

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

PREVENCIÓN DE TRASTORNO DE ANSIEDAD EN TRABAJADORES IMSS: PROPUESTA DERIVADA DEL ESTUDIO EN LA UMF 37 LOS MOCHIS SINALOA

**PREVENTION OF ANXIETY DISORDERS IN IMSS WORKERS:
PROPOSAL DERIVED FROM THE STUDY AT UMF 37 LOS MOCHIS
SINALOA**

Dra. Marlen Edith Verduzco Arce

Residente de Medicina Familiar, UMF 37, calle Oaxaca 2588 Bosques del Pedregal, Los Mochis
Sinaloa

Dra. Eunice Acosta Vázquez

Especialista en Medicina Familiar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 46, Domicilio
prolongación Pascual Orozco S/N. Col. Cañadas, CP 80178. Culiacán, Sinaloa.

Dr. Canek Valle Iribe

Especialista en Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar 37, Domicilio
Circuito Privanza Milán 340 Fraccionamiento Privanzas C.P. 81293. Los Mochis Sinaloa.

Dr. Jesús Ruvalcaba Alcalde

Especialista en Medicina de Urgencias Médicas, adscrito al Hospital General de Zona no. 49,
Domicilio San Ángel Residencial de los Santos Nuevo Horizonte Fraccionamiento, C.P. 81233.
Los Mochis Sinaloa.

Prevención de trastorno de ansiedad en trabajadores IMSS: propuesta derivada del estudio en la UMF 37 Los Mochis Sinaloa

Dra. Marlen Edith Verduzco Arce¹

edithverar82@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-6424-9288>

Residente de Medicina Familiar, UMF 37,
calle Oaxaca 2588 Bosques del Pedregal, Los
Mochis Sinaloa

Dra. Eunice Acosta Vázquez

euni_2505@hotmail.com.mx

<https://orcid.org/0000-0003-0538-0818>

Especialista en Medicina Familiar adscritos a
la Unidad de Medicina Familiar 46, Domicilio
prolongación Pascual Orozco S/N. Col.
Cañadas, CP 80178. Culiacán, Sinaloa.

Dr. Canek Valle Iribe

canek.valle@imss.gob.mx

<https://orcid.org/0009-0006-9306-918X>

Especialista en Medicina Familiar adscrito a
la Unidad de Medicina Familiar 37, Domicilio
Circuito Privanza Milán 340 Fraccionamiento
Privanzas C.P. 81293. Los Mochis Sinaloa.

Dr. Jesús Ruvalcaba Alcalde

Jesus_rubal@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-4412-283X>

Especialista en Medicina de Urgencias
Médicas, adscrito al Hospital General de Zona
no. 49, Domicilio San Ángel Residencial de
los Santos Nuevo Horizonte Fraccionamiento,
C.P. 81233. Los Mochis Sinaloa.

RESUMEN

Introducción: La ansiedad es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en el ámbito laboral, con impacto en el bienestar y desempeño de los trabajadores. En un estudio realizado en la UMF 37 del IMSS en Los Mochis, Sinaloa, se encontró una prevalencia de ansiedad del 45.9%. Este hallazgo subraya la necesidad de intervenciones preventivas en Medicina Familiar. **Objetivo:** Proponer un modelo integral de prevención primaria para trastornos de ansiedad en personal laboral del IMSS. **Material y métodos:** Artículo propositivo que integra los hallazgos locales con evidencia en la UMF 37 Los Mochis Sinaloa durante el periodo mayo a julio 2025, encontrándose que casi la mitad de los trabajadores presentan algún grado de ansiedad, por lo cual nace la propuesta de medidas preventivas en la unidad de medicina familiar además que hay evidencia internacional de guías (OMS, OIT, NICE, AAFP) y literatura científica (2020–2025). Se diseñó un modelo preventivo en siete ejes. **Resultados:** Se desarrolló un modelo integral con siete ejes preventivos, un flujograma de atención escalonada y un plan operativo. Las propuestas incluyen tamizaje semestral, psicoeducación, mindfulness, promoción de estilos de vida, apoyo psicosocial y cambios organizacionales, así como fortalecimiento espiritual. **Conclusiones:** La implementación de estrategias preventivas en Medicina Familiar puede reducir la prevalencia de ansiedad, mejorar la calidad de vida de los trabajadores y disminuir costos institucionales en el IMSS.

Palabras clave: trastorno de ansiedad, prevención primaria, trabajadores de la salud, IMSS, Medicina Familiar

¹ Autor principal

Correspondencia: edithverar82@hotmail.com

Prevention of anxiety disorders in IMSS workers: proposal derived from the study at UMF 37 Los Mochis Sinaloa

ABSTRACT

Introduction: Anxiety is one of the most frequent mental health problems in the workplace, with significant impact on workers' well-being and performance. A study conducted at UMF 37 of the IMSS in Los Mochis, Sinaloa, found a prevalence of anxiety of 45.9%. This finding highlights the need for preventive interventions in Family Medicine. **Objective:** To propose a comprehensive primary prevention model for anxiety disorders in IMSS workers. **Material and Methods:** This is a propositional article that integrates local findings with evidence from UMF 37 Los Mochis, Sinaloa, during the period from May to July 2025, where nearly half of the workers presented some degree of anxiety. This prompted the proposal of preventive measures in the Family Medicine Unit, supported by international evidence from guidelines (WHO, ILO, NICE, AAFP) and scientific literature (2020–2025). A preventive model based on seven key components was designed. **Results:** An integral model was developed, consisting of seven preventive axes, a stepped-care flowchart, and an operational plan. The proposals include biannual screening, psychoeducation, mindfulness, lifestyle promotion, psychosocial support, organizational changes, and spiritual strengthening. **Conclusions:** The implementation of preventive strategies in Family Medicine may reduce the prevalence of anxiety, improve workers' quality of life, and lower institutional costs within IMSS.

