gama de condiciones, entre ellas el TAG, caracterizado por preocupación excesiva y persistente, acompañada de síntomas como tensión muscular, irritabilidad y alteraciones en el sueño (9). Ambos trastornos comparten características como la alteración del estado de ánimo, la fatiga y la dificultad para realizar actividades cotidianas, aunque se manifiestan de manera diferente.

En cuanto al trastorno de ansiedad, la OMS lo define como una afección de salud mental, en la que los síntomas son el resultado de una interacción compleja de factores sociales, psicológicos y biológicos, que interfieren en las actividades

cotidianas y pueden deteriorar la vida familiar, social, escolar o laboral de la persona (10).

La Asociación Americana de Psiquiatría aclara que la ansiedad es una reacción normal al estrés y puede ser beneficiosa en situaciones de alerta, ayudando a la persona a mantenerse preparada. Sin embargo, los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo o ansiedad excesivos, más allá de los sentimientos normales de nerviosismo o preocupación (5). Por su parte, la Guía de Práctica Clínica define la ansiedad como una emoción básica y universal, que se activa ante situaciones percibidas como amenazantes. Esta emoción tiene un carácter multidimensional, desplegando respuestas cognitivas, fisiológicas, motoras y conductuales (11)

Prevalencia de Trastorno de Depresión Mayor y Trastorno de Ansiedad Generalizada

A nivel global, se estima que el 3.8% de la población sufre de depresión, con una prevalencia del 5% en adultos y del 5.7% en adultos mayores de 60 años. Este trastorno es más frecuente en mujeres que en hombres. Este dato es crucial, ya que la depresión es la causa más común de suicidio, y según la OMS, se estima que en el mundo, 700,000 personas se suicidan cada año, siendo la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (5).

La pandemia de COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, alteró drásticamente la vida cotidiana a nivel mundial desde su aparición a finales de 2019. En México,

durante una encuesta nacional sobre síntomas de depresión realizada entre el 19 de mayo y el 24 de julio de 2021, se documentó que el 46.6% de la población presentó síntomas depresivos desde el inicio de la pandemia. La severidad de los síntomas se distribuyó de la siguiente manera: el 59.6% presentó síntomas leves, el 24% síntomas moderados, el 10.6% síntomas moderado-graves y el 5.7% síntomas graves. Además, se reportó la presencia de pensamientos suicidas en el 6.2% de los encuestados, y el 24.2% indicó haber necesitado apoyo psicológico, aunque solo el 8.5% de ellos lo recibió (12).

Una de las poblaciones más afectadas por los elevados niveles de demanda de trabajo y responsabilidades es el personal de salud, quienes experimentan altos niveles de ansiedad y depresión debido a factores como la alta demanda de pacientes, las largas jornadas laborales y la gravedad de las enfermedades de los pacientes. Un ejemplo de ello es el estudio transversal realizado en México por Robles et al. 2020, que reveló que el 44.3% del personal de salud padeció insomnio, el 31.2% presentó síntomas depresivos y el 29.4% mostró síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático durante la pandemia por COVID-19 (3).

Se calcula que alrededor del 4% de la población mundial padece un trastorno de ansiedad. En 2019, la OMS estimó que 301 millones de personas en el mundo presentaron este trastorno, lo que lo convierte en uno de los más comunes (10). En México, la prevalencia de TAG en el adulto mayor se estima en un 5%, mientras que los síntomas de ansiedad sin cumplir con los criterios completos para el TAG

alcanzan una prevalencia de hasta el 50% (11). La Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México indagó sobre nueve síntomas depresivos predominantes en el trastorno depresivo, similares a los de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Se identificó que la presencia de cinco o más de estos síntomas es un indicador de alerta y un factor de riesgo para el estado emocional del adulto mayor. Los síntomas más frecuentes fueron cansancio, tristeza y sueño intranquilo, con una prevalencia de síntomas depresivos del 31.6% en mujeres y del 17.7% en hombres mayores de 53 años (13).

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021 realizaron encuestas sobre cómo los aspectos de la vida personal, familiar, laboral y social influyen en el bienestar subjetivo de la población adulta en México. Los resultados mostraron que el 15.4% de la población adulta presentó síntomas depresivos, alcanzando un 19% en mujeres. Además, el 19.3% de la población adulta reportó síntomas de ansiedad severa, mientras que el 31.3% mostró síntomas de ansiedad en algún grado (14) (13). En el estado de Morelos, el 34% de la población presenta sintomatología ansiosa y depresiva según el último informe sobre la situación de salud mental en Mexico realizada en el 2024 (15) .

Las redes de apoyo son grupos de personas, instituciones o comunidades que brindan asistencia emocional, social o práctica a las personas en momentos de necesidad. Estas redes son una dimensión fundamental del capital social que

sustenta el bienestar, ya que representan los vínculos personales que una persona puede contar. Según la ENBIARE 2021, alrededor del 30.8% de la población adulta afirmó no tener una red de apoyo en momentos de urgencia. (13)

Para abordar la problemática de la salud mental en Morelos, se implementaron, a finales de 2006 y principios de 2007, las Unidades de Especialidades Médicas y los Centros Integrales de Salud Mental (UNEMES-CISAMES), dependientes de la Secretaría de Salud. Estos centros, que son los únicos en la entidad federativa, resultan insuficientes para cubrir la demanda de atención a enfermedades mentales, siendo más comunes los trastornos de depresión mayor y ansiedad generalizada, seguidos de trastornos del ánimo, fobias y otros (16).

Factores de Riesgo en el Personal de Urgencias

Los trabajadores de salud, especialmente aquellos que laboran en servicios de urgencias, se enfrentan a niveles elevados de estrés debido a la naturaleza demandante y a menudo caótica de su entorno laboral. Diversos estudios han identificado factores específicos asociados con el desarrollo de trastornos de depresión y ansiedad en estos profesionales, entre los cuales se incluyen la exposición constante a situaciones críticas, el cansancio extremo, la falta de descanso adecuado y la dificultad para establecer límites emocionales ante las emergencias (17). Estos factores contribuyen a la acumulación de estrés, que puede desencadenar o agravar trastornos como la depresión y la ansiedad.

El estrés crónico, generado por el ambiente de trabajo, puede alterar el equilibrio neuroquímico del cerebro, afectando neurotransmisores clave como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, los cuales están implicados en el control del estado de ánimo, la motivación y el estrés (17). Esto puede llevar a un incremento en la susceptibilidad a trastornos de ánimo, especialmente cuando factores biológicos y psicosociales se combinan en un entorno laboral exigente. La falta de apoyo social y la percepción de escaso control sobre la situación laboral son factores psicosociales que también están estrechamente relacionados con el desarrollo de estos trastornos.

Fisiopatología de la Depresión y Ansiedad

En términos fisiopatológicos, tanto la depresión como la ansiedad comparten mecanismos neurobiológicos relacionados con la disfunción de los sistemas neuroquímicos cerebrales. En el caso de la depresión, se ha identificado una alteración en la regulación de los neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina (17). Estas alteraciones están asociadas con síntomas como la anhedonia, la fatiga y la falta de motivación, síntomas clave de la depresión mayor (9). Además, los estudios han revelado que la y la inflamación cerebral juegan un papel importante en la fisiopatología de la depresión, donde los cambios estructurales en el cerebro, como la reducción del volumen del hipocampo, pueden contribuir a la persistencia de los síntomas (18).

Por otro lado, en los trastornos de ansiedad, se observa una mayor actividad en la amígdala, una estructura cerebral implicada en la respuesta al miedo, lo que genera una hiperactividad ante estímulos percibidos como amenazantes (8). Esta hipersensibilidad a los estímulos emocionales genera una respuesta exagerada que se manifiesta en síntomas como la inquietud, la tensión muscular y los ataques de pánico ((8)). Además, se ha identificado que el desequilibrio en los sistemas neuroquímicos, como la dopamina y la serotonina, juega un papel crucial en la alteración del estado de ánimo y el comportamiento asociado con la ansiedad (8).

Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión y Ansiedad

El diagnóstico de ambos trastornos se basa en la evaluación clínica de los síntomas reportados por el paciente, utilizando herramientas como el DSM-5 para definir los criterios diagnósticos de la depresión y los trastornos de ansiedad (9). Para la depresión, los criterios incluyen la presencia de un estado de ánimo deprimido durante al menos dos semanas, acompañado de síntomas como la fatiga, alteraciones en el apetito y el sueño, y pensamientos recurrentes de suicidio (9). En cuanto a la ansiedad, el diagnóstico se establece cuando la preocupación excesiva y la tensión física son persistentes durante al menos tres meses (9).

Para otorgar el diagnóstico de dicha patología se realiza la elección de los criterios que permitan definir la resolución de cada período, por parte del DSM-5 (se requiere que los episodios de depresión estén separados al menos por un período de 2

meses, durante el cual, el paciente no presenta síntomas significativos de depresión como se muestra en la siguiente imagen (6).

Imagen1 Criterios diagnósticos de Trastorno de Depresión Mayor según DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer

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

Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (6)

Las características esenciales del trastorno de ansiedad generalizada son la ansiedad y la preocupación sostenidas y excesivas acompañadas de síntomas de tensión o inquietud motora, el patrón debe ocurrir la mayoría de días durante un mínimo de 3 meses; En la siguiente imagen (2) se observan los criterios según DSM 5 para el diagnóstico de dicha patología. (9)

Imagen 2 Criterios diagnósticos de Trastorno de Ansiedad según DSM-5

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

A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem) :

- a. inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta
- b. Fácilmente fatigado
- c. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- d. Irritabilidad
- e. Tensión muscular
- f. problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar o sueño inquieto e insatisfactorio)

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

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento) ni a otras afecciones médicas (p. ej. hipertiroidismo)

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

Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5 (6)

El tratamiento de ambos trastornos es multidisciplinario e involucra un enfoque farmacológico y psicoterapéutico. Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y los ansiolíticos, como las benzodiacepinas y la clomipramina, son comúnmente utilizados para regular los niveles de neurotransmisores y reducir los síntomas ((19)). Además, las terapias cognitivo-conductuales han demostrado ser eficaces para tratar ambos trastornos,

permitiendo a los pacientes identificar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales que contribuyen a su malestar emocional (19). La implementación de estas intervenciones, combinadas con estrategias de manejo del estrés, puede mejorar significativamente la calidad de vida de los profesionales de urgencias.

Implicaciones para el Personal de Urgencias

Dado el contexto único en el que trabaja el personal de urgencias, es fundamental considerar tanto los factores laborales como los biológicos y sociales que inciden en la prevalencia de la depresión y la ansiedad. La carga emocional y física a la que están expuestos puede llevar a un desgaste significativo, aumentando el riesgo de desarrollar estos trastornos. A través de la implementación de programas de apoyo emocional, intervenciones de manejo de estrés y una mejor atención a su bienestar psicológico, es posible reducir la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en este grupo de trabajadores.((20)

Descripción de los instrumentos de Evaluación de la Ansiedad y Depresión:

En la presente investigación, es fundamental contar con herramientas estandarizadas y validadas que permitan evaluar de manera precisa y confiable los síntomas de ansiedad y depresión en el personal de urgencias del Hospital General de Cuernavaca. A fin de garantizar una medición adecuada, se optó por la **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)**, que ha demostrado ser eficaz para el cribado de estos trastornos en diversos contextos clínicos y poblaciones. Esta escala ofrece una evaluación rápida y accesible, permitiendo obtener datos

relevantes sobre la prevalencia y severidad de los síntomas de ansiedad y depresión, sin la necesidad de realizar entrevistas clínicas estructuradas.

A continuación, se describen las principales escalas utilizadas en la evaluación de la ansiedad y la depresión, resaltando las características de la EADG y las razones por las cuales se seleccionó para este estudio en particular como se observa en la tabla 1.

La **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg** es un instrumento de cribado ampliamente utilizado en la evaluación de trastornos emocionales, particularmente la ansiedad y la depresión. Esta escala se compone de 18 ítems, distribuidos en dos dimensiones: 9 ítems para la ansiedad y 9 para la depresión. Cada ítem es evaluado en una escala de 0 a 3, lo que permite obtener una puntuación total para cada trastorno. Está diseñada para ser administrada en una breve entrevista clínica, lo que facilita su aplicación en entornos médicos, sin necesidad de una formación especializada en salud mental. Esta herramienta ha demostrado ser eficiente y confiable para la identificación de síntomas de ansiedad y depresión en diversas poblaciones, incluido el personal de salud (21).

Un análisis sistemático sobre estudios de herramientas de detección de depresión muestra que solo el **5,6 %** de los estudios primarios excluyeron participantes con diagnóstico o tratamiento actual de depresión, y apenas el **3,4 %** los excluyó de los análisis principales. Esto sugiere que dicha exclusión no es la norma, y que la escala Goldberg típicamente se utiliza sin ese filtro ya que al incluir pacientes ya

diagnosticados alteraría la sensibilidad y especificidad, porque esos casos “confirmados” podrían sesgar la medida de rendimiento (22).

El **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)** es una herramienta que consta de 21 ítems que miden la gravedad de los síntomas de ansiedad. Cada ítem es calificado en una escala de 0 a 3, según la intensidad de los síntomas durante la última semana. Esta escala se enfoca principalmente en la ansiedad, evaluando aspectos como la preocupación, la tensión muscular y las sensaciones físicas asociadas con la ansiedad. Aunque es altamente confiable y sensible, su enfoque exclusivo en la ansiedad y su extensión (21 ítems) la hacen menos conveniente para estudios en los que se requiere una evaluación rápida y un enfoque en ambos trastornos, ansiedad y depresión (23).

El **Inventario de Depresión de Beck (BDI)** es una escala de autorreporte que mide la gravedad de los síntomas depresivos a través de 21 ítems. Cada ítem refleja un síntoma común de la depresión, como tristeza, desesperanza, alteraciones del sueño y fatiga, entre otros. Aunque es uno de los instrumentos más utilizados para la medición de la depresión, su enfoque exclusivo en los síntomas depresivos lo hace menos adecuado cuando se requiere una evaluación simultánea de ansiedad y depresión, como es el caso de esta investigación. (24,25)

La **Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)** es una escala clínica de evaluación de la ansiedad, utilizada principalmente en contextos psiquiátricos. Consta de 14 ítems que abarcan síntomas tanto físicos como psicológicos de la ansiedad, y cada

ítem se califica en una escala de 0 a 4. Aunque es una herramienta válida y confiable, requiere una entrevista clínica estructurada y es más extensa en comparación con otras escalas. Su complejidad y necesidad de formación para su aplicación pueden dificultar su uso en estudios grandes o en situaciones donde se busca una evaluación rápida y eficiente (26).

La **Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)** es una de las herramientas más utilizadas para la evaluación de la depresión en pacientes con trastornos psiquiátricos. Consta de 17 ítems que evalúan la severidad de los síntomas depresivos. Al igual que la HAM-A, esta escala requiere una entrevista clínica estructurada y la evaluación de un profesional de la salud capacitado. Aunque es una herramienta muy precisa, su aplicación en un estudio que involucra a profesionales de la salud en entornos clínicos como el de urgencias podría resultar demasiado extensa y demandante (27).

Para el desarrollo de la presente tesis, que evalúa la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de urgencias del Hospital General de Cuernavaca en el año 2024, se ha seleccionado la **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)** debido a varias razones que la hacen la herramienta más adecuada para este tipo de estudio.