Keywords: anxiety disorders, primary prevention, healthcare workers, IMSS, Family Medicine

Artículo recibido 25 agosto 2025

Aceptado para publicación: 25 setiembre 2025



INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), más de 301 millones de personas en el mundo padecen trastornos de ansiedad. Estos trastornos representan una de las principales causas de discapacidad global, con impacto en la productividad, la calidad de vida y los sistemas de salud. La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2022) advierte que las largas jornadas, la presión constante y la exposición a ambientes de alta demanda incrementan significativamente el riesgo de ansiedad en el ámbito laboral.

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022) ha señalado que los trastornos de ansiedad se encuentran subdiagnosticados, debido tanto al estigma social como a la limitada inversión en salud mental. La región enfrenta una brecha en la cobertura de atención, lo que dificulta implementar programas preventivos efectivos en trabajadores de la salud.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018–2019) identificó que 14.3% de la población presentó síntomas de ansiedad. Estudios recientes realizados en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportan cifras aún mayores, especialmente en médicos y personal de enfermería (García Morales, 2024). Esto refleja una necesidad urgente de estrategias preventivas a nivel institucional.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 37 en Los Mochis, Sinaloa, un estudio transversal realizado entre mayo y julio de 2025 en 307 trabajadores reportó una prevalencia de ansiedad del 45.9%. Los grupos más afectados fueron mujeres, médicos, administrativos, enfermería y asistentes médicos, particularmente en el turno matutino. El tabaquismo y el antecedente familiar de ansiedad también se identificaron como factores de riesgo significativos.

El presente manuscrito deriva de un estudio previo publicado recientemente titulado *Trastorno de ansiedad: Estudio de prevalencia en la UMF 37, Los Mochis, Sinaloa* (Verduzco-Arce et al., 2025). Dicho trabajo documentó una prevalencia de ansiedad del 45.9% en esta población, identificando como principales grupos de riesgo a mujeres, médicos, administrativos, enfermería y asistentes médicas, siendo el turno matutino el más afectado. A partir de estos hallazgos, surge la necesidad de plantear estrategias preventivas en el primer nivel de atención, orientadas a reducir la carga de ansiedad en los trabajadores de salud. Este nuevo artículo, por lo tanto, no constituye una repetición del anterior, sino



una propuesta complementaria que traduce la evidencia encontrada en intervenciones factibles de prevención primaria aplicables en la UMF 37.

Ante estos hallazgos, surge la necesidad de proponer medidas de prevención primaria en Medicina Familiar. Dichas medidas no requieren altos costos de implementación, se pueden aplicar dentro de la estructura del IMSS y tienen el potencial de reducir incapacidades, ausentismo y mejorar el bienestar de los trabajadores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Este artículo es de tipo propositivo, derivado de un estudio observacional, transversal y descriptivo realizado en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 37 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Los Mochis, Sinaloa, entre mayo y julio de 2025, con una muestra final de 307 trabajadores. Se trata de una propuesta sustentada en evidencia local + revisión de literatura.

Dicho estudio (Verduzco-Arce et al., 2025) documentó una prevalencia de ansiedad del 45.9%, identificando como principales grupos de riesgo a mujeres, médicos, administrativos, enfermería y asistentes médicas, con mayor frecuencia en el turno matutino, además de factores asociados como tabaquismo y antecedente familiar de ansiedad. A partir de dichos hallazgos surge la necesidad de diseñar estrategias de prevención primaria en el ámbito laboral, con enfoque desde Medicina Familiar.

Fuentes de información: Para sustentar las propuestas, se realizó una revisión narrativa y selectiva de literatura científica publicada entre 2020 y 2025, así como de guías internacionales (OMS, OIT, NICE, AAFP, APA). Esta búsqueda incluyó revisiones sistemáticas, ensayos clínicos e informes institucionales relacionados con la prevención de ansiedad en personal sanitario.

Construcción del modelo: Con base en la integración de la evidencia local e internacional, se diseñó un modelo integral de prevención primaria compuesto por siete ejes estratégicos, un flujograma de atención escalonada y un plan operativo con indicadores de seguimiento. El diseño metodológico corresponde a un enfoque de investigación aplicada y propositiva, enfocada al primer nivel de atención, con criterios de factibilidad y bajo costo para el IMSS.



RESULTADOS

Resumiendo, los resultados del artículo antes publicado (Verduzco-Arce et al., 2025) de los 368 trabajadores adscritos a la UMF 37 del IMSS, respondieron efectivamente 307, lo que representa una tasa de participación del 83%. La muestra incluyó personal de diversas categorías (médicos, enfermería, asistentes médicas, administrativos y de apoyo), con predominio del sexo femenino (71%) y una estructura educativa caracterizada por alta proporción de licenciatura, seguida de posgrado. En la distribución por turnos, el matutino concentró la mayor proporción de trabajadores (60.6%).

Aplicados los criterios DSM-5 para identificación clínica y la Escala de Hamilton (HAM-A) para establecer severidad, el 45.9% de la muestra (141 de 307) resultó positivo para trastorno de ansiedad, mientras que el 54.1% (166) fue negativo. Este porcentaje sitúa a la unidad de estudio en un rango alto de afectación en comparación con reportes de población general, en línea con la evidencia de mayor vulnerabilidad en trabajadores de salud.

Dentro del conjunto de positivos ($n=141$), el componente femenino fue mayoritario (≈ 110 casos), seguido por el masculino (≈ 31 casos). Esta distribución es consistente con la composición global de la plantilla, pero también con la literatura que describe una mayor carga de síntomas ansiosos en mujeres. En términos absolutos, la suma de casos femeninos con ansiedad representa un volumen relevante para la planificación de intervenciones preventivas, y además aporta contexto para interpretar la significación estadística observada en el análisis de asociación entre sexo y DSM-5 positivo. La clasificación por HAM-A mostró que, entre las mujeres positivas, alrededor de dos tercios se ubicaron en rangos leve–moderados y un tercio en severos; entre los hombres positivos, cerca de tres cuartas partes se ubicaron en leve–moderados y un cuarto en severos.

Asociación significativa entre variables y ansiedad (análisis bivariado).

El análisis de asociación bivariada entre DSM-5 positivo y variables sociodemográficas, laborales y conductuales mostró un patrón de resultados internamente consistente. El grupo femenino concentró la mayoría de los positivos. La mayor formación (licenciatura/posgrado) se asoció con mayor probabilidad de ansiedad; es plausible que la escolaridad opere como proxy de funciones y responsabilidades con mayor demanda cognitiva y emocional. Las categorías clínicas en contacto directo con el paciente (médicos, asistentes médicas, administrativos y por extensión enfermería) concentraron mayor



afectación relativa. El turno matutino, que concentra la mayor carga de pacientes y la confluencia de procesos clínicos y administrativos, mostró mayor frecuencia relativa de ansiedad positiva. Respecto al tabaquismo se encontró una asociación con aumento del riesgo (razón de momios >2). Las personas fumadoras presentaron una probabilidad significativamente mayor de resultar positivas al tamizaje. El antecedente familiar de ansiedad en trabajadores aumenta 2 veces la probabilidad de trastorno de ansiedad (razón de momios ≈ 2).

La escolaridad se asoció significativamente con DSM-5 positivo. La hipótesis más parsimoniosa, consistente con los datos, es que mayor formación tiende a coexistir con mayores expectativas de desempeño, responsabilidades de decisión clínica, exposición a presión asistencial y exigencias administrativas. En paralelo, la categoría laboral aparece como determinante: las funciones con contacto directo con el paciente y con la demanda asistencial más intensa (médicos, administrativos, asistentes médicas, y potencialmente enfermería) concentran proporciones más altas de ansiedad positiva. Estas dos señales (escolaridad y categoría) probablemente no son independientes en su significado ocupacional, y su convergencia refuerza la lectura de que la cercanía a la línea asistencial es un eje crítico.

Razón por la cual se propone y da pauta a buscar medidas preventivas en la literatura ya con evidencia establecida efectiva para prevenir el trastorno de ansiedad en los trabajadores vulnerables y más expuestos a estrés laboral, es por eso que nace este diseño que a continuación se muestra de forma detallada para dar a conocer que hay múltiples formas de prevenir el trastorno de ansiedad sin que genere costo a la institución, a continuación, se desglosa de forma detallada este modelo.

Prevención y manejo temprano de trastornos de ansiedad en trabajadores de la UMF 37

Objetivo general: reducir la prevalencia y severidad de ansiedad en el personal de la UMF 37 mediante un programa escalonado (universal, selectivo e indicado) que combine tamizaje periódico, intervenciones psicológicas breves, ajustes organizacionales y paquetes sinérgicos (p. ej., cesación tabáquica), con monitoreo continuo e indicadores verificables.

Alcance y población objetivo

- Cobertura: todo el personal (clínico, administrativo y de apoyo).



- Foco prioritario (según resultados): Mujeres en categorías clínicas (médicos/as, asistentes médicas, enfermería, turno matutino, trabajadores con tabaquismo y/o antecedente familiar de ansiedad.

Principios rectores

- No estigmatización y confidencialidad estricta.
- Acceso oportuno y gratuito en horario laboral.
- Evidencia y costo-efectividad (intervenciones breves, medibles).
- Ciclo de mejora continua (aprender–ajustar–optimizar).

Se presenta un modelo integral con siete ejes (incluyendo el fortalecimiento espiritual), un flujograma de atención escalonada y un esquema de riesgos versus acciones preventivas.

Se diseñó un modelo integral con siete ejes de prevención primaria:

- 1) Tamizaje sistemático
- 2) Psicoeducación y TCC breve
- 3) Mindfulness e iCBT
- 4) Estilos de vida saludables (incluyendo actividad física)
- 5) Apoyo psicosocial
- 6) Intervenciones organizacionales de bajo costo
- 7) Fortalecimiento espiritual

Cada eje se acompaña de indicadores específicos de implementación y evaluación.

Figura 1. Modelo integral de prevención primaria con siete ejes (incluye fortalecimiento espiritual).
Modelo integral de prevención (7 ejes)