En primer lugar, la **EADG es un instrumento de cribado** diseñado específicamente para detectar síntomas de ansiedad y depresión de manera rápida y eficiente. Esto la convierte en una opción ideal para su aplicación en contextos clínicos y

profesionales de la salud, donde los participantes pueden estar expuestos a altas demandas laborales y emocionales. La naturaleza breve y la facilidad de aplicación de la EADG permiten obtener resultados rápidos y precisos, lo que es fundamental para estudios que se centran en poblaciones con agendas laborales apretadas, como el personal de urgencias (21).

A diferencia de otras escalas como el **Inventario de Ansiedad de Beck** o el **Inventario de Depresión de Beck**, que están más enfocadas en la evaluación profunda de cada trastorno de manera independiente, la EADG permite una evaluación simultánea de la ansiedad y la depresión, lo que la hace especialmente útil para el presente estudio, que busca identificar la coexistencia de estos trastornos en los profesionales de salud. La escala también proporciona una puntuación diferenciada para cada trastorno, lo que facilita la interpretación y el análisis de los datos, sin necesidad de recurrir a múltiples herramientas que puedan complicar el proceso de recopilación de información (28).

Por otro lado, herramientas como las escalas **Hamilton** (tanto para ansiedad como para depresión) son muy precisas y se utilizan en entornos clínicos, pero requieren una entrevista estructurada y la presencia de un evaluador capacitado. En un estudio como el presente, que se lleva a cabo en un contexto médico con un amplio número de participantes, la EADG resulta ser más accesible y práctica, al ser un instrumento de fácil aplicación y que no requiere personal especializado para su administración (27) .

En conclusión, la **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)** se seleccionó por su facilidad de uso, fiabilidad y capacidad para proporcionar una evaluación rápida y precisa de los síntomas tanto de ansiedad como de depresión, lo que la convierte en la herramienta más adecuada para la población objetivo de este estudio, permitiendo realizar una evaluación eficaz y eficiente en el personal de urgencias del Hospital General de Cuernavaca.

Tabla 1 Descripción de los instrumentos de Evaluación de la Ansiedad y Depresión

Nombre de la escala	Autores	Descripción	Población de estudio	Trastorno evaluado	Puntos de corte	Validez	Sensibilidad y especificidad
Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (29) (30)	Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson, 1988	Consta de dos subescalas Se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativo, autoadministrado y el tiempo promedio para completarlo es de 15 minutos	Población adulta, estudiantes universitarios	Ansiedad y depresión	Cuenta con puntos de corte ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión	La escala es válida para la cultura ecuatoriana, española, cubana, italiana, iraní, estadounidense α : 0.90	La escala de ansiedad tuvo 82% de sensibilidad; la escala de depresión tuvo una sensibilidad del 85% La especificidad general fue del 91% y la sensibilidad general del 86%
Inventario de ansiedad de Beck (28),(23)	Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1981	Es un instrumento autoadministrable de 21 ítems	Adaptado a la población mexicana adulta	Ansiedad	La puntuación global puede oscilar entre 0 y 63 puntos. Leve o mínima: 0-5 puntos Leve 6-15 puntos Moderada 16-30 puntos Grave 31-63 puntos	Escala validada en la versión a población de Buenos Aires y mexicana α : 0.9	Sensibilidad y especificidad > 70%
Inventario de depresión de Beck (25),(24), (31)	Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1981	Medir la severidad de la sintomatología depresiva a través de 21 ítems agrupados en dos dimensiones denominadas somático-afectivo y cognitivo para la muestra de población clínica, y cognitivo-afectivo y somático para estudiantes.	Adaptado para población de Latinoamérica rica tanto para población general como para universitarios	Depresión	Los puntajes de severidad de síntomas van de 0 a 63. 0 a 9 depresión ausente o mínima 10 a 16 depresión leve 17 a 29 depresión moderada 30 a 36 como depresión grave	La versión traducida por Breilla y Rodríguez (2006), ha sido validada en Perú α : 0.87 – 0.92	Sensibilidad de 92% y una especificidad de 59%
Escala de ansiedad de Hamilton (26),(27)	Hamilton (1960) + Guy (1976)	Es una escala hetero administrada de 14 ítems que evalúan el grado y gravedad de ansiedad del paciente Consta de 14 ítems.	Población adulta y pediátrica	Ansiedad	0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante. oscilar en un rango de 0 puntos No ansioso: 0-5 ansiedad leve: 6-14, ansiedad moderada/grave: ≥ 15	En la versión en español, se ha encontrado buenas propiedades psicométricas en España y ecuatoriana α : 0.82 – 0.89	Sensibilidad de 92% y especificidad de 74%
Escala de depresión de Hamilton (27) (32)	Hamilton (1960) + Guy (1976)	Es una escala hetero administrada por entrevista. Consta de 21 ítems Evalúa la gravedad de los síntomas depresivos durante la semana previa a la entrevista.	Población adulta, alcohólica y es menor en población geriátrica	Depresión	0 puntos (ausencia de síntomas depresivos) 0 a 7 no depresión 8 a 13 depresión ligera o menor 14 a 18 depresión moderada 19 a 22 depresión grave >23 muy grave	Versión adaptada a población española y latinoamericana α : 0.82 – 0.90	Sensibilidad de 92% y especificidad de 74%

Fuente: Elaboración propia.

DESAFÍOS Y FUTURAS DIRECCIONES PARA EL PERSONAL DEL ÁREA DE LA SALUD

La depresión es un trastorno médico grave, responsable de más morbilidad en todo el mundo que cualquier otro problema médico y que justifica una evaluación médica y un tratamiento clínico basado en la evidencia (20). Investigaciones anteriores vinculan el agotamiento profesional de los médicos con la depresión y el suicidio, pero una investigación reciente presenta un panorama más complicado (19). La depresión se asoció con un aumento del 202 % en las probabilidades de ideación suicida. Llama la atención que aproximadamente 1 de cada 10 estudiantes de medicina, 1 de cada 4 médico interno, y 1 de cada 16 médicos ya ejerciendo informan algún grado de ideación suicida (20)

Los médicos en formación tienen un alto riesgo de padecer depresión, más allá de los efectos de la depresión en los individuos, la depresión de los residentes se ha relacionado con la atención de mala calidad al paciente y el aumento de los errores médicos. Las estimaciones de la prevalencia de depresión o síntomas depresivos entre los médicos residentes fueron del 28.8% según un estudio realizado en el 2015 (1).

El tratamiento y seguimiento de la depresión y la ansiedad puede ser desafíos complejos debido a varios factores, tanto a nivel individual como en el contexto del tratamiento. Por lo que se requiere realizar más estudios para identificar estrategias eficaces para prevenir y tratar la depresión entre los médicos en

formación. Según la American Medical Association & American Medical Association (33) ha ofrecido estrategias para prevenir el agotamiento de los residentes y becarios, prevenir el agotamiento de los médicos y mejorar la resiliencia de los médicos, como son proporcionar más y mejor atención de salud mental con depresión y a aquellos en formación, limitar la exposición de los alumnos al entorno y al sistema de formación que se cree que contribuyen, al menos en parte, a un peor bienestar y salud mental y considerar la posibilidad de que el sistema de formación médica necesite un cambio más fundamental. Por lo que en el primer foro sobre el bienestar de los médicos se identificaron seis áreas que podrían ayudar a mejorar el bienestar de los residentes: generar conciencia, maximizar las palancas de cambio, educación y comunicación continuas, colaboración en todo el proceso de educación, investigación y cambio cultural a gran escala. (1)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trastorno de Depresión Mayor y el Trastorno de Ansiedad Generalizada son algunas de las enfermedades más prevalentes y representan un desafío importante para la salud pública. En México, la demanda de atención para pacientes con alteraciones en la salud mental supera la capacidad del sistema, especialmente por la pérdida de productividad laboral debido a ausencias, incapacidad para trabajar y bajo rendimiento (34). Además, la población mexicana está expuesta a desastres naturales y fenómenos de violencia, lo que afecta su calidad de vida. Durante la pandemia, se destacó la importancia de estas patologías, lo que llevó a realizar múltiples estudios sobre depresión, ansiedad y estrés, revelando su impacto negativo en la salud física, psicológica y socioeconómica a nivel mundial. Actualmente, se sospecha que los recursos disponibles para la atención en salud mental son insuficientes y mal distribuidos, lo que agrava la morbilidad de estas enfermedades. A pesar de los avances en la concientización sobre la importancia de tratar estos trastornos, el estigma sigue siendo una barrera significativa.

La depresión y la ansiedad graves están asociadas con un mayor riesgo de suicidio, lo que es especialmente relevante en el caso de los médicos, quienes a menudo no son diagnosticados ni tratados a tiempo debido a sentimientos de vergüenza, culpa y miedo a que buscar ayuda afecte su licencia profesional (35); además, enfrentar retos como la vida independiente y las demandas académicas. En el ámbito de urgencias médicas, factores como altos niveles de estrés laboral, jornadas

extensas, presiones constantes, situaciones emocionales intensas, escasez de personal y falta de equipamiento contribuyen a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. Esto impacta negativamente en la calidad de vida personal, provocando enfermedades cardiovasculares, alteraciones del sueño, problemas familiares, aislamiento social y baja calidad de vida. También afecta la atención al paciente, reduciendo la empatía, aumentando los errores médicos y dificultando el cumplimiento.

Aunque aún se desconoce la cifra exacta de personal de salud en el Hospital General de Cuernavaca que se ve afectado por depresión y/o ansiedad. Por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de urgencias adultos del Hospital General de Cuernavaca en 2024?

ANTECEDENTES

El agotamiento se caracteriza por cansancio físico y emocional, cinismo y despersonalización, lo que afecta el bienestar personal y aumenta el riesgo de ideación suicida, ausentismo y menor productividad médica. Los médicos enfrentan múltiples factores estresantes como regulaciones gubernamentales, procesos por errores, mayores demandas clínicas, aspectos comerciales de la medicina y la constante expansión del conocimiento. Este estudio, realizado en el Hospital Oncológico de Barretos en 2018, evaluó la prevalencia de burnout, ansiedad y depresión en médicos oncólogos mediante encuestas en línea a 232 médicos, incluyendo residentes y becarios. El 60% de los médicos presentó agotamiento, y el 12,3% mostró síntomas de depresión, mientras que el 19,4% presentó síntomas de ansiedad. Los médicos con burnout, depresión y ansiedad expresan pesimismo en su trabajo, especialmente en urgencias y terapia intensiva, y mencionan la falta de reconocimiento hospitalario y el exceso de trabajo como factores clave. Además, las cualidades de liderazgo de los supervisores se correlacionaron con el agotamiento y la satisfacción laboral, aunque la relación entre ansiedad, depresión y aspectos ocupacionales solo se obtendrá en el 5% al 10% de los casos. Se han logrado identificar factores estresantes como conflictos de roles, falta de control sobre el trabajo, escaso apoyo de compañero. Es esencial que los administradores de atención médica reconozcan el bienestar de sus trabajadores como un objetivo fundamental, paralelo a la satisfacción y mejora de la salud de los pacientes (36).

Aunque muchos estudios se han centrado en los síntomas de ansiedad y depresión de los médicos y han identificado una asociación sustancial, aún quedan preguntas sobre los factores de riesgo de ansiedad y depresión en los médicos, especialmente en zonas de conflicto donde los médicos tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales. Desde el inicio del conflicto armado en Libia en 2011, el país ha atravesado una profunda crisis sociopolítica caracterizada por la fragmentación institucional, la presencia de múltiples grupos armados y la inestabilidad de los servicios públicos, incluido el sistema sanitario. En este contexto de guerra civil prolongada no solo en libia si no en cualquier país que presente conflictos sociales, los profesionales de la salud desempeñan sus labores en condiciones de extrema vulnerabilidad, especialmente aquellos vinculados a los servicios de urgencias y emergencias médicas.

Los médicos que trabajan en los departamentos de urgencias se enfrentan no solo a la sobrecarga asistencial y a la escasez de recursos materiales y humanos, sino también a amenazas directas a su integridad física. Diversos informes han documentado que estos profesionales corren un mayor riesgo de ser secuestrados, intimidados o asesinados por milicias o fuerzas armadas debido a la naturaleza crítica de su trabajo y a las tensiones derivadas de la atención a víctimas de distintos bandos del conflicto. Esta exposición constante a situaciones de violencia y estrés agudo incrementa significativamente el riesgo de desarrollar trastornos psicológicos como la depresión y la ansiedad. En consecuencia, la estimación de la prevalencia

de estos trastornos mentales entre los médicos de urgencias en Libia resulta esencial. Dicha evaluación no solo permite dimensionar el impacto psicológico del conflicto en este grupo profesional, sino también proporciona evidencia científica para que las autoridades sanitarias y las organizaciones internacionales diseñen e implementen estrategias de apoyo psicosocial, programas de salud mental y medidas de protección laboral. De este modo, se busca mitigar el malestar emocional y fortalecer la resiliencia del personal médico que opera en uno de los contextos más adversos del sistema de salud contemporáneo. Se realizó un estudio entre diciembre de 2018 y febrero de 2019 en nueve importantes hospitales terciarios con servicios de urgencias en Libia aplicándose el inventario estandarizado Hospital Anxiety and Depression Score (HADS) como herramienta de medición para analizar los síntomas de ansiedad y depresión. Se contó con un total de 108 de 150 (72%) médicos de urgencias de todos los niveles participaron en el estudio y respondieron la encuesta. Con edad de $31,2 \pm 4,5$ años y eran predominantemente hombres (74 de 108, 68,5%). En general 45,4% contaron con el puntaje para la definición de Trastorno de Depresión como la Ansiedad. En cuanto a la violencia el 65,7% denunciaron incidentes de violencia verbal, mientras que 24,1% denunciaron violencia física o abuso por parte de milicias. Además, 28 denunciaron haber sido amenazados por milicias. Por lo que se concluye que la alta prevalencia de ansiedad y depresión es preocupante, así como la alta tasa de abuso físico y verbal que sufren los médicos en Libia. Es importante realizar pruebas de detección de ansiedad y depresión periódicamente para evitar el

deterioro de la salud mental, que puede aumentar el riesgo de suicidio y abandono escolar, y reducir la calidad de la atención médica a los pacientes. (37)

En diciembre de 2019, un nuevo tipo de coronavirus comenzó a propagarse desde China, devastando a todos los países del mundo en pocos meses esto generando una pandemia de COVID-19 la cual se ha vinculado a una gran cantidad de ansiedad, exacerbación de enfermedades mentales. El personal sanitario, que está en primera línea fue particularmente susceptible a consecuencias para la salud física y mental, como la ansiedad y la depresión. Por lo que se realizó una revisión general de meta análisis en el año 2021, con el objetivo de determinar la prevalencia de la ansiedad y la depresión entre el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. Se realizaron búsquedas en fuentes de datos como PubMed, Scopus, Web of Science, Cochrane, ProQuest, Science Direct, Google Scholar y Embase para obtener revisiones sistemáticas y meta análisis, desde principios de enero hasta finales de octubre de 2020. Se lograron identificar 103 estudios, y finalmente se incluyeron 7 estudios en la revisión general. De los cuales los resultados mostraron que la prevalencia general de ansiedad y depresión entre el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19 fue del 24.94 % y del 24.83 %, respectivamente. Concluyendo que la prevalencia de ansiedad y depresión es relativamente alta entre el personal sanitario durante la pandemia de COVID-19. Lo cual es crucial que se logre proporcionar a este personal recursos para minimizar este riesgo. (38)

El virus ha generado problemas psicológicos en diversas subpoblaciones, lo que representa un desafío para los servicios de salud mental. Los estudiantes de medicina, como grupo vulnerable, presentan una prevalencia más alta de síntomas ansiosos y depresivos que la población general. Por ello, se realizó un estudio transversal y descriptivo sobre los síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de Latinoamérica durante la pandemia de COVID-19 (del 20 de marzo al 20 de abril de 2020). La muestra incluyó a estudiantes mayores de edad de 15 países latinoamericanos afiliados a la Federación Latinoamericana de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina (FELSOCEM). Los datos fueron recopilados mediante un cuestionario sociodemográfico y como segunda sección, el instrumento estuvo compuesto por el test de depresión y ansiedad de Goldberg. En dicho estudio participaron, 1579 estudiantes, de 15 países de América Latina, 68.59% mujeres de las cuales se encontraban tenían entre 20 y 24 años, 95.63% eran solteros. Del total, 215 estudiantes presentaron un diagnóstico de trastorno mental. 43.26% con trastorno depresivo mayor, 18.14% ansiedad y depresión y 17.67% trastorno de ansiedad generalizada. El 24.65% no recibió ningún tipo de tratamiento. El 95.15% de los participantes de México, presentaron síntomas de ansiedad; sin embargo, no se corroboró el diagnóstico final. Cabe recalcar que en una investigación realizada en Perú en estudiantes de medicina refiere que un 8% padecía de trastorno de ansiedad generalizada sin embargo en estos resultados se reportó un 17%, cifra que duplica lo encontrado en la literatura. En cuanto a ansiedad y depresión mediante la escala de Goldberg se encontró que un 60%

padecía de ansiedad y depresión, otro estudio similar en Perú reportó prevalencia de 34% para ansiedad, 29% para depresión y 20% para ansiedad-depresión juntas. Los reportes demuestran que nuestros hallazgos son alarmantes, tanto para ansiedad, depresión y ansiedad-depresión juntas (19).