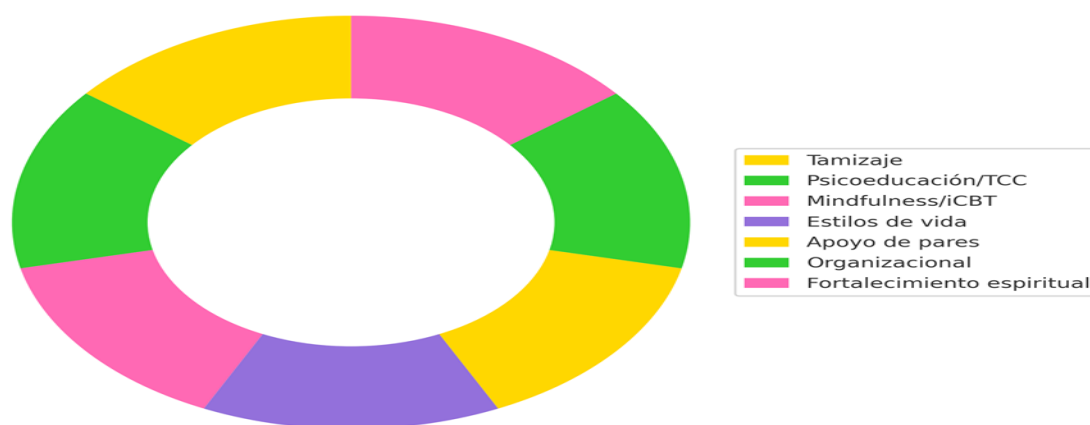
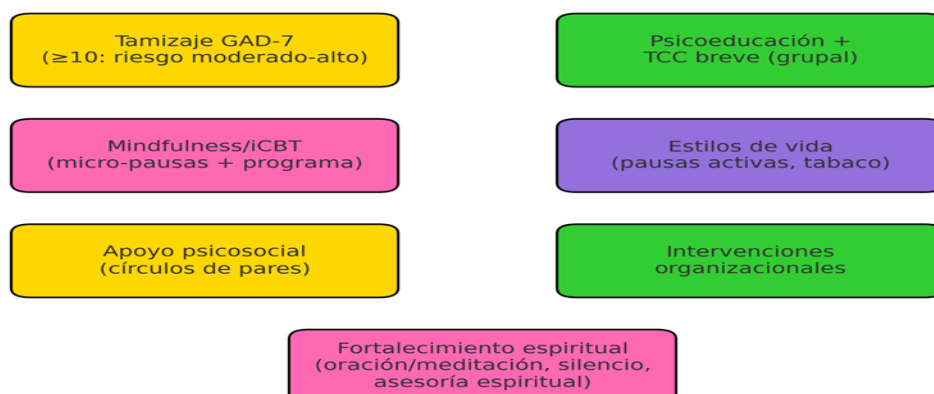


Figura 2. Flujograma de atención escalonada que integra el eje de espiritualidad.

Flujograma de atención escalonada (con eje espiritual)



Correspondencia entre factores de riesgo y acciones preventivas

Figura 3. Correspondencia entre factores de riesgo y acciones preventivas incluyendo espiritualidad.

Riesgo/Necesidad	Acción preventiva propuesta
Alta demanda asistencial	TCC breve + micro-ajustes organizacionales
Tabaquismo	Consejería breve + plan de cesación (5A)
Sueño irregular	Higiene del sueño y rotación de turnos
Aislamiento/estrés del rol	Círculos de pares con facilitación neutral
Déficit de sentido/propósito	Fortalecimiento espiritual (espacios de silencio, oración/meditación)

Síntesis de la evidencia científica sobre espiritualidad como factor protector frente a la ansiedad (2020–2025)

Figura 4. Espiritualidad como factor protector: síntesis de evidencia científica

Aspecto	Evidencia / Hallazgos
Definición	La espiritualidad se entiende como búsqueda de sentido, propósito y conexión trascendente.
Mecanismos protectores	Regulación emocional, reevaluación cognitiva, soporte social en comunidades de fe, incremento de esperanza y resiliencia.

Resultados reportados	Reducción de síntomas ansiosos (Koenig, 2022; Saiz & Alvarado, 2023). Comparables o superiores al mindfulness (Wachholtz & Pargament, 2005). Mayor satisfacción vital (Oman & Syme, 2022).
Aplicación en Medicina Familiar	Espacios voluntarios de reflexión, oración o silencio guiado; adaptados a la diversidad de creencias.
Conclusión	La integración de la dimensión espiritual en programas preventivos es factible, de bajo costo y culturalmente pertinente en trabajadores del IMSS.

Estilo de vida saludables

Figura 5. Estilos de vida saludables como factor protector frente a la ansiedad en trabajadores del IMSS.

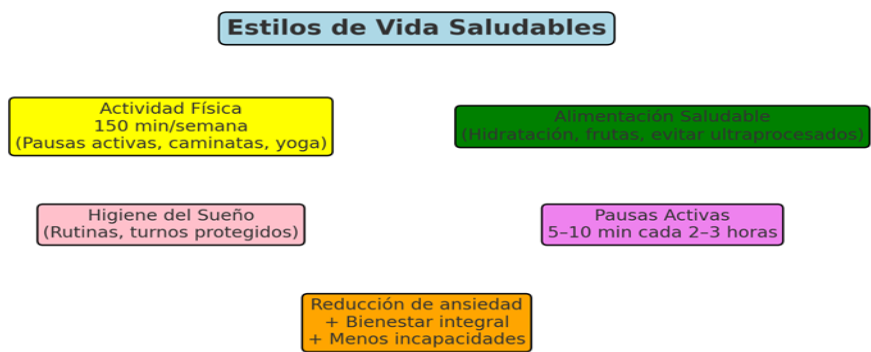


Tabla 1. Plan operativo de prevención en UMF 37

Eje	Actividad	Frecuencia	Responsable	Indicador
Tamizaje	Aplicación GAD-7	Semestral	MF/Salud en el trabajo	≥80% cobertura
Psicoeducación	Taller TCC breve	Bimestral	MF/Psicología	≥60% asistencia
Mindfulness	Sesiones 10 min	Semanal	MF/Psicología	≥60% adherencia
Estilos de vida	Campaña tabaco/pausas activas, actividad física	Continuo	Jefatura/RH	≥70% cumplimiento
Apoyo psicosocial	Círculos de pares	Mensual	MF/Psicología	≥80% satisfacción
Organizacional	Gestión de turnos	Continuo	Dirección UMF	↓ incidencias laborales
Fortalecimiento espiritual	Espacios de reflexión, oración, meditación	Mensual	MF/Capellanía	≥70% participación