En un estudio transversal realizado en diciembre de 2021 en Shenzhen, China, se investigó la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en el personal sanitario de un hospital de tercer nivel, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a estos síntomas en la era pospandémica. En este estudio participaron trabajadores de la salud de entre 21 y 64 años, utilizando un muestreo aleatorio simple. Para evaluar la condición psicológica de los participantes, se emplearon varias herramientas de medición, con apoyo del Centro de Estudios Epidemiológicos de Depresión (CESD-10) y el Trastorno de Ansiedad General (GAD-7), entre otros. El resultado principal de la investigación mostró que el 34.7% de los trabajadores presentaban síntomas de depresión, un 59.6% tenía síntomas de ansiedad, y un 33.1% mostró una coexistencia de ambos trastornos. A través de análisis de regresión logística, los autores identificaron varios factores de riesgo y protección, como la presencia de insomnio grave y agotamiento laboral, que aumentaron la probabilidad de desarrollar estos síntomas. Por otro lado, la resiliencia psicológica y la autoevaluación positiva de la salud fueron factores protectores. El estudio también reveló que el conflicto entre el trabajo y la familia, así como una jornada laboral prolongada, se asociaron significativamente con los

síntomas de ansiedad, mientras que una mayor resiliencia psicológica se asoció con menores prevalencias de depresión y ansiedad en conjunto. Los autores concluyen que los resultados de su estudio proporcionan evidencia científica para las intervenciones psicológicas dirigidas al personal sanitario, tanto durante como después de la pandemia de COVID-19, resaltando la importancia de abordar los factores de riesgo y fortalecer la resiliencia para mejorar la salud mental de estos profesionales (38).

Los trabajadores de la salud están expuestos a diversos riesgos en su trabajo diario, como psicosociales, biológicos y organizacionales, siendo la violencia en el trabajador un fenómeno altamente incidente que ha ido aumentando con el paso de los años. La violencia laboral se ha naturalizado en la rutina del servicio de salud y pocas medidas se han implementado para enfrentarlo, tratarlo y prevenirlo, la calidad de atención se ve afectada en el contexto ante la reducción de la plantilla ya sea por enfermedad o por desgaste en el servicio. A este respecto se hizo un estudio transversal descriptivo en los servicios de salud de Brasil cuyo objetivo fue evaluar los aspectos psicosociales en el trabajo característica del sueño síntomas musculoesqueléticos, depresión de trabajadores el sistema de salud realizando en junio 2021 hasta abril 2022 realizándose con un formulario electrónico gratuito en Google forms. Los criterios de inclusión fueron ser trabajador de servicio de salud, tener edad entre 18 a 60 años y realizar actividades de cuidado. La participación fue voluntaria, se excluyeron a estudiantes y jubilados. Se aplicaron diferentes

instrumentos como el cuestionario psicosocial de Copenhague II, el Beck inventario de depresión Beck II. Se aplicó a 125 profesionales 36% enfermeras, 22.4% asistentes/técnico de enfermería, 20.8% fisioterapéuticas, 6.4% médicos, 3.2% dentistas y otros profesionistas 11.2%. Los resultados mencionan que la violencia contra los médicos esta influenciada principalmente por factores relacionados con la insatisfacción del paciente y el bajo control de impulsos, sin embargo, en enfermería las situaciones de violencia física, psicológica y social están fuertemente relacionadas con el sexo femenino. Esta investigación encontró la asociación de aparición de conductas ofensivas y síntomas de depresión, así mismo no solo la violencia sino también riesgos psicosociales asociados agotamiento, cargas horarias agotadoras, falta de recurso materiales, miedo a contagio, exposición a muertes en gran escala y sueño aumentan. (20)

Las barreras para acceder a ayuda pueden retrasar la recuperación y el regreso al trabajo, una barrera importante es que las personas afectadas no reconocían su necesidad de ayuda. Se realizó un estudio transversal en diferentes hospitales psiquiátricos en el 2020 donde participaron n 761 miembros del personal de un hospital psiquiátrico donde 69% fueron mujeres, 71% de tiempo completo, 56% personal de enfermería, 62% personal elegible (trabajo social y psicólogo). Se realizó encuesta de trastorno de ansiedad generalizada PHQ-9 (depresión) y GAD-7 (ansiedad). El estudio se realizó en Libia y se invitó a las personas a responder una encuesta por correo electrónico, otorgando invitación en forma de boletines

durante los cambios de turno para participar en la encuesta. Se obtuvo que 1 de cada 5 alcanzó límite de depresión y 1 de 6 límite de ansiedad, un tercio probable estrés post traumático, depresión y ansiedad. Los métodos de apoyo más comunes fueron el médico de familia, acceso a información en línea, materiales impresos, medicamentos. En relación al sexo, los hombres eran significativamente menos probable de solicitar el apoyo formal. Se mencionan que el 42% de la muestra, necesita ayuda y se correlaciona de manera positiva ante los síntomas de salud mental, el apoyo a reducir el estigma de las barreras y aumentar la disponibilidad de los apoyos y la divulgación de información. La dirección del estudio permite recopilar datos y poder reducir la exposición al trauma, así como prevención temprana (39).

Lim et al 2020, realizaron un estudio en Canadá en 2020 tuvo como objetivo describir las tasas de agotamiento, depresión y tendencias suicidas en médicos de urgencias antes de la pandemia de COVID-19. Para ello se aplicó una encuesta a 384 médicos de urgencias utilizando el Inventario de Burnout de Maslach – Herramienta de Servicios de Salud (MBI-HSS), la herramienta de detección de depresión PHQ-9, y una pregunta sobre pensamiento suicida. Los resultados mostraron que el 86.1% de los médicos presentaron al menos un criterio de agotamiento, el 58% no mostró signos significativos de depresión, pero el 14.3% había considerado el suicidio durante su carrera y el 5.9% lo había contemplado activamente en el último año. En conclusión, el estudio indicó que la medicina de

urgencias ya era una especialidad de alto riesgo para el agotamiento antes de la pandemia. Estos hallazgos proporcionan datos de referencia importantes para monitorear la salud mental de los médicos de urgencias durante y después de la pandemia, y para evaluar el apoyo necesario para su bienestar. Este estudio cumplió con su objetivo de ofrecer información crucial sobre el estado de salud mental de los médicos de urgencias en Canadá (40).

En 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las personas con trastornos mentales graves tienen una esperanza de vida de 10 a 20 años menos que la población general. En relación al ámbito médico los estudiantes de posgrado en medicina enfrentan un estrés constante secundario a los factores educativos, económicos, jurídicos, políticos, culturales e ideológicos. Las obligaciones y responsabilidades dependen del año académico que se encuentren cursando, así mismo el estrés crónico es inevitable y está vinculada a jornadas laborales extenuantes. Estos no pueden no reconocer errores o minimizar problemas personales, reduciendo la probabilidad de solicitar ayuda a tiempo. Aunque la asociación de estos factores con la deserción académica de médicos residentes no se comprende completamente, este estudio busca analizar la relación entre depresión, ansiedad, burnout y el riesgo de deserción e ideación de deserción académica. Se realizó un estudio transversal con una muestra de 200 médicos residentes en la Ciudad de México. Donde se aplicaron las escalas de Maslach, Beck y Hamilton para evaluar burnout, depresión y ansiedad. La variable principal

fue la deserción académica. El análisis estadístico abarcó métodos descriptivos; el riesgo se evaluó mediante odds ratio (or). Como resultado la frecuencia de depresión, ansiedad y burnout fue de 17%, 26.5% y 19.5% respectivamente. La presencia de depresión se asoció con un aumento en la deserción y la ideación de deserción de hasta cuatro y seis veces más respectivamente. La ansiedad no mostró asociación con la deserción. La presencia de burnout incrementó el riesgo dos veces más. En el análisis múltiple la depresión aumentó hasta cuatro veces el riesgo de deserción académica. Por lo que se concluye que presencia de depresión fue el trastorno más relacionado con la deserción y la ideación de deserción académica. Es necesario establecer programas de prevención y detección en las sedes de residencias médicas (41).

Zhou en el 2022 realizaron un estudio en Beijing, China, con el objetivo de examinar los efectos de los factores estresantes laborales relacionados con la epidemia de COVID-19, el apoyo social percibido y el apoyo organizacional sobre el agotamiento y el bienestar de los trabajadores de la salud durante el periodo de prevención y control de la epidemia. El estudio también buscó investigar los efectos moderadores del apoyo social y organizacional sobre la relación entre los factores estresantes laborales y el agotamiento y bienestar de los trabajadores, utilizando el modelo Demanda-Recursos Laborales (JD-R). Este estudio transversal incluyó a 3477 trabajadores de la salud de 22 hospitales en Beijing. Los participantes informaron sobre los factores estresantes laborales relacionados con la epidemia, el apoyo

social percibido, el apoyo organizacional, el agotamiento, la ansiedad y los síntomas de depresión. Los resultados mostraron que los médicos, las mujeres, las personas de 30 a 50 años y aquellos que trabajaron en la segunda línea durante la pandemia reportaron puntuaciones más altas en síntomas psicológicos y agotamiento. Los factores estresantes laborales relacionados con la epidemia predijeron positivamente el agotamiento, la ansiedad y la depresión entre los trabajadores de la salud. Además, el apoyo social percibido y el apoyo organizacional se asociaron negativamente con los síntomas de agotamiento, ansiedad y depresión. El apoyo social redujo los efectos adversos de los factores estresantes laborales sobre la ansiedad y la depresión, mientras que el apoyo organizacional mitigó los efectos adversos sobre la depresión. Los autores concluyen que los resultados destacan la importancia de reducir los factores estresantes laborales y fortalecer los sistemas de apoyo social y organizacional para prevenir el agotamiento y mejorar el bienestar psicológico de los trabajadores de la salud en el contexto de la pandemia y situaciones similares (42).

Posterior a la pandemia, la salud mental en el personal de la salud se desatendió por la necesidad de enfocarse en el control de la pandemia. Sin embargo, meses después esto se convirtió en un punto primordial lo que requirió intervenciones oportunas que permitan proteger la salud mental, así que comprender y actuar para proteger la salud mental del personal de salud, es importante conocer los diversos factores que influyen en ella en múltiples niveles, se ha observado que existen

elementos de carácter contextual, como el estigma y la discriminación a la que se ha visto expuesto el personal de salud, y que se ha asociado a una mayor probabilidad de sufrir síntomas depresivos y a presentar ideas de muerte . Se realizó un estudio multicéntrico cohorte prospectivo denominado “HEROES” destinado a evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores de los servicios de salud en 26 países de cuatro continentes en el año 2022. Los resultados que se presentan se concentran en 11 países de la Región de las Américas incluyendo Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto rico, República Bolivariana de Venezuela y Uruguay. El estudio considera evaluaciones de seguimiento realizadas aproximadamente a los 6, 12 y 24 meses. Se aplicó el cuestionario de Primary Care PTSD Screen for DSM-5, Cuestionario de Salud General Cuestionario de Salud del Paciente) y la Escala de Columbia para evaluar el riesgo de suicidio, así como una serie de ítems sobre aspectos individuales, laborales, familiares y sociales relacionados con la pandemia de COVID-19. Los resultados muestran que, en la mayoría de los 11 países de la Región, entre 14.7% y 22% de sus equipos de salud presentan síntomas que permiten sospechar de un episodio depresivo. En México, el 85.5% de la muestra tenía estudios universitarios y de posgrado. La mayoría (93,3%) trabajaba en el sector público, 53.1% en un centro de salud hospitalario, 35,8% en un centro de salud no hospitalario, y el resto, en unidades administrativas. Un dato interesante es que, desde el inicio de la pandemia, 47.2% del personal de salud dijo haber cambiado sus actividades o

funciones designadas. Los síntomas más frecuentes fueron una menor capacidad para disfrutar de las actividades normales en 60.7%, seguida de agotamiento constante en 59.9%, pérdida del sueño en 51.6%, disminución en la concentración en 39.9% y sentirse poco feliz o deprimida o deprimido en 39.3%. Entre el personal de salud encuestado, 24.2% refirió haber necesitado algún tipo de apoyo psicológico, pero solo 8.5% lo recibió (3).

En un estudio realizado por Nash en 2024, se investigó el impacto del Síndrome de Burnout en médicos especialistas que fueron reasignados a atención de emergencia durante la pandemia de COVID-19. El objetivo del estudio fue evaluar cómo la reconversión de médicos acostumbrados a un trabajo planificado y centrado en citas afectó su nivel de agotamiento, especialmente en un contexto de emergencias sanitarias impulsadas por la pandemia. Este estudio cualitativo, similar a un análisis de caso, incluyó a catorce especialidades médicas, cuyos participantes fueron evaluados por medio de entrevistas que indagaban sobre sus respuestas al estrés y las estrategias de afrontamiento empleadas. Los resultados confirmaron que la hipótesis planteada en el estudio era válida: los médicos con especialización en áreas que normalmente no requerían atención de emergencia mostraron niveles significativamente más altos de agotamiento, en comparación con aquellos especialistas acostumbrados a responder ante situaciones de emergencia. Asimismo, se identificaron diversas estrategias de afrontamiento que los médicos emplearon durante la pandemia, las cuales podrían ayudar a mitigar los efectos del

burnout en situaciones similares en el futuro. En conclusión, el estudio resaltó la importancia de implementar estrategias de afrontamiento eficaces para prevenir el agotamiento en futuros eventos de emergencia, así como la necesidad de proporcionar apoyo adecuado a los médicos que deben hacer frente a situaciones imprevistas y estresantes, como las vividas durante la pandemia (43).

En este sentido, no solo las emergencias sanitarias, como la pandemia de COVID-19, han puesto de manifiesto el impacto psicológico en el personal de salud, sino también otros escenarios de crisis, como los desastres naturales, han evidenciado efectos similares; La exposición directa o indirecta a situaciones de alta demanda emocional puede comprometer tanto el bienestar mental como el desempeño profesional de quienes se encuentran en la primera línea de atención.

Los desastres naturales como son los terremotos, inundaciones o deslizamientos de tierra ocurren en todo el mundo y generan preocupaciones significativas a nivel nacional e internacional, afectando de manera profunda a individuos, familias y comunidades. En Turquía el 6 de febrero de 2023 se presentó un terremoto en los distritos de Pazarcık y Elbistan de la provincia de Kahramanmaraş, donde las enfermeras constituyen el grupo más numeroso y desempeñan un papel crucial tanto en la fase emergente. Con base en ello, se llevó a cabo un estudio correlacional y transversal con el objetivo de examinar la relación entre los niveles de depresión, ansiedad y estrés experimentados por enfermeras turcas durante las primeras etapas posteriores al terremoto. El estudio se realizó entre el 10 y el 25 de

febrero de 2023 y contó con la participación de 232 enfermeras. Los datos se recopilaron mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21, así como con el Formulario de Evaluación del Desempeño Laboral (44) .

Los resultados mostraron que, después del terremoto, los niveles de depresión reportados fueron graves, los de ansiedad extremadamente graves y los de estrés moderados, acompañada de una reducción en su deseo, esfuerzo y motivación para mantener un buen desempeño laboral, concluyendo que es importante realizar estudios comparativos en diferentes contextos culturales afectados por desastres naturales, con el fin de analizar longitudinalmente el impacto del malestar psicológico en el desempeño laboral del personal de enfermería (44).

En el estudio realizado por Soto-Cámara en el 2024, se analizó el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las enfermeras que trabajaban en los servicios de emergencias extrahospitalarias en España. El objetivo principal fue identificar los factores predictores de una mayor gravedad en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés entre estos profesionales de la salud. El estudio fue un diseño descriptivo transversal multicéntrico, que incluyó a 474 enfermeras que estuvieron trabajando entre el 1 de febrero y el 30 de abril de 2021. Para evaluar los niveles de salud mental, se utilizó la escala DASS-21, la cual mide la depresión, ansiedad y estrés. Los resultados mostraron que el 32.91%, el 32.70% y el 26.33% de los participantes presentaron niveles graves o extremadamente graves de depresión, ansiedad y estrés, respectivamente. Se identificaron varios factores

asociados con una mayor gravedad de estos síntomas, como la falta de competencias para manejar situaciones estresantes, el uso previo de psicofármacos o psicoterapia, y las modificaciones en las condiciones laborales durante la pandemia. La conclusión del estudio subraya que las enfermeras de los servicios de emergencias extrahospitalarias españolas experimentaron niveles medios de depresión, ansiedad y estrés durante la pandemia de COVID-19. Además, se identificaron factores clínicos y laborales que contribuyen a una mayor afectación psicológica, lo que resalta la necesidad de implementar estrategias para mejorar la autoeficacia de los profesionales y mitigar los factores que desencadenan estados emocionales negativos. (2)

SALUD MENTAL EN MEXICO 2025

En un estudio realizado por Pacheco-Flores en el 2025, se evaluaron los efectos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental del personal médico y administrativo en un hospital del primer nivel de atención en Puebla, México. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y la severidad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés en el personal de salud postpandemia, específicamente en aquellos que trabajaron durante la pandemia en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. El estudio fue de tipo observacional transversal y participaron 190 trabajadores del hospital, tanto médicos como administrativos. Para la recolección de datos, se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems, que permitió medir la gravedad de los síntomas en cada uno de los participantes. Los resultados indicaron que la

prevalencia de los síntomas de depresión fue del 20.5%, con un índice de severidad predominantemente moderado (38.5%). En cuanto a la ansiedad, la prevalencia fue del 33.2%, con una severidad extremadamente grave en el 36.5% de los casos. Los síntomas de estrés fueron reportados en un 30%, con un índice de severidad moderado en el 36.8% de los participantes. Un hallazgo relevante fue que el personal de enfermería presentó una prevalencia significativa de síntomas de ansiedad, con un 44.7%, lo que fue estadísticamente significativo ($p = 0.008$). Además, el personal administrativo mostró la mayor intensidad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés, destacándose la severidad de estos problemas en comparación con otros grupos. En conclusión, a pesar de estar en el período pos pandemia, los resultados del estudio sugieren que los trabajadores de la salud, especialmente los enfermeros y el personal administrativo, continúan enfrentando una alta carga de problemas de salud mental, siendo la ansiedad, la depresión y el estrés los más prevalentes. Este hallazgo subraya la importancia de implementar medidas de apoyo psicológico y estrategias de intervención dirigidas específicamente a estos grupos vulnerables en el entorno hospitalario. (4)

Por la alta prevalencia de depresión, se realizó un estudio en el personal del servicio de urgencias del hospital civil de la ciudad Tepic, Nayarit, México en el 2023; El abordaje del estudio fue cuantitativo, de tipo transversal y descriptivo, en el que a 109 personas con nombramiento de médicos; enfermeras; internos de pregrado; trabajadoras sociales y personal afanador adscritos al servicio de

urgencias. Se les aplicó la escala de Hamilton para el diagnóstico de Síndrome de Depresión Mayor encontrándose una prevalencia de depresión del 21.43% al 40.18%. Cuenta con los resultados donde el 30.36% del personal femenino presento algún grado de depresión, el 25.0% se identificó con depresión ligera o menor; 8.93% con moderada; 3.57% severa y 2.68% muy severa, por lo tanto, se concluye que el personal que labora en los servicios de urgencias está expuesto a diversas situaciones que impactan negativamente su estado emocional. En consecuencia, estos profesionales se enfrentan a un trauma directo, derivado de la exposición involuntaria y constante a eventos críticos, lo que puede llevarlos a manifestar síntomas psicológicos similares a los de los propios pacientes que atienden. (45) .

Los trastornos mentales representan una problemática de salud pública ampliamente extendida, cuyas repercusiones afectan de manera integral las dimensiones personal, social y laboral del individuo. Es importante detectar estos problemas en los aspirantes a las residencias médicas con el fin de realizar actividades preventivas, por lo que se realizó un estudio por parte de médicos adscritos al servicio de anestesiología, medicina interna, residente de urgencias y médico interno de pregrado en el en Hospitales Ángeles en el 2020, el cual tiene como objetivo del presente estudio fue evaluar la prevalencia de depresión, ansiedad y burnout en médicos residentes de nuevo ingreso en Hospital Ángeles del área metropolitana, donde se realizó un estudio transversal en febrero de 2020,

reclutando a los alumnos registrados en el curso de inducción al Grupo Ángeles aplicándose un cuestionario general, la escala de Beck para depresión, la escala GAD-7 para evaluar ansiedad y la escala de Maslach para burnout. Contando con los siguientes resultados. Participaron 95 alumnos de los cuales 56.8% mujeres y 43.2% hombres. 2.1% presentaron síntomas leves y el 1.1% de presentaron depresión moderada a severa. Así mismo el 8.4% presento ansiedad moderada y 1.1% ansiedad severa; Con la escala de Maslach se logró identificar que el 52.6 % presentaba burnout moderado y y 44.2 severo. Se concluye que los participantes que trabajaban y, simultáneamente, se preparaban para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) presentaron una asociación significativa con una mayor intensidad de ansiedad ($p = 0.015$). Asimismo, las patologías más frecuentes identificadas en los estudiantes fueron la ansiedad y el síndrome de burnout (46).

JUSTIFICACIÓN

México es miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y participa activamente en la Agenda 2030, cuyo propósito es cumplir con 17 objetivos globales. En lo que respecta a la salud, el objetivo 3 busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas, en todas las edades. Esta agenda aborda específicamente las prioridades de salud mental, estableciendo metas como reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de su prevención y tratamiento, así como promover la salud mental.

La depresión y la ansiedad son trastornos comunes en la práctica clínica, lo que hace necesario reconocer sus síntomas y factores de riesgo, tanto sociales como genéticos y biológicos, con el fin de implementar acciones preventivas que minimicen la gravedad de los síntomas.

El área de urgencias presenta un entorno de trabajo de alta presión, donde los profesionales de la salud deben tomar decisiones rápidas en situaciones críticas. A esto se suman los desastres naturales, los cuales generan una sobrecarga de trabajo, provocando que el volumen de pacientes sea más alto de manera súbita. Por lo que este personal se encuentra con mayor vulnerabilidad para presentar estos síntomas.

Este estudio tiene como objetivo evaluar la presencia de los síntomas de depresión y ansiedad en el personal asignado al área de urgencias de adultos del Hospital

General de Cuernavaca. Los resultados permitirán conocer la prevalencia de estos síntomas, lo que facilitará su derivación a un equipo multidisciplinario para su atención en su unidad de derechohabencia. Además, este estudio servirá como base para monitorear la salud mental del personal de urgencias y continuar con futuros estudios proactivos, con el fin de prevenir la aparición de síntomas.

HIPÓTESIS

El 30% del personal de urgencias adultos del Hospital General de Cuernavaca José

G. Parres presenta síntomas de ansiedad y/o depresión.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de urgencias adultos del Hospital General de Cuernavaca del 1ro de abril al 31 de diciembre del 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar las variables sociodemográficas del personal de salud adscrito al área de urgencias adultos del HGC que participaron en el estudio.
- Determinar la frecuencia de personal de salud adscrito al área de urgencias adultos del HGC con sintomatología depresiva.
- Establecer la frecuencia de personal adscrito al área de urgencias adultos del HGC con sintomatología ansiosa.
- Identificar la frecuencia de personal adscrito al área de urgencias adultos del HGC que presenta sintomatología de ambos trastornos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se concibió bajo un diseño observacional, transversal y descriptivo, sin intervención. Esta aproximación metodológica fue seleccionada con el objetivo primordial de analizar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad en el personal adscrito al área de urgencias de adultos del Hospital General de Cuernavaca. La recolección de datos se llevó a cabo durante el del 1 de abril y el 31 de diciembre del año 2024.

POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad del personal adscrito al servicio de urgencias de adultos del Hospital General de Cuernavaca. Esta cohorte incluyó al personal médico (adscrito, residentes e internos), de enfermería, camilleros, personal administrativo y de mantenimiento, abarcando todos los turnos operativos: matutino, vespertino, nocturno, mixto y jornada acumulada.

Para asegurar la pertinencia de la muestra y la validez de los resultados, se establecieron criterios rigurosos de inclusión, exclusión y eliminación:

Criterios de Inclusión: Se incluyó a todo el personal que cumpliera con las siguientes condiciones:

1. Ser mayor de 18 años, garantizando así la capacidad legal y ética para participar
2. Manifestar una aceptación voluntaria para participar en el estudio

3. Firmar el consentimiento informado, lo cual aseguró la comprensión adecuada de los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, reforzando el principio de autonomía y la credibilidad de la investigación.

Criterios de Exclusión: Se excluyó al personal que presentara alguna de las siguientes características, a fin de homogeneizar la muestra y evitar sesgos relacionados con la experiencia o formación insuficiente:

1. Estudiantes que no se encontraran en periodo de internado o residencia médica, asegurando la participación de personal con responsabilidades asistenciales plenas.
2. Personal con una estancia laboral en el área de urgencias inferior a un mes, con el propósito de garantizar un conocimiento mínimo del funcionamiento del servicio y una experiencia consolidada en el entorno.
3. Personal que no realizara guardias en el servicio de urgencias, dado que el estudio se enfocó en la población expuesta a las dinámicas propias de este servicio.

Criterios de Eliminación: Se consideraron criterios de eliminación para asegurar la calidad y consistencia de los datos.

1. Se eliminaron del análisis los cuestionarios incompletos, ya que la ausencia de datos podría dificultar o invalidar el análisis estadístico, comprometer la fiabilidad de las respuestas y conducir a interpretaciones erróneas o sesgadas de los resultados.

INSTRUMENTOS

Se empleó un instrumento de cribado estructurado en dos partes para la recolección de información:

Características Sociodemográficas: La primera sección tuvo como finalidad la caracterización sociodemográfica del personal de estudio (Tabla 1). Se recabaron variables esenciales como sexo, nivel de escolaridad, , área de adscripción y turno laboral, describiendo la operacionalización de variables en la Tabla 2.

Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg: La segunda parte del instrumento consistió en el Cuestionario de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Este cuestionario se estructuró en cuatro ítems iniciales de despistaje, diseñados para determinar la probabilidad de la existencia de un trastorno de depresión o ansiedad. Un segundo grupo de cinco ítems complementarios se formuló únicamente si se obtenían respuestas positivas a las preguntas de despistaje (es decir, dos o más en la subescala de ansiedad, o una o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte establecidos para clasificar la probabilidad de trastorno fueron ≥ 4 para la escala de ansiedad y ≥ 2 para la escala de depresión. Es relevante mencionar que, para la población geriátrica (definida como edad ≥ 60 años), se propuso el uso de este instrumento como escala única, aplicando un punto de corte de ≥ 6 .

El instrumento de recolección de datos se administró mediante dos modalidades para maximizar la tasa de participación y accesibilidad. La primera opción fue a

través de un hipervínculo que permitía el acceso directo a un formulario digital mediante Google Forms. Alternativamente, en aquellos casos donde el acceso a internet no fuera posible, el cuestionario se administró en formato físico impreso.

Tabla 2 Operacionalización de variables

Nombre	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador
Edad	Cuantitativa ordinal	El lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de referencia.	Número de años vividos	números arábigos, enteros.
Sexo	Cualitativa dicotómica	Condición orgánica, hombre o mujer	Femenino: Perteneciente o relativo a la mujer Masculino: Ser animado racional, varón,	1.- Femenino 2.- Masculino
Escolaridad	Cualitativa ordinal	El nivel de escolaridad se clasifica según los niveles académicos que imparte el Sistema Educativo Nacional (SEN).	Grado máximo de estudios alcanzado por el encuestado al momento de la medición	1.-Ninguna 2.-Primaria 3.-Secundaria 4.-Preparatoria 5.-Licenciatura 6.-Postgrado
Ocupación	Cualitativa nominal	Trabajo, empleo, oficio.	Es una descripción de las acciones o conductas que expresan el trabajo que desempeña una persona	1.-Mantenimiento 2.- Administrativo 3.- Enfermería 4.- Médico adscrito 5.- Médico Residente 6.-Médico interno 7.- Camillero
Turno Laboral	Cualitativa ordinal	Conjunto de trabajadores que desempeñan su actividad al mismo tiempo, según un orden establecido previamente	Período específico de tiempo durante el cual un empleado o grupo de empleados está programado para realizar sus tareas dentro de una organización	1.- Matutino 2.- Vespertino 3.- Nocturno 4.- Mixto 5.- Jornada acumulada
Ansiedad	Cualitativa ordinal	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego	Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).	≥ 4 puntos para la escala de ansiedad de Goldberg
Depresión	Cualitativa ordinal	La depresión mayor es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés; además de una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y del comportamiento	EL episodio debe durar al menos 2 semanas y presentar cambios en el apetito, peso, sueño, energía, sentimientos de culpa y problemas de pensar y toma de decisiones	≥ 2 puntos para depresión en la escala de Goldberg

Fuente: Elaboración propia

PROCEDIMIENTO

Este estudio se llevó a cabo en cuatro etapas bien definidas para garantizar la correcta ejecución y el cumplimiento de los estándares éticos.