PROPUESTAS DE INTERVENCION

Las medidas propuestas se organizan en siete ejes:

- Tamizaje: aplicación semestral de GAD-7.
- Psicoeducación y TCC breve en grupos.
- Mindfulness/iCBT en micro pausas.
- Estilos de vida saludables: cesación tabaco, pausas activas, alimentación adecuada y actividad física.
- Apoyo psicosocial: círculos de pares.
- Intervenciones organizacionales: redistribución de carga laboral y protocolos contra violencia.
- Fortalecimiento espiritual: espacios voluntarios de reflexión y conexión trascendente.



Tamizaje sistemático en Medicina Familiar

Objetivo: detectar tempranamente síntomas de ansiedad para evitar progresión a cuadros moderados–severos.

Población diana: todo el personal adscrito a la UMF 37; priorizar grupos de riesgo (mujeres, médicos, administrativos, enfermería y asistentes, turno matutino, fumadores, con antecedente familiar).

Instrumento: GAD-7 (licencia libre), corte ≥ 10 para probabilidad moderada/alta; 5–9: leve con seguimiento.

Procedimiento: (1) Aplicación semestral en consulta de MF/Salud en el Trabajo; (2) Registro en expediente clínico electrónico; (3) Retroalimentación inmediata y educación breve.

Indicadores: Cobertura $\geq 80\%$; proporción de positivos revalorados ≤ 14 días; tasa de derivación oportuna a psicología/psiquiatría.

Recursos: Formato impreso o digital del GAD-7; capacitación de 1 hora al personal de MF.

Sustento: Guías OMS/OIT (2022) y NICE (2022) recomiendan tamizaje focalizado en contextos de alta carga psicosocial.

Psicoeducación y TCC breve de baja intensidad (grupal)

Objetivo: reducir sintomatología y mejorar estrategias de afrontamiento.

Formato: grupos de 10–15 trabajadores; 4–6 sesiones de 60 minutos cada dos semanas.

Contenido mínimo: (a) psicoeducación sobre ansiedad y ciclo pensamiento–emoción–conducta; (b) técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular; (c) reestructuración cognitiva; (d) activación conductual; (e) higiene del sueño.

Implementación: impartido por psicología/Medicina Familiar con manual estandarizado; listas de asistencia; tareas entre sesiones.

Indicadores: reducción ≥ 2 puntos en GAD-7 al finalizar; $\geq 60\%$ adherencia; satisfacción $\geq 80\%$.

Sustento: evidencia 2020–2024 muestra eficacia de TCC breve e intervenciones grupales en personal sanitario para reducir ansiedad y estrés.

Mindfulness/MBI e iCBT

Objetivo: aumentar regulación emocional y atención plena para disminuir reactividad ansiosa.



Formato: (a) micro-pausas de 10 min al inicio del turno (respiración 4-4-6, escaneo corporal), 2–3 veces/semana; (b) programa MBI de 6–8 semanas; (c) alternativa iCBT asincrónica con módulos semanales (cuando no se disponga de facilitador).

Responsables: Psicología ocupacional y líderes de turno como facilitadores de micro-pausas.

Indicadores: asistencia $\geq 60\%$; descenso clínicamente significativo en GAD-7 o HAM-A; reportes de bienestar.

Sustento: revisiones recientes reportan tamaño de efecto pequeño–moderado de MBI e iCBT en sanitarios, con alta factibilidad en entornos laborales.

Estilos de vida y salud ocupacional

Componentes: (a) consejería breve para cesación de tabaco (modelo 5A: Averiguar, Aconsejar, Acordar, Ayudar, Acompañar); (b) pausas activas de 5–7 minutos cada 2–3 horas; (c) promoción de alimentación e hidratación durante el turno; (d) higiene del sueño con turnos.

Implementación: carteles, microsesiones de 10 min, retos saludables mensuales, coordinación con Recursos Humanos.

Indicadores: % fumadores con plan de cesación; cumplimiento de pausas activas (bitácoras de jefatura); reducción de síntomas músculo-esqueléticos autorreportados.

Sustento: guías de salud ocupacional y evidencia 2020–2024 muestran beneficio en ansiedad percibida y bienestar con pausas activas y cesación tabaco.

La actividad física regular es reconocida mundialmente como un factor protector frente a los trastornos de ansiedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) recomienda al menos 150 minutos semanales de actividad física moderada para reducir el riesgo de ansiedad y depresión. En trabajadores de la salud, estudios recientes han demostrado que el ejercicio físico regular no solo mejora la condición física, sino también la salud mental, reduciendo síntomas de ansiedad y mejorando la resiliencia (Mendoza-Álvarez et al., 2023; Paiano et al., 2024).

Actividad física como factor protector

La incorporación de actividad física dentro del eje de estilos de vida saludables en Medicina Familiar es una medida efectiva y de bajo costo. Se propone:

- Pausas activas de 5–10 minutos cada 2–3 horas de trabajo.



- Caminatas grupales organizadas semanalmente dentro o fuera de la UMF.
- Talleres de acondicionamiento básico (yoga, estiramientos, resistencia ligera).

Indicadores: porcentaje de trabajadores con ≥ 150 minutos/semana de actividad física; reducción en síntomas músculo-esqueléticos; disminución en puntuaciones del GAD-7.