Etapa 1: Aprobación Ética

El protocolo completo del estudio, incluyendo los objetivos, metodología, instrumentos de recolección de datos (encuestas y escalas), y el plan para la protección de la privacidad y confidencialidad de los participantes, así mismo este protocolo fue presentado formalmente al Comité de Ética en Investigación correspondiente. El estudio se inició hasta obtener la aprobación por escrito de dicho comité, asegurando que todos los aspectos éticos y de seguridad para los participantes fueran garantizados.

Etapa 2: Invitación y Consentimiento Informado

Se realizó una invitación abierta y general a todo el personal adscrito al servicio de urgencias para participar voluntariamente en el estudio. Esta invitación explicó brevemente el propósito de la investigación, así como la naturaleza de la participación, por lo que los interesados pudieron elegir entre dos modalidades para responder la encuesta:

- En línea: A través de un cuestionario diseñado en Google Formularios.
- Escrita: Mediante una versión física del cuestionario.

Previo a la participación, a todos los voluntarios se les proporcionó el Consentimiento Informado (Anexo 1). Este documento detalló el objetivo del estudio, la confidencialidad de los datos, el derecho a retirarse en cualquier momento y cualquier otra información relevante para una decisión informada. La participación solo se confirmó una vez que el consentimiento fue debidamente otorgado.

Etapas 3: Recolección de Datos

Los participantes respondieron una sección de la encuesta diseñada para recabar datos sociodemográficos. Esta incluyó información como edad, sexo, escolaridad y turno laboral. Y se realizó la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG): Inmediatamente después de la sección sociodemográfica, se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). Se utilizaron los instrumentos completos según lo especificado en los Anexos 2 y 3, asegurando la correcta administración de la escala para obtener datos válidos sobre ansiedad y depresión.

Etapas 4: Procesamiento y Análisis de Datos

Una vez finalizada la recolección, todos los datos obtenidos (tanto sociodemográficos como los de la EADG) fueron organizados y preparados para su análisis. Esto incluyó la codificación de respuestas abiertas y la verificación de la integridad de los datos. Donde se realizó el procesamiento de la información, que implicó la limpieza de datos, la identificación de valores atípicos y la preparación de

las bases de datos para el análisis estadístico. Finalmente, se procedió al análisis de los datos utilizando métodos estadísticos apropiados para responder a los objetivos de la investigación. Este análisis permitió identificar patrones, correlaciones o diferencias significativas que brindaron conclusiones al estudio.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El procesamiento y análisis de los datos se realizó utilizando el software estadístico Stata 14.2.

Dado el diseño observacional, transversal y descriptivo del estudio, el análisis de los datos se centró en describir las características sociodemográficas de la población en estudio y determinar la prevalencia de síntomas depresivos y de ansiedad, así como caracterizar a los subgrupos afectados, en concordancia con los objetivos planteados. Las técnicas estadísticas empleadas fueron las siguientes:

Para las variables cualitativas (como sexo, escolaridad, antecedentes crónico-degenerativos, área y turno laborales), se calcularon y presentaron frecuencias absolutas y frecuencias relativas.

Para las variables cuantitativas (como las puntuaciones obtenidas en las subescalas de ansiedad y depresión del Cuestionario de Goldberg), se calcularon medidas de tendencia central (media, mediana). Todos los resultados fueron presentados de manera clara y concisa mediante tablas y gráficos apropiados para facilitar su interpretación.

Para determinar la frecuencia de personal con sintomatología depresiva, ansiosa, y de ambos trastornos, se calcularon las frecuencias y porcentajes del personal que obtuvo puntuaciones iguales o superiores a los puntos de corte establecidos en las subescalas de depresión (≥ 2) y ansiedad (≥ 4) del Cuestionario de Goldberg, así como la coocurrencia de ambas sintomatologías.

Posteriormente, se aplicó un modelo de regresión logística tomando como variable dependiente la ansiedad y como variables independientes las características sociodemográficas (sexo, escolaridad, antecedentes crónico-degenerativos, área y turno laborales). Este análisis se efectuó únicamente en el subgrupo de participantes que presentó sintomatología en las escalas correspondientes.

PRECEPTOS ÉTICOS

Este estudio de investigación se rigió bajo los preceptos nombrados en la Ley General de Salud en materia de investigación, referentes a la materia de investigación en seres humanos, específicamente en los artículos 13, 16, 18 y 19. La investigación fue catalogada como sin riesgo.

Se guardó la confidencialidad de la información recabada, sin discriminación por etnia, religión o género. Al no ser un protocolo experimental en seres humanos, no se requirió un consentimiento informado general, sino uno detallado para la protección de datos, como se explica en la ley general de salud.

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano fue sujeto de estudio, prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. (47)

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegió la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose solo cuando los resultados lo requirieron y este lo autorizó. Esto se realizó mediante el Consentimiento Informado Detallado, que fue el mecanismo más importante. Antes de participar en cualquier investigación, el individuo recibió y comprendió información completa sobre el estudio, incluyendo cómo se manejaron sus datos personales. (47)

Por lo tanto, el estudio de investigación se llevó a cabo con los lineamientos y orden de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los

criterios para la ejecución de proyectos de investigación en seres humanos. Asimismo, esta norma definió los elementos mínimos que debieron cumplir de manera obligatoria los investigadores que realizaron esta actividad en seres humanos, de acuerdo con las disposiciones que en esta materia se establecen con carácter irrenunciable para la Secretaría de Salud como autoridad sanitaria.(47)

RESULTADOS

Se invitó a participar a un total de 100 integrantes del personal del área de urgencias. De ellos, tres rechazaron su participación (un trabajador de mantenimiento, una persona de enfermería y un camillero). El resto aceptó, conformando una muestra final equivalente al 97 % (n=97) de la población total. La distribución por sexo mostró un predominio de mujeres 57.7% (n=56), frente a 41 hombres (41.2 %), observándose en la tabla 3.

Tabla 3 Características sociodemográficas de los participantes (n=97)

VARIABLES	n	%
SEXO		
Hombre	41	41.2
Mujer	56	57,7
Escolaridad		
Ninguna	1	1
Primaria	0	0
Secundaria	8	8.2
Preparatoria	2	2.3
Licenciatura	58	59.7
Posgrado	28	28.8
Área laboral		
Mantenimiento	3	3
Administrativo	5	5.1
Enfermería	32	32
Médico	33	34
Residente	7	7.2
Médico interno	13	13.4
Camillero	4	4.1
Turno laboral		
Matutino	28	28
Vespertino	12	12
Nocturno	21	21
Mixto	23	23
Jornada acumulada	13	13

La media de edad fue de 38 años con un rango de 18 a 70 años. La mediana fue de 38 años, valor que coincide casi con el promedio, lo que sugiere que la distribución es relativamente simétrica, aunque el histograma muestra una ligera tendencia hacia la derecha (asimetría positiva) por la presencia de participantes de mayor edad. El histograma (véase en la gráfica 1) con curva de densidad indica que la mayoría de los participantes se concentra entre los 30 y 50 años, con un pico marcado cerca de los 40 años. En conjunto, estos datos sugieren que la muestra está compuesta principalmente por adultos jóvenes y de mediana edad, con pocos participantes en los extremos de edad.

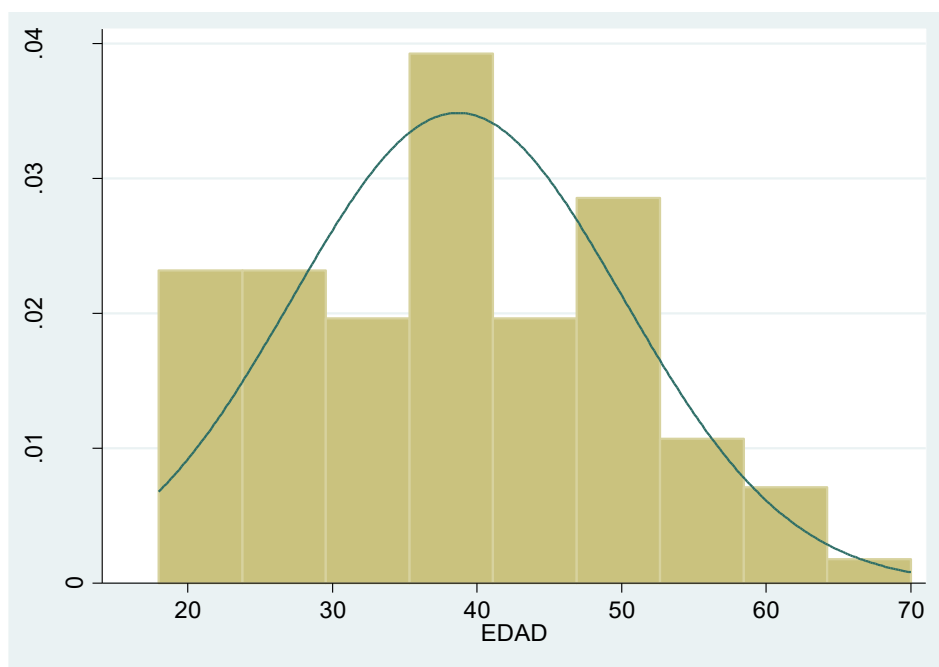
Al agrupar por rangos etarios, el grupo más representado fue el de 40 a 49 años con 31 individuos (32 %), seguido por el grupo de 18 a 29 años con 26 participantes (26.8 %) y el de 30 a 39 años con 25 participantes (25,8 %). Los grupos de 50 a 59 años y ≥ 60 años representaron el 11.3 % y 4.1 %, respectivamente.

En cuanto al nivel educativo, la mayoría contaba con licenciatura 59.7 %, seguida de posgrado con un 28.8 %, mientras que un menor porcentaje reportó escolaridad secundaria (8.2 %) o preparatoria (2; 2.3 %). Un solo participante no reportó escolaridad (1 %).

En la distribución por área laboral, el personal médico representó la mayor proporción ($n=33$; 34 %), seguido de enfermería (32; 33 %) y médicos internos de pregrado (13; 13.4 %). El resto correspondió a residentes (7; 7.2 %), administrativos (5; 5.1 %), camilleros (4; 4.1 %) y personal de mantenimiento (3; 3 %).

En relación con el turno laboral, el 28 % trabajaba en turno matutino, 12 % en vespertino, 21 % en nocturno, 23 % en turnos mixtos y 13 % en jornada acumulada.

Gráfica 1 Histograma de edad.



En la población estudiada ($n = 97$), la prevalencia global de síntomas de ansiedad fue del 46.4 %. Se observó que 29 mujeres y 16 hombres presentaron ansiedad, lo que corresponde a una proporción del 51.8 % en mujeres y 39.0 % en hombres. Esto sugiere una tendencia hacia una mayor carga de ansiedad en el personal femenino, aunque sin evidencia estadística suficiente para confirmar la diferencia, véase en la tabla 4.

Tabla 4 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con el sexo en el Hospital General de Cuernavaca 2024						
Síntomas de ansiedad	Mujer		Hombre		Total	
	n	%	n	%	n	%
Con síntomas de ansiedad	29	29.9	16	16.5	45	46.4
Sin síntomas de ansiedad	27	27.8	25	25.8	52	53.6
Total	56	57.7	41	42.3	97	100

Al analizar la distribución por sexo y síntomas de depresión, se observó que 27 mujeres (27.8 %) y 19 hombres (19.6 %) reportaron síntomas de depresión. Esto representa una proporción de 48,2 % de mujeres con depresión frente al 46.3 % de hombres (véase Gráfica 2).

Gráfica 2 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con el sexo en el Hospital General de Cuernavaca 2024

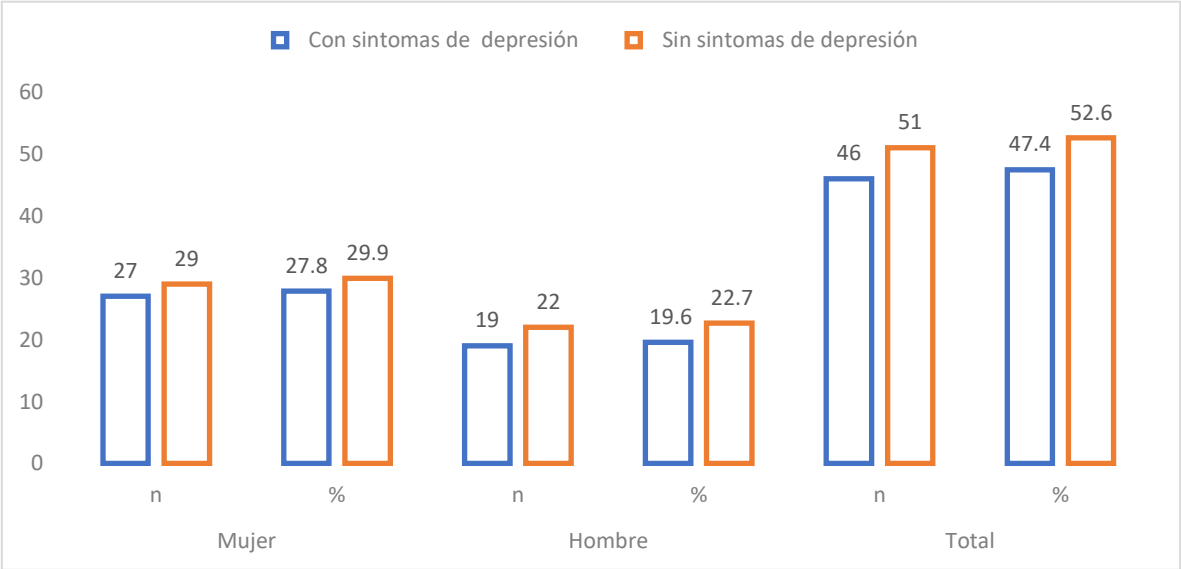


Tabla 5 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con la escolaridad en el Hospital General de Cuernavaca 2024

Síntomas de ansiedad	Ninguna		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		Posgrado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Con síntomas de ansiedad	0	0	2	2.1	1	1.0	29	29.9	13	13.4	45	46.4
Sin síntomas de ansiedad	1	1	6	6.2	1	1.0	29	29.9	15	15.5	52	53.6
Total	1	1	8	8.2	2	2.1	58	59.8	28	28.9	97	100

En cuanto a la distribución por escolaridad, se observó que ningún participante sin escolaridad reportó síntomas de ansiedad. En el grupo con licenciatura, la prevalencia fue del 50.0 % (29 de 58 participantes) como se observa en la tabla 5.