Evidencia: La OMS (2023), la APA (2023) y revisiones sistemáticas recientes demuestran que la actividad física reduce los síntomas de ansiedad entre un 20–30%. En trabajadores sanitarios, Paiano et al. (2024) confirmaron que programas de ejercicio supervisado mejoran la autoeficacia y reducen el estrés percibido.

Apoyo psicosocial y círculos de pares

Objetivo: disminuir aislamiento, fomentar cohesión y estrategias de apoyo.

Formato: reuniones mensuales de 60 min por categoría (médicos, asistentes, enfermería, administrativos), con facilitación neutral (MF/psicología).

Contenido: intercambio de experiencias, resolución colaborativa de problemas, derivación oportuna de casos complejos.

Indicadores: asistencia $\geq 60\%$; satisfacción $\geq 80\%$; derivaciones apropiadas.

Sustento: estudios en sanitarios muestran que los grupos de pares disminuyen estrés percibido y síntomas ansiosos, y aumentan autoeficacia.

Intervenciones organizacionales de bajo costo

Medidas: (a) redistribución de carga en turno matutino (ventanillas de alta demanda con rotación); (b) micro ajustes en horarios para conciliación vida–trabajo; (c) liderazgo de apoyo y comunicación no violenta; (d) protocolos ante violencia laboral y sobrecarga.

Gobernanza: comité de salud mental laboral (Dirección UMF, Jefaturas, MF, Psicología, ST-IMSS).

Indicadores: reportes de incidentes psicosociales; rotación y ausentismo; satisfacción laboral.

Sustento: OMS/OIT (2022) recomiendan intervenir condiciones de trabajo además de acciones individuales, con mayor impacto sostenido.



Fortalecimiento Espiritual

La salud no puede entenderse únicamente desde lo biológico, psicológico y social; la Organización Mundial de la Salud reconoce la dimensión espiritual como parte esencial del bienestar integral. La espiritualidad, entendida como la búsqueda de sentido, propósito y conexión trascendente, ha demostrado ser un factor protector frente a la ansiedad. Estudios multicéntricos confirman que los trabajadores con mayor compromiso espiritual presentan menores niveles de estrés, depresión y ansiedad (Koenig, 2022; Moreira-Almeida et al., 2020). En contextos de salud, incluir la espiritualidad favorece la resiliencia, la regulación emocional y el afrontamiento de la carga laboral (Saiz & Alvarado, 2023).

Objetivo: integrar la dimensión espiritual como recurso de afrontamiento y resiliencia frente a la ansiedad. El fortalecimiento espiritual puede incluir prácticas como meditación trascendental, oración, círculos de reflexión, momentos de silencio guiados y apoyo de líderes espirituales. Diversos estudios han mostrado que la espiritualidad se asocia con menor prevalencia de síntomas ansiosos, mayor regulación emocional y sentido de propósito en la vida.

Formato: espacios grupales voluntarios de 30–45 minutos, adaptados a la diversidad de creencias. Implementación opcional de sesiones guiadas por psicólogos con formación en espiritualidad o capellanes hospitalarios.

Indicadores: participación $\geq 70\%$ de voluntarios; mejoras reportadas en resiliencia y satisfacción; reducción en síntomas de ansiedad en GAD-7.

Sustento: revisiones sistemáticas recientes han confirmado que la espiritualidad es un factor protector en la salud mental de trabajadores sanitarios.

Espiritualidad como factor protector frente a trastornos de ansiedad

La espiritualidad, entendida como la búsqueda de significado, propósito y conexión trascendente, actúa como recurso de afrontamiento y factor protector en contextos de alta demanda laboral. La evidencia científica muestra asociaciones consistentes entre espiritualidad y menor sintomatología ansiosa, así como una mayor resiliencia y regulación emocional. Revisiones recientes en profesionales de la salud indican que las prácticas espirituales (p. ej., meditación con componente espiritual, oración, espacios de silencio, y apoyo de líderes espirituales) se relacionan con reducciones significativas en ansiedad y



estrés, y con mejoras en bienestar subjetivo y sentido de vida. Los mecanismos propuestos incluyen la reorientación atencional, la reevaluación cognitiva, el soporte social basado en comunidades de fe, y el aumento de la esperanza y el optimismo realista.

En intervenciones comparativas, las prácticas espirituales guiadas han mostrado ventajas pequeñas a moderadas frente a condiciones de control activo, y resultados no inferiores frente a intervenciones seculares (p. ej., mindfulness). En el ámbito ocupacional sanitario, integrar la dimensión espiritual de forma respetuosa, voluntaria y plural potencia la adherencia y facilita el afrontamiento ante el estrés crónico.

Evidencia representativa: Koenig (2022); Moreira-Almeida et al. (2020); Saiz y Alvarado (2023); Oman y Syme (2022); Wachholtz y Pargament (2005).

La evidencia internacional señala que la espiritualidad se relaciona con menor prevalencia de síntomas ansiosos y mayor satisfacción vital. Una revisión sistemática en personal sanitario halló que la práctica espiritual reduce significativamente la percepción de estrés y mejora el bienestar subjetivo (Oman & Syme, 2022). Además, ensayos clínicos han mostrado que la meditación espiritual logra reducciones superiores en ansiedad comparada con técnicas de relajación seculares (Wachholtz & Pargament, 2005). Un meta-análisis de psicoterapia integrando espiritualidad reportó efectos no inferiores y en algunos casos superiores a los enfoques tradicionales (Captari et al., 2018). Esto sugiere que, en programas de prevención para el IMSS, la espiritualidad debe considerarse un recurso válido, voluntario y complementario, respetando la diversidad de creencias de los trabajadores.

Para finalizar esta propuesta se recomienda llevar a cabo el siguiente checklist de micro-ajustes del turno matutino:

Objetivo: reducir picos de estrés y mejorar percepción de control.

1. Micro-pausas estructuradas: ¿Se aplican pausas de 5–7 min cada 2–3 horas? ☐ Sí ☐ No
2. Redistribución de cargas: ¿Se reasignan tareas en momentos críticos (p. ej., 9–11h)? ☐ Sí ☐ No
3. Criterios de priorización visibles: ¿Se comunican reglas claras para atender flujos en horas punta? ☐ Sí ☐ No
4. Apoyo entre pares: ¿Hay personal “backup” asignado en momentos de saturación? ☐ Sí ☐ No



5. Minuta de cierre de turno: ¿Se realizan reuniones breves (≤ 5 min) al final para repaso y handover? ☐ Sí ☐ No

6. Revisión PDCA trimestral: ¿Se levantan lecciones aprendidas y ajustes de proceso cada 3 meses? ☐ Sí ☐ No

(Cada servicio completa el checklist semanalmente. Cumplimiento meta $\geq 80\%$ al mes 6.)

Indicadores priorizados en tablero operativo:

- Cobertura de tamizaje total y por servicio.
- Proporción de positivos y distribución leve/moderado/severo.
- Tiempo de derivación (meta: ≤ 7 días severos, ≤ 14 días moderados).
- Cumplimiento checklist matutino.
- Abandono tabáquico en cohorte ingresada.
- Reducción de casos severos (meta: -30% al mes 12).

DISCUSION

La prevalencia local (45.9%) se sitúa en el rango alto reportado en sanitarios a nivel internacional (30–50%). Estudios en México, Brasil y Europa han documentado asociaciones similares con sexo femenino, exposición a alta demanda asistencial y hábitos de riesgo. Programas de Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) breve, mindfulness y apoyo de pares han mostrado reducciones significativas en ansiedad, particularmente cuando se combinan con ajustes organizacionales. El modelo propuesto en este artículo aprovecha instrumentos gratuitos (GAD-7), capacidades existentes (Medicina Familiar, Psicología) y micro ajustes organizacionales, lo que permite una implementación factible con capacitación breve (<4 horas), manuales estandarizados y gobernanza local, sin necesidad de infraestructura adicional.

La ansiedad se asocia con ausentismo, presentismo y mayor utilización de servicios. La literatura reciente sugiere que programas preventivos en salud mental laboral logran retornos de inversión positivos al reducir incapacidades y rotación. En contextos sanitarios, intervenciones combinadas (tamizaje + TCC breve + microcambios organizacionales) han mostrado disminuciones de 10–30% en días de baja y 15–25% en síntomas, lo cual se traduce en ahorros netos para instituciones públicas.

Experiencias internacionales refuerzan la viabilidad de este enfoque. En el Reino Unido, el programa *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* ha demostrado que intervenciones breves basadas



en TCC en atención primaria reducen significativamente síntomas de ansiedad y depresión, con tasas de recuperación cercanas al 50%. En Brasil, los *Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)* han incorporado actividades grupales de salud mental, incluyendo psicoeducación y promoción de estilos de vida, con mejoras reportadas en bienestar y reducción de síntomas ansiosos en personal sanitario. En Canadá y Australia, los programas de *Employee Assistance Programs (EAPs)* han mostrado impacto positivo en la reducción del ausentismo laboral y en la mejora de la resiliencia de los trabajadores, al ofrecer acceso temprano a consejería psicológica y actividades preventivas.

Estos resultados internacionales muestran que la integración de medidas preventivas de bajo costo y aplicadas en el primer nivel de atención no solo es efectiva, sino también sostenible a largo plazo. Para el IMSS, un programa con cobertura $\geq 80\%$ y adherencia $\geq 60\%$ podría traducirse en reducción de incapacidades cortas relacionadas con ansiedad y mejora en la productividad institucional, con costos marginales limitados a la capacitación y al tiempo protegido de talleres. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Con el fin de resaltar las diferencias y complementariedades con el artículo previo publicado (Verduzco Arce et al., 2025), presentamos la Tabla 1, donde se sintetizan los principales contrastes metodológicos y de enfoque.

Tabla comparativa entre artículos

Aspecto	Artículo publicado (Prevalencia)	Artículo propositivo (Prevención)
Objetivo	Determinar la prevalencia de trastorno de ansiedad en trabajadores de la UMF 37.	Proponer un modelo integral de prevención primaria en Medicina Familiar.
Diseño	Estudio observacional, descriptivo y transversal (mayo–julio 2025).	Artículo propositivo basado en revisión de literatura (2020–2025) y guías internacionales.

Población	307 trabajadores de la UMF 37.	Basado en hallazgos del estudio local + evidencia científica internacional.
Resultados principales	Prevalencia de ansiedad: 45.9%. Factores asociados: sexo, categoría laboral, turno matutino, tabaquismo, antecedente familiar.	Modelo integral con 7 ejes de prevención: tamizaje, psicoeducación, mindfulness/iCBT, estilos de vida (actividad física), apoyo psicosocial, organizacionales y espiritualidad.
Aportación	Primera evidencia local de la magnitud del problema en UMF 37.	Propuesta de medidas preventivas aplicables y de bajo costo en Medicina Familiar.
Enfoque	Epidemiológico, cuantitativo.	Preventivo, operativo y aplicado al primer nivel de atención.
Implicaciones	Señala la necesidad de implementar programas de salud mental laboral en IMSS.	Ofrece un plan concreto con indicadores de seguimiento para reducir ansiedad y costos al IMSS.