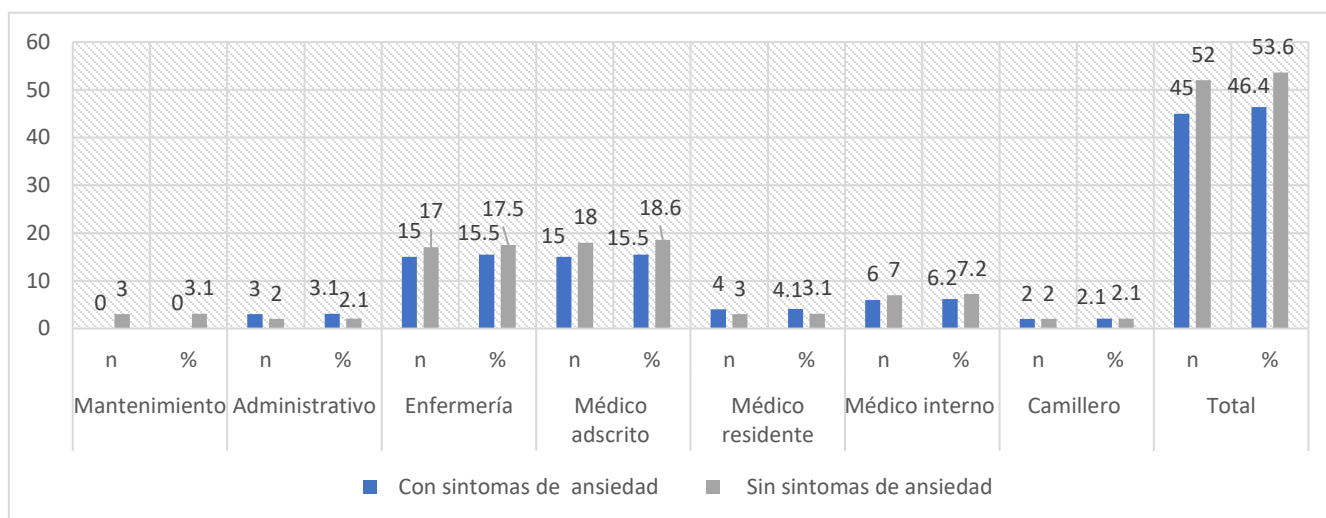
En la tabla 6 se observa la distribución por escolaridad mostró que en licenciatura (n = 58), la prevalencia fue del 46.6 % y en posgrado (n = 28), la prevalencia fue del 57,1 %. χ^2 de Pearson: $\chi^2(4) = 3.60$; $p = 0,463$. Prueba exacta de Fisher: $p = 0.452$. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y el diagnóstico de depresión ($p > 0.05$) Aun sin significancia, se observa que los niveles de posgrado y preparatoria concentran proporciones relativamente altas de depresión, mientras que en secundaria y sin estudios es menor.

Tabla 6 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con la escolaridad en el Hospital General de Cuernavaca 2024

Síntomas de depresión	Ninguna		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		Posgrado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Con síntomas de depresión	0	0	2	2.1	1	1.0	27	27.8	16	16.5	46	47.4
Sin síntomas de depresión	1	1	6	6.2	1	1.0	31	32.0	12	12.4	51	52.6
Total	1	1	8	8.2	2	2.1	58	59.8	28	28.9	97	100

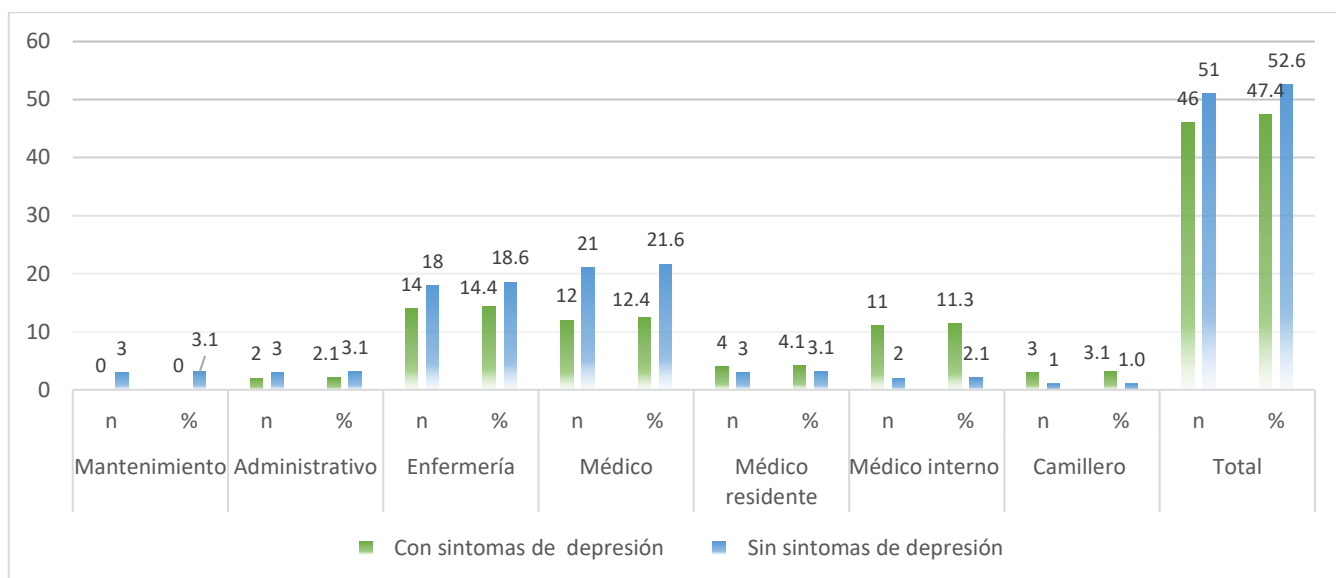
En el total de la muestra (n = 97), la prevalencia según la distribución por área laboral, se observó que el personal de mantenimiento ninguno de los 3 participantes presentó ansiedad (0 %). A comparación de los médicos residentes: 4 de 7 participantes (57.1 %) reportaron ansiedad y médicos internos: 6 de 13 participantes (46.2 %) presentaron ansiedad. En la gráfica 3 se observa que la distribución de los casos sin ansiedad fue mayoritaria en mantenimiento (100 %) y proporcionalmente más alta en médicos adscritos (54.5 %) y enfermería (53.1 %), en contraste con áreas como administrativo o residentes, donde predominó la presencia de ansiedad.

Gráfica 3 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con el área laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024



En la gráfica 4 se determinó que la prevalencia de síntomas de depresión según la distribución por área laboral, se observó que las diferencias aparentes entre áreas laborales son notables, especialmente por la elevada prevalencia en médicos internos donde 11 de 13 participantes (84.6 %) reportaron depresión, siendo la proporción más alta entre todas las áreas y camilleros 3 de 4 participantes (75.0 %) reportaron depresión. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el área laboral y el diagnóstico de depresión ($p < 0,05$). $\chi^2(6) = 13,31$; $p = 0,038$, Prueba exacta de Fisher: $p = 0,028$.

Gráfica 4 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con el área laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024



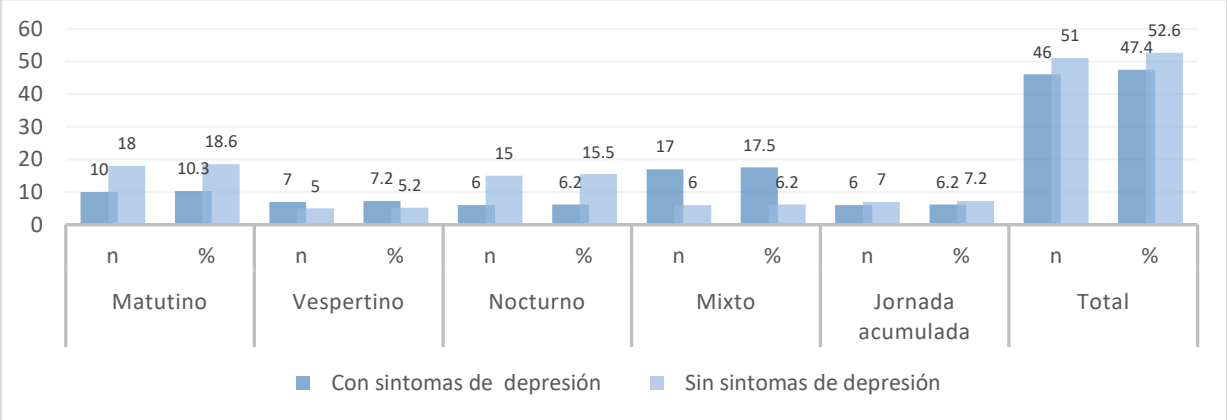
En relación a la prevalencia de síntomas de ansiedad por el turno laboral que se observa en la tabla 7; Se observó que los turnos con mayor proporción de ansiedad fueron el vespertino (75.0 %) y el mixto (56.5 %), mientras que el nocturno mostró la proporción más baja (33.3 %). Desde el punto de vista estadístico, estas diferencias aparentes sugieren una posible asociación entre el turno laboral y la presencia de ansiedad por lo que se realiza la prueba de Chi cuadrada con el resultado de $\chi^2 = 7.24$, $p = 0.124$. Prueba exacta de Fisher: $p = 0.131$. Pese a que los valores de $p > 0.05$ indican que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el turno laboral y el diagnóstico de ansiedad en esta muestra. Aunque no significativa, se observa una tendencia clínica hacia mayor prevalencia de ansiedad en turnos vespertino y mixto, lo que podría tener relevancia práctica y justificar intervenciones específicas en estos grupos.

Tabla 7 Prevalencia de síntomas de ansiedad y su relación con su turno laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024

Síntomas de ansiedad	Matutino		Vespertino		Nocturno		Mixto		Jornada acumulada		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Con síntomas de ansiedad	11	11.3	9	9.3	7	7.2	13	13.4	5	5.2	45	46.4
Sin síntomas de ansiedad	17	17.5	3	3.1	14	14.4	10	10.3	8	8.2	52	53.6
Total	28	28.9	12	12.4	21	21.6	23	23.7	13	13.4	97	100.0

La gráfica 5 de prevalencia de síntomas de depresión por turno laboral se observó que la menor prevalencia de depresión se observó en el turno nocturno, donde 6 de 21 participantes (28.6 %) presentaron depresión, mientras que la más alta correspondió al turno mixto 17 de 23 participantes (73.9 %) presentaron depresión, constituyendo la proporción más alta. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el turno laboral y el diagnóstico de depresión ($p < 0.05$). Chi² de Pearson: $\chi^2(4) = 1.59$; $p = 0.021$, Prueba exacta de Fisher: $p = 0.020$.

Gráfica 5 Prevalencia de síntomas de depresión y su relación con su turno laboral en el Hospital General de Cuernavaca 2024



En la población total evaluada (n = 97), se identificó que 11 participantes (10.3 %) contaban con un diagnóstico (Dx) previo de ansiedad. Entre aquellos sin diagnóstico previo, 34 personas (35.0 %) presentaron síntomas compatibles con ansiedad, mientras que 44 participantes (45.3 %) no mostraron síntomas. En la tabla 8 se observa un total de 8 participantes (9.2 %) no fueron incluidos en la evaluación de ansiedad. La exclusión se justificó en que aquellos con diagnóstico previo de depresión podrían presentar una distorsión en la medición de síntomas ansiosos, dado que se encontraban bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico al momento de la evaluación, lo que podría influir en los resultados y comprometer la validez del análisis.

Tabla 8 Prevalencia de síntomas de ansiedad en el Hospital General de Cuernavaca 2024		
Ansiedad	n	%
Dx Previo de Ansiedad	11	10.3
Sin Dx Previo de Ansiedad con síntomas	34	35
Sin Dx Previo de Ansiedad sin síntomas	44	45.3
No participaron	8	9.2
Total	97	100

En el total de la muestra (n = 97), 10 participantes (11.3 %) refirieron contar con un diagnóstico previo de depresión. Entre los participantes sin diagnóstico previo, 36 personas (37.1 %) presentaron síntomas compatibles con depresión, mientras que 42 (43.2 %) no mostraron síntomas depresivos reportado en la tabla 9. Un total de 9 participantes (8.2 %) no participaron en la evaluación de depresión por la misma razón previamente mencionada en la prevalencia de ansiedad.

Tabla 9 Prevalencia de síntomas de depresión en el Hospital General de Cuernavaca 2024

Depresión	n	%
Dx Previo de Depresión	10	11.3
Sin Dx Previo de Depresión con síntomas	36	37.1
Sin Dx Previo de Depresión sin síntomas	42	43.2
No participaron	9	8.2
Total	97	100

Al analizar la relación entre ambas condiciones se obtuvo que 30 participantes (30.9 % del total) que se encuentra reportada en la tabla 10, se presentaron simultáneamente síntomas de ansiedad y depresión. 15 participantes (15.5 %) presentaron ansiedad sin síntomas depresivos. 16 participantes (16.5 %) presentaron depresión sin ansiedad. Y 36 participantes (37.1 %) no presentaron ni ansiedad ni depresión. Existe una asociación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de ansiedad y el diagnóstico de depresión ($p < 0.05$) χ^2 de Pearson: $\chi^2(1) = 12.47$; $p < 0.001$, Prueba exacta de Fisher: $p = 0.001$. Clínicamente, la prevalencia de depresión en personas con ansiedad fue 1,87 veces mayor que en aquellas sin ansiedad (65.2 % vs 34.8 %).

Tabla 10 Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en el Hospital General de Cuernavaca 2024

	Con síntomas de depresión		Sin síntomas de depresión		Total	
	n	%	n	%	n	%
Con síntomas de ansiedad	30	30.9	15	15.5	45	46.4
Sin síntomas de ansiedad	16	16.5	36	37.1	52	53.6
Total	46	47.4	51	52.6	97	100

En el análisis multivariado reportado en la tabla 11, tomando en cuenta el diagnóstico de ansiedad como variable dependiente, a través de un modelo de regresión logística en lo que respecta a la edad, ningún grupo etario mostró asociación estadísticamente significativa con ansiedad ni en valores crudos ni ajustados ($p > 0.05$). Aunque en el modelo ajustado el grupo de 50-64 años tienen un OR elevado y una p cercana a 0.05 (OR ajustado=14.45; IC95%: 0.79-262.69; $p = 0.07$), con intervalos de confianza muy amplios, lo que podría ser resultados de la muestra pequeña en nuestro estudio.

En lo que respecta al sexo, las mujeres mostraron menor probabilidad de presentar ansiedad (efecto protector), aunque dicha asociación no alcanzó la significancia estadística (OR ajustado=0.28; IC95%: 0.31-4.82; $p = 0.092$)

En relación con la escolaridad tanto la licenciatura (OR ajustado=12.49; IC95%: 0.71-217.82, $p = 0.08$) como el posgrado (OR ajustado=4.42; IC95%: 0.22-85.23; $p = 0.32$) mostraron una tendencia de riesgo en comparación con aquellos de menor escolaridad, sin embargo, dichas asociaciones no resultaron con significancia estadística.

Por turno laboral, el modelo sugirió una mayor probabilidad de ansiedad en el turno mixto (OR =4.6; IC95%: 1.10-19.8; $p = 0.03$), sin embargo, este efecto se pierde al ajustar el modelo (OR ajustado=4.76; IC95%: 0.25-21.3; $p = 0.19$).

Los participantes con depresión presentaron un incremento de 19 veces las posibilidades de tener ansiedad (OR ajustado=19.16; IC95%: 4.44-102.60; $p = 0.00$),

en comparación con aquellos sin depresión, dicha asociación se mantuvo significativa tanto en sus valores crudos como ajustados en el modelo por las demás variables.

Tabla 11 Análisis multivariado Ansiedad (OR crudos y ajustados)

	Crudos			Ajustados		
	OR	p	IC95%	OR	p	IC95%
Edad						
30-39	1.0125	0.985	0.2729 – 3.7552	3.78	0.20	0.4768 - 30.1038
40-49	0.5910	0.401	0.1744 – 2.0096	4.22	0.22	0.4191 – 42.4074
50-64	0.9375	0.934	0.2046 – 4.2937	14.45	0.071	0.7958 – 262.60
Sexo	0.45	0.102	0.1766 – 1.1693	0.28	0.09	0.3130 - 4.8228
Escolaridad	7.03	0.071	0.7673 - 57.9170		0.08	0.7165 – 217.82
Licenciatura	5.33	0.141	1.2935 - 111.322	12.49	0.32	0.2293 – 85.2380
Posgrado				4.42		
Turno laboral	3.28	0.12			0.07	0.0551 - 5.4674
Vespertino	0.53	0.38	0.7332 – 14.6831	7.84	0.64	0.1007 - 3.3433
Nocturno	4.68	0.03	0.1315 – 19.838	0.62	0.19	0.2541 - 21.2742
Mixto	0.62	0.56	1.1078 – 19.8340	4.76	0.23	0.1968 - 7.9704
Jornada Acumulada	15.6	0.00	0.1309 – 2.9827	0.25		
			5.0350 – 48.3338	19.16	0.00	4.4476 - 102.6007

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal del área de Urgencias del Hospital General de Cuernavaca, durante el periodo comprendido del 1.º de abril al 31 de diciembre de 2024. Los resultados obtenidos muestran una estrecha relación con los hallazgos reportados en el estudio realizado en el Hospital Oncológico de Barretos (28), donde se identificó una alta prevalencia de burnout, ansiedad y depresión en médicos oncólogos, residentes y becarios. Aunque el contexto asistencial difiere, ambos entornos comparten factores determinantes, como la elevada demanda clínica, la exposición constante a situaciones críticas y la presión laboral sostenida, elementos que contribuyen al desarrollo de alteraciones en la salud mental del personal sanitario.

En nuestro caso, el personal médico representó una proporción significativa de la muestra. Estos grupos mostraron las prevalencias más elevadas de síntomas de depresión y ansiedad, lo cual se entiende por su exposición constante a factores estresantes como la sobrecarga de trabajo, la necesidad de tomar decisiones rápidas y la presión institucional. Tales condiciones, descritas por Caruso (36) como detonantes de agotamiento y síntomas afectivos, son comparables a las que enfrenta el personal de urgencias, donde la inmediatez y la incertidumbre clínica son constantes. Sin embargo, es importante destacar que los médicos residentes tampoco quedan exentos de este fenómeno, ya que la mayor prevalencia se concentró en el área médica en general, integrada por profesionales jóvenes que,

al encontrarse en una etapa temprana de su vida laboral, asumen un papel central en la atención asistencial y, por ende, se encuentran especialmente vulnerables al impacto de estos trastornos. El estudio del Hospital de Barretos subraya que el exceso de trabajo y la falta de reconocimiento son determinantes para el desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos, especialmente en áreas de alta complejidad como urgencias y terapia intensiva. Esto coincide con el perfil de nuestra muestra, compuesta predominantemente por adultos jóvenes y de mediana edad (concentrados entre los 30 y 50 años), que representan el segmento más activo laboralmente y con mayores responsabilidades asistenciales.

Por su parte, el estudio de Lim et al. 2020 (37) un dato alarmante que contextualiza el riesgo de salud mental en este grupo: el 14,3 % de los médicos de urgencias encuestados había considerado el suicidio a lo largo de su carrera y el 5,9 % lo había contemplado activamente en el último año, incluso antes de la pandemia de COVID-19. Este hallazgo es especialmente relevante, ya que sugiere que el desgaste emocional y el riesgo suicida no se limitan a etapas avanzadas de la carrera profesional, sino que pueden manifestarse desde las primeras experiencias en entornos de alta exigencia. En el caso de los médicos internos, la exposición constante a altos niveles de estrés, turnos prolongados, contacto frecuente con situaciones de urgencia vital y, en muchos casos, la falta de apoyo estructural, puede amplificar el riesgo descrito por Lim et al. Aunque nuestra investigación no evaluó específicamente la ideación suicida, la elevada prevalencia de síntomas

depresivos en este grupo revela una base de vulnerabilidad que podría evolucionar hacia formas más graves de afectación psicológica si no se interviene oportunamente. En el presente estudio, casi un tercio de los participantes (30,9 %) presentó simultáneamente síntomas de ansiedad y depresión, mientras que el 37,1 % no presentó ninguna de las dos condiciones. El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre ambas variables ($\chi^2(1) = 12,47$; $p < 0,001$; prueba exacta de Fisher $p = 0,001$). Desde el punto de vista clínico, la prevalencia de depresión en personas con ansiedad fue 1,87 veces mayor que en aquellas sin ansiedad (65,2 % vs. 34,8 %), lo que refuerza la estrecha relación entre estos trastornos en el personal de salud de urgencias. Estos resultados indican que casi un tercio de la población evaluada presenta comorbilidad de ansiedad y depresión, fenómeno consistente con la literatura, que reporta alta coexistencia de ambas alteraciones emocionales en personal de salud sometido a condiciones de estrés sostenido, como ocurre en urgencias. Estos hallazgos guardan relación con el estudio multicéntrico latinoamericano realizado en estudiantes de medicina durante la pandemia por COVID-19 (19), en el que también se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. En dicho estudio, que incluyó 1.579 participantes de 15 países, se encontró que el 18,14 % presentaba síntomas de ansiedad y depresión de manera conjunta, mientras que otro 43,26 % presentaba depresión y un 17,67 % ansiedad. Aunque la población de referencia difiere en el personal en formación académica frente a personal laboralmente activo en urgencias, la coincidencia metodológica en el instrumento de evaluación permite comparaciones más directas.

Llama la atención que la prevalencia conjunta encontrada en nuestro estudio (30,9 %) es sustancialmente mayor a la reportada en el estudio latinoamericano (18,14 %) y también superior a la de otros trabajos en población estudiantil, como el realizado en Perú (20 %), probablemente debido a las exigencias académicas, la presión por el rendimiento y la incertidumbre profesional propias de la etapa formativa. A diferencia del personal laboralmente activo, los estudiantes suelen enfrentar cargas emocionales adicionales relacionadas con la preparación para exámenes, la competencia académica y la falta de estabilidad económica o laboral.

Asimismo, en 2020 se llevó a cabo un estudio transversal en la Ciudad de México (41), cuyos resultados muestran puntos de convergencia relevantes con nuestro trabajo. En dicho estudio, realizado en médicos residentes, la depresión fue el factor más fuertemente asociado a la deserción y a la ideación de deserción académica, incrementando este riesgo hasta seis veces. Aunque las poblaciones comparadas que son el personal activo en urgencias versus médicos en formación de posgrado son distintas, ambos grupos comparten entornos de alta exigencia, exposición prolongada al estrés y jornadas laborales extenuantes. En el caso de los residentes, el estrés se intensifica por la presión académica y la creciente responsabilidad asistencial conforme avanza el año de formación; mientras que, en el personal de urgencias, dicho estrés deriva de la atención continua a situaciones críticas, el manejo simultáneo de múltiples pacientes y la rotación constante de turnos, factores que afectan directamente el descanso y la recuperación física y emocional.

Esto sugiere que el entorno laboral del servicio de urgencias, caracterizado por su alta demanda asistencial, exposición a eventos críticos y variabilidad en los turnos, podría incrementar de manera significativa el riesgo de comorbilidad entre ansiedad y depresión, incluso en mayor medida que en poblaciones jóvenes sometidas a estrés académico.

El grupo de médicos internos de pregrado presentó la mayor prevalencia de síntomas depresivos (84,6 %). El análisis estadístico mostró una asociación significativa entre el área laboral y la presencia de depresión, indicando que el rol y el contexto laboral influyen de forma importante en su aparición.

Estos hallazgos guardan relación con el estudio transversal descriptivo realizado en Brasil (20) entre junio de 2021 y abril de 2022, que incluyó a 125 trabajadores activos del sistema de salud. Aunque los médicos representaron solo el 6,4 % de la muestra, se identificaron riesgos psicosociales específicos asociados a esta profesión, como la exposición a violencia verbal y física, el agotamiento por jornadas extensas, la falta de recursos, el contacto frecuente con la muerte y el temor a contagiarse en contextos de alta presión asistencial. Estos factores, considerados determinantes en la aparición de síntomas depresivos, coinciden con lo observado en nuestro grupo de médicos internos de pregrado, quienes presentaron una elevada prevalencia de depresión, lo que refuerza la influencia del entorno laboral y las condiciones de trabajo en la salud mental del personal en formación.

Aunque en el análisis no se halló una asociación estadísticamente significativa entre el nivel educativo y la depresión, se observó que los profesionales con posgrado presentaban mayores proporciones de síntomas depresivos (57,1 %) que aquellos con licenciatura (46,6 %), lo que podría reflejar una correlación indirecta con mayores responsabilidades y carga administrativa. Esta tendencia, sumada a los resultados del estudio brasileño, refuerza la hipótesis de que la intensidad laboral, más que el nivel académico, es un factor determinante en la aparición de depresión en el personal de salud.

En relación con la ansiedad, aunque en el estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el turno laboral y síntomas ansiosos se identificó una tendencia clínica relevante, son coherentes con la evidencia internacional que señala a las jornadas laborales prolongadas como un factor de riesgo importante para el desarrollo de ansiedad en el personal sanitario.

El estudio realizado en Shenzhen, China, en 2021 (38) reportó que la duración extendida de la jornada laboral se asoció significativamente con síntomas de ansiedad. El turno mixto, al implicar la adaptación a diferentes horarios en un mismo periodo, puede alterar los ritmos circadianos y dificultar la recuperación física y mental, reproduciendo un patrón similar al de la jornada prolongada descrita en el estudio chino. Respecto al turno vespertino, aunque no se ha corroborado una asociación estadísticamente significativa, es posible que influya el hecho de que muchos trabajadores que desempeñan este turno realizan actividades adicionales

en la mañana como guardias extra, capacitaciones o un segundo empleo, lo que incrementa el tiempo total de exposición laboral y reduce las horas de descanso. Esta doble carga podría favorecer la aparición o exacerbación de síntomas ansiosos.

El estudio sobre la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de Urgencias de Adultos del Hospital General de Cuernavaca permitió establecer las bases para el reconocimiento institucional de la alta comorbilidad entre ambos trastornos, haciendo un llamado de atención urgente para el sistema de salud. Sin embargo, si presento algunas limitaciones importantes. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones de causalidad y evaluar la evolución de los síntomas a largo plazo. Además, la aplicación del instrumento por personal conocido podría haber influido en las respuestas, generando un posible sesgo de deseabilidad social. El número limitado de participantes y el hecho de que el estudio se realizara en una sola unidad hospitalaria restringen la generalización de los resultados a otros contextos o instituciones.

A pesar de ello, el estudio presenta fortalezas destacables. Entre ellas, la aceptación voluntaria y amplia del personal participante, la rapidez en la aplicación de los cuestionarios y la obtención de resultados estadísticamente significativos que evidencian la magnitud del problema. Es la primera base institucional del Hospital General de Cuernavaca sobre depresión y ansiedad en el personal de Urgencias, lo que sienta un precedente valioso para futuras investigaciones.

En cuanto a las perspectivas, este trabajo abre la posibilidad de desarrollar estudios cualitativos que profundicen en las causas y experiencias individuales relacionadas con la salud mental del personal sanitario. Se propone extender la investigación a otros hospitales y áreas clínicas del estado, con el fin de obtener una visión más amplia y representativa. Finalmente, se recomienda transformar estos hallazgos en acciones concretas mediante la implementación de programas de tamizaje e intervención integral orientados a la prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos mentales en el personal de salud, lo que contribuirá a mejorar su bienestar y, en consecuencia, la calidad de la atención brindada a los pacientes.

CONCLUSIÓN

El presente alcanzó como objetivo estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de urgencias adultos del Hospital General de Cuernavaca en 2024, además de caracterizar sus variables sociodemográficas y explorar la coexistencia de ambos trastornos.

Los resultados obtenidos confirmaron la hipótesis inicial, ya que aproximadamente un tercio de la muestra presentó sintomatología depresiva y ansiosa, con una prevalencia conjunta del 30,9 %. Este hallazgo evidencia que la comorbilidad entre ambos trastornos es frecuente en entornos de alta exigencia clínica, reforzando la necesidad de reconocer la salud mental como un componente esencial en la calidad de vida del personal sanitario y en la seguridad de la atención al paciente.

El análisis estadístico demostró una asociación significativa entre ansiedad y depresión, lo que implica que la presencia de un trastorno incrementa la probabilidad del otro. La prevalencia de depresión en personas con ansiedad fue 1,87 veces mayor que en aquellas sin ansiedad, lo que refuerza la estrecha interrelación entre ambos. Estos hallazgos reflejan una alta comorbilidad que, de no abordarse, puede traducirse en consecuencias funcionales como ausentismo, menor rendimiento y potencial abandono del puesto.

La estrecha asociación entre ansiedad y depresión encontrada en este estudio es consistente con lo observado en investigaciones realizadas en médicos residentes. Aunque la ansiedad no se asoció directamente a dicho desenlace, sí coexistió con

la depresión en una proporción considerable, fenómeno replicado en nuestro grupo. Esto sugiere que, cuando ambas condiciones aparecen juntas, pueden potenciar el deterioro del bienestar psicológico y funcional, aumentando el riesgo de complicaciones crónicas si no se implementan estrategias de detección e intervención tempranas.

En este sentido, los resultados refuerzan la necesidad de programas de tamizaje e intervención psicológica integral que aborden simultáneamente ansiedad y depresión, ya que tratarlas de forma aislada podría limitar el impacto de las intervenciones. Este enfoque es particularmente relevante en el personal de urgencias, donde la magnitud del problema parece mayor que en poblaciones en formación académica, lo que evidencia la influencia del entorno laboral de alta presión.

Finalmente, los hallazgos de esta investigación confirman que la coexistencia de ansiedad y depresión no solo es frecuente, sino que constituye un problema de salud mental relevante en contextos de alta demanda asistencial. En el personal de urgencias, esta comorbilidad adquiere una relevancia aún mayor, por lo que resulta indispensable implementar estrategias institucionales de prevención, detección temprana y atención integral, dirigidas especialmente a los grupos más vulnerables como los médicos internos y el personal sometido a jornadas extensas. Estas medidas no solo mejorarían el bienestar del trabajador sanitario, sino que también impactarían positivamente en la seguridad y calidad de la atención médica.

REFERENCIAS

1. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Angelantonio ED, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015;314(22):2373–83. DOI: [10.1001/jama.2015.15845](https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845) PubMed PMID: 26647259; PubMed Central PMCID: PMC4866499.
2. Soto-Cámara R, Navalpotro-Pascual S, Matellán-Hernández MP, Onrubia-Baticón H, García-Santa-Basilía N, Cárdena-García RM. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la salud mental de los enfermeros de los servicios de emergencias extrahospitalarias españoles. Enfermería Clínica. 2024;34(4):312–21. DOI: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082091>
3. Paniagua-Ávila, Alejandra; Ramírez, Dorian E.; Barrera-Pérez, Aida; Calgua, Erwin; Castro, Claudia; Peralta-García, Ana; Mascayano, Franco; Susser, Ezra; Alvarado, Rubén; Puac-Polanco, Victor (OPS/OMS). Estudio sobre trabajadores de la salud en tiempos de COVID-19 (HEROES): Informe regional de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/node/85591>
4. Iraís PFL, Edén PTM, Erika RT. Post-pandemic depression, anxiety, and stress: A look at the mental health of medical and administrative staff. Acta Psychologica. 2025;253:104706. DOI: [10.1016/j.actpsy.2025.104706](https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104706)

5. Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención. CENETEC; [Internet]. 2022;(GPC-SS-832-22). Disponible en: www.cenetec.gob.mx/CMGPC/GPC-SS-832/ER.pdf
6. Arlington, Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Vol. 5. Arlington VA; 2021. (5).
7. World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. [Internet]. 2023. Disponible en: www.who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
8. González R, Parra-Bolaños N. Neuropsicología de los trastornos de ansiedad. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(1):1. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i1.4825
9. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA G. Sinopsis de psiquiatría: ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. 7ma ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1996.
10. Trastornos de ansiedad [Internet]. 2025 [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA PERSONA MAYOR

[Internet]. 2019. Disponible en:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/499GER.pdf>.

12. Dr. Gustavo Piñar Sancho. (PDF) Actualización sobre el trastorno depresivo mayor [Internet]. Vol. 5. 2024;5(12). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i12.610>

13. ENCUESTA NACIONAL SOBRE SALUD Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO (ENASEM) Y ENCUESTA DE EVALUACIÓN COGNITIVA 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: INEGI

14. INEGI. Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado 2021 ENBIARE. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 2021;1–24. Disponible en: INEGI

15. Secretario de Salud Dr. Jorge Alcocer Varela. Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México 2024. Desafíos y Esperanzas: Abordando la Salud Mental y las Adicciones en la Actualidad. Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias en México, 2024. [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/923815/INFORME_PAxS_2024.pdf

16. LEY DE SALUD MENTAL DEL ESTADO DE MORELOS. Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos. [Internet]. 4925 "Tierra y Libertad. 2024. Disponible en: <http://marcojuridico.morelos.gob.mx/archivos/leyes/pdf/LMENTALEM.pdf>

17. Delgado, JG, Saavedra, MM y Miranda, NM. Actualización sobre neuroplasticidad cerebral. Revista Médica Sinergia. e829 [Internet]. 2022 [citado el 13 de marzo de 2025];7(6). Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v7i6.829>
18. Gonzalo Espinoza-Ascurra a, , Iván Gonzales-Graus a, , Mónica Meléndez-Marón b, , et al. Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. Vol. 53. 2024;53(1):63–72. DOI: [10.1016/j.rcp.2021.11.005](https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.005)
19. Aveiro-Róbaló TR, Garlisi-Torales LD, Nati-Castillo HA, Paucar JRV, García-Arévalo CM, Ayala-Servín N, et al. Ansiedad y depresión en estudiantes de medicina de Latinoamérica durante la pandemia del COVID-19: Anxiety and depression in Latin American medical students during the COVID-19 pandemic. DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.39.21342> Rev Salud Pública Parag. 2023;13(1):1.
20. Rohwedder LS, Silva FL da, Albuquerque BB, Sousa R, Sato T de O, Mininel VA. Association between offensive behaviors and burnout and depression risks in health workers. Rev Latino-Am Enfermagem. 2023;31:e3986. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6683.3987>
21. Marta Martín Carbonell+Raquel Pérez Díaz+Antonio Riquelme Marín+. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos [Internet]. Vol. 15. 2016 [citado el 13 de marzo de 2025];15(1). Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.vdea>

22. Goldberg DP. Anxious Forms of Depression. *Depression and Anxiety*. 2014;31(4):344–51. doi:10.1002/da.22206 <https://doi.org/10.1002/da.22206>
23. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*. 2014;25(1):39–48. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a3>.
24. Sánchez-Villena, A. R., Farfán Cedrón, E., de La Fuente-Figuerola, V., & Chávez-Ravines, D. Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*. 2022;25(2):158–70. doi: <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.10>
25. Beltrán M del C, Freyre MÁ, Hernández-Guzmán L. The Beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Terapia psicológica*. 2012;30(1):5–13. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>.
26. Arias PR, Gordón-Rogel J, Galárraga-Andrade A, García FE. Propiedades psicométricas de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) en estudiantes ecuatorianos. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*. 2022;20(2):273–87. <https://doi.org/10.35319/ajayu.202110>.
27. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad [Validation of the Spanish versions of the

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale and the Hamilton Anxiety Rating Scale for the assessment of depression and anxiety]. Vol. 118. 2024;118(13):480–520. DOI: [10.1016/s0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72429-9)

28. Vizioli, N. A., & Pagan, A. E. Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. Acta Colombiana De Psicología. 2021;25(1):28–

41. DOI: [10.14718/ACP.2022.25.1.3](https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.3)

29. Reivan-Ortiz, G., Pineda-Garcia, G., & León Parias, B. D. Psychometric properties of the Goldberg Anxiety and Depression Scale (GADS) in Ecuadorian population. International Journal of Psychological Research,. 2019;12(1):41–8. doi: <https://doi.org/10.21500/20112084.3745>

30. Montón Franco C, Pérez Echeverría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria. 1993;12(6):345–9.

31. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. Salud Mental. 1998;21(3):26–31.

32. Dal-Ré Saavedra R, Luque A, Ibarra N, Bobes García J, Bulbena Vilarrasa A, Ballesteros Villar J. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en

español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Medicina clínica. 2003;120(18):693–700.

33. Depression in medical residents: Rethinking training to aid wellness AMA [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/medical-residents/medical-resident-wellness/depression-medical-residents-rethinking-training-aid>

34. Muñoz M del CL, Medina-Mora ME, Borges G. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology/El costo social de los trastornos mentales. Discapacidad y días productivos perdidos. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Salud Mental. 2007;30(5):4–11.

35. Merlo G. C11Depresión, ansiedad y suicidio de médicos. En: Merlo G, editor. Principles of Medical Professionalism [Internet]. Oxford University Press; 2021 [citado el 6 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/med/9780197506226.003.0011>

36. Paiva CE, Martins BP, Paiva BSR. Doctor, are you healthy? A cross-sectional investigation of oncologist burnout, depression, and anxiety and an investigation of their associated factors. BMC Cancer. el 26 de octubre de 2018;18(1):1044. DOI: [10.1186/s12885-018-4964-7](https://doi.org/10.1186/s12885-018-4964-7)

37. Elhadi M, Khaled A, Malek AB, El-Azhari AEA, Gwea AZ, Zaid A, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among emergency physicians in Libya after civil war: a cross-sectional study [Internet]. 2020. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-039382](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039382)
38. Liang Z, Wang Y, Wei X, Wen W, Ma J, Wu J, et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms among healthcare workers in the post-pandemic era of COVID-19 at a tertiary hospital in Shenzhen, China: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11. DOI: [10.3389/fpubh.2023.1094776](https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1094776)
39. Seto MC, Rodrigues NC, Ham E, Kirsh B, Hilton NZ. Post-traumatic Stress Disorder, Depression, Anxiety Symptoms and Help Seeking in Psychiatric Staff: Trouble de stress post-traumatique, dépression, symptômes d'anxiété et recherche d'aide chez le personnel psychiatrique. *Can J Psychiatry*. agosto de 2020;65(8):577–83. DOI: [10.1177/0706743720916356](https://doi.org/10.1177/0706743720916356)
40. Lim R, Aarsen KV, Gray S, Rang L, Fitzpatrick J, Fischer L. Emergency medicine physician burnout and wellness in Canada before COVID19: A national survey. *CJEM*. 1–5. DOI: [10.1017/cem.2020.431](https://doi.org/10.1017/cem.2020.431) PubMed PMID: 32576321; PubMed Central PMCID: PMC7369344.
41. Camarillo-Nava VM, López-Rojas E, León SHC de, Gutiérrez-Muñoz CI, Andrade-Pineda JE, Quiroz-Cortés GD, et al. Depresión, ansiedad y burnout y su

asociación con ideación de deserción académica en médicos residentes. Atención Familiar. 2024;25(2):2. <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2024.287953>

42. Zhou T, Xu C, Wang C, Sha S, Wang Z, Zhou Y, et al. Burnout and well-being of healthcare workers in the post-pandemic period of COVID-19: a perspective from the job demands-resources model. BMC Health Serv Res.2022;22(1):284. DOI: [10.1186/s12913-022-07608-z](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07608-z)

43. Nash C. Burnout in Medical Specialists Redeployed to Emergency Care during the COVID-19 Pandemic. Emergency Care and Medicine. 2024;1(2):2. [doi:10.3390/ecm1020019](https://doi.org/10.3390/ecm1020019)

44. Sert H, Gulbahar Eren M, Koc F, Yurumez Y. Depression, anxiety, stress, and job performance among Turkish nurses in the early post-earthquake period. Int Nurs Rev. 2025;72(1):e12920. DOI: [10.1111/inr.12920](https://doi.org/10.1111/inr.12920)PubMed PMID: 38050999; PubMed Central PMCID: PMC11736675.

45. López LLC, Parra IME, Jiménez ELP, Ojeda DPA, Fonseca AA. Prevalencia de depresión en el servicio de urgencias de un hospital civil. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2023;7(3):3. DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i3.6788

46. Ocampo Valencia DBP, Portela Ortíz JM, Rodríguez Weber FL, Zhou X, Castellanos Suárez JL, Ocampo Valencia VI, et al. Prevalencia de depresión, ansiedad y burnout en médicos residentes de nuevo ingreso en Hospitales

Angeles del área metropolitana. Acta médica Grupo Ángeles. 2022;20(4):302–6.
[doi:10.35366/107112](https://doi.org/10.35366/107112)

47. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Disponible en:

<https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>



Cuernavaca, Morelos a 26 de Marzo del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA 2024”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Mitzi Aislinn Villanueva Pérez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dr. Pablo Alberto Ramos Moyao





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

PABLO ALBERTO RAMOS MOYAO | Fecha:2026-03-26 10:21:02 | FIRMANTE

UxB0GB4VzGoTRTmPfsBDqlqTFpGu2OIEOHPbJjOoSTlkWl/Akfgqcfq5lolvJYQxGtS4YdRhIq9Tuwf1nyErM2Wnva6NbmRgazyUgy5VpOZIS6IWZhmL/M6CaiYJnKIaph/k1TLiYglAhqeuHQFnSV4CB/LovZHoUsXO1bTLh/6X9yivleyU4vFt6ANro669REaiHO6G66Gf1Ic/4QHhT0e8UYZ5J9Ui9u3fGICBoRuz+4OZE49N3MIN9f3N+v7tuFK3rOpwGxIDybZiwFyO1SFeAD0pVqo/EezxeDfDh6rNBnNCP54OL9SY5qbY4HPbmK0T9DxrLVZmD8dd4/q/g==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



FECwbUBTe

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/Trebgm5kEcqmlQAalpJoo4Mj0gs9rShl>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



Cuernavaca, Morelos a 13 de Abril del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA 2024”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Mitzi Aislinn Villanueva Pérez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

MSPE. Rodolfo de Jesús Trujillo Flores





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

RODOLFO DE JESUS TRUJILLO FLORES | Fecha:2026-04-14 12:13:23 | FIRMANTE

A1vB1dd/3EvG55aNPvZsr//rW4YFGDIGSWMwJbloW/l/+1tnmZ8jBmiaeo+2pBMTTr2G3mwIFPM2ZQkLpU8O1aEvjR5OuQHbUnevIA6LrXRHx73+emv+9S9eWJ4thKJzWLDWU7E
LPS5ewXk29WpmlcXoJKFG2AVfJzTtCH3TaNUERIrJY9NZ97W0EAH4R8Gy+E8rxa17HaxJEyJWGI3xWAwsCoTP6+R/w4bEu7ngzc3SxrceKYeUepoj8G7DGIXJYsL32oVEo8Y
WbXzP7Kv0IA7/Fllk+8KO3mc0QEALMirJsZ47Mfi0CL9i4WNz4QklhWaGQFEo2ln0hfhdKKTED3Dw==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



6zMaOmtbH

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/qpv8JEVGNZNMCKGIVx2PRROHc5iDwa0n>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



Cuernavaca, Morelos a 26 de Marzo del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA 2024”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Mitzi Aislinn Villanueva Pérez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dra. Luz María González Robledo





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

LUZ MARIA GONZALEZ ROBLEDO | Fecha:2026-04-15 09:21:17 | FIRMANTE

ng4/s0nxvOFu9y8vaUyKXyzbROsV9d0Sa8hhtTrMrYnv3bbMtHSM+hOZ/P4EGN07YjleNJXHufgCzKy96PDwImoHrJTolAmd9Kn7NbOoYhKnABWwQBQtEhWQvdeh+tOl9J7luTXjF6BQOgwpNwYaUXaVHoWKGJYykoOeS498tllYiM9Ze6jQTGvv3Pz7dyOt652+R0NCenEfu2luf8bAqUr2BEGzMEOA/GVvDtwlmGE9VejVMb37iD71B71bhexDv4ObQk1N/zQGJ1HVZbefv2nas5va+xnlTYQj/0igd38qO9Bj4/7A/0xpKPcJD7zGM+slyGaDa46+x2+KC8Rww==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



4MPQDujnL

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/GGPssCWLqvybs7x78krb4Khegi0FNKCP>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029



Cuernavaca, Morelos a 13 de Abril del 2026.

Dr. Lorenzo Díaz Carrillo
Director de la Facultad de Medicina
P r e s e n t e:

Estimado Dr. Díaz, por este conducto me permito informarle que he revisado el trabajo de Tesina **“PREVALENCIA DE SINTOMAS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE URGENCIAS ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL DE CUERNAVACA 2024”**, que para obtener el diploma de Especialidad en Urgencias Medicas me proporciono la alumna Mitzi Aislinn Villanueva Pérez. Le comunico que su contenido es adecuado y suficiente, por lo que de acuerdo al artículo 74 del Reglamento de Posgrado de la UAEM le otorgo:

Dictamen I se aprueba el trabajo de tesina tal como se presenta.

Así mismo, le agradezco la invitación a participar en este programa educativo, reiterando además mi disposición para seguir colaborando en este tipo de actividades. Sin otro particular por el momento, reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

Dr. Sergio Alfonso Zarate Guerrero





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento con firma electrónica UAEM, soportada por el certificado vigente a la fecha de su elaboración y con efectos plenos de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS PUBLICADOS en el ÓRGANO INFORMATIVO UNIVERSITARIO "ADOLFO MENÉNDEZ SAMARÁ" número 117 de fecha 20 de abril de 2021.

Sello electrónico

SERGIO ALFONSO ZARATE GUERRERO | Fecha:2026-04-16 11:44:17 | FIRMANTE

aZbKVSIBIBTr+Qu3yhiSHNK2j6UizJGkLcuJsR2w0kjt3IHJIXtnTHknWy0UZ48dtMwKggLGab/C7v/6LCDxatyL0n2pAFX1qS60onRyJB3+8BptovLsoGJ6axZFeA48zMY7Vql0R//ap627eh+624utu5pvz2XIQO4a3olboJobP3g05UAniupDeCW0YIEHoHSotbxJmcBFhWfp3Ppftbois8oQcvgr4YmBxNdEDaq2FZQG+x3fxtn0cVS3tknK54LZ8TowjAp8BjJoBGTtoogvNahe2m0mHFZe6DaxEOjGsojg84SS5+I4Ks/2VH4O/nHInGdSBmo+eXX49wmcVmkg==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



[Yix6bJyLo](#)

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/DZNafhx7fnq5gQAm3xQOGJDsLM7Dwf0J>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029