Este artículo presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, el modelo preventivo se deriva de un estudio transversal realizado en una sola unidad de medicina familiar (UMF 37, Los Mochis), lo cual puede limitar la generalización a otros contextos institucionales. Además, los datos de base se obtuvieron mediante instrumentos de autoinforme (DSM-5 y HAM-A), con el riesgo de sesgo de discapacidad social o de sobre/subestimación de síntomas. Al tratarse de un diseño propositivo, no se dispone aún de evidencia de implementación que permita evaluar la efectividad real del modelo ni su costo-efectividad dentro del IMSS. Asimismo, la adherencia del personal y el apoyo gerencial representan factores críticos que pueden condicionar la viabilidad del programa. Finalmente, la inclusión de la dimensión espiritual, aunque respaldada por literatura científica reciente, requiere adaptación cultural y sensibilidad a la diversidad de creencias del personal de salud.

Entre las fortalezas de este manuscrito destaca que se basa en datos recientes obtenidos en trabajadores de salud del IMSS, con una muestra amplia y representativa de la UMF 37, lo que otorga validez local a la propuesta. El modelo preventivo integra de manera innovadora siete ejes estratégicos que abarcan niveles individual, grupal y organizacional, alineados con guías internacionales y con evidencia científica actualizada (2020–2025). Además, la propuesta se caracteriza por su factibilidad y bajo costo, al aprovechar recursos existentes en Medicina Familiar y Psicología, e incorporar instrumentos gratuitos y de fácil aplicación como el GAD-7. La inclusión de la dimensión espiritual como séptimo eje amplía el enfoque biopsicosocial hacia un abordaje más integral, adaptado al contexto cultural mexicano y respaldado por literatura reciente. Finalmente, la propuesta incluye indicadores de evaluación y un plan operativo detallado, lo cual favorece su implementación práctica y su potencial de replicabilidad en otras unidades del IMSS.

CONCLUSIONES

La implementación de estrategias preventivas en Medicina Familiar puede reducir la prevalencia de ansiedad en trabajadores del IMSS, mejorar su calidad de vida y disminuir los costos institucionales asociados. El modelo integral propuesto, basado en siete ejes, representa una herramienta viable y adaptable para fortalecer la salud mental en el primer nivel de atención. Se sugiere que investigaciones posteriores evalúen la efectividad del modelo en la práctica clínica mediante estudios longitudinales y de intervención, con el fin de medir su impacto real en la reducción de la ansiedad y en los indicadores



de productividad laboral. Asimismo, sería pertinente realizar comparaciones multicéntricas entre distintas unidades de medicina familiar del IMSS para determinar la replicabilidad del modelo en otros contextos. Finalmente, se recomienda explorar el papel de factores protectores como la espiritualidad y el apoyo social en estudios prospectivos, así como incorporar metodologías cualitativas que permitan comprender la experiencia subjetiva de los trabajadores frente a la ansiedad.

La magnitud de la ansiedad en el personal de la UMF 37 justifica la adopción institucional de un modelo integral de prevención primaria desde Medicina Familiar. Las siete líneas de acción propuestas — tamizaje, psicoeducación/TCC breve, mindfulness/iCBT, estilos de vida como actividad física, higiene del sueño, apoyo psicosocial, intervenciones organizacionales, así como fortalecimiento espiritual — son factibles, de bajo costo y cuentan con respaldo científico reciente. Su implementación puede disminuir síntomas, evitar progresión, reducir incapacidades y optimizar el uso de recursos del IMSS. Recomendamos iniciar con un plan piloto en la UMF 37, con evaluación trimestral de indicadores, y escalar progresivamente a otras UMF del estado y del país. Se recomienda implementar un piloto institucional en la UMF 37 con evaluación trimestral y posterior expansión. Este artículo refuerza y complementa la evidencia epidemiológica previa y se orienta a la práctica preventiva.

La integración de la dimensión espiritual como séptimo eje en el modelo preventivo amplía la perspectiva biopsicosocial hacia una visión biopsicosocial-espiritual, congruente con la evidencia científica reciente. Fortalecer la espiritualidad en los trabajadores del IMSS puede favorecer la resiliencia, disminuir los síntomas de ansiedad y aportar un sentido de propósito en la labor sanitaria. Su inclusión, de manera respetuosa y voluntaria, potencia el impacto preventivo y ofrece un abordaje más humano e integral en Medicina Familiar.

Agradecimientos

La autora expresa su más sincero agradecimiento a los **trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del IMSS, en Los Mochis, Sinaloa**, quienes participaron voluntariamente en la encuesta y compartieron su tiempo y experiencias, haciendo posible la realización de este estudio.

De igual manera, reconocemos la valiosa colaboración de los **coautores de este manuscrito**, quienes contribuyeron de manera significativa en el diseño metodológico, la recolección de datos, el análisis



estadístico y la revisión crítica del documento. Su compromiso académico y profesional enriqueció cada etapa del proceso de investigación.

Finalmente, agradecemos al **personal administrativo y de apoyo de la UMF 37**, por las facilidades otorgadas durante el levantamiento de la información, y a todos aquellos que, de manera directa o indirecta, contribuyeron a la culminación de este trabajo.

Lista de abreviaturas

AAFP: American Academy of Family Physicians

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7-item scale

HAM-A: Hamilton Anxiety Rating Scale

iCBT: Internet-based Cognitive Behavioral Therapy

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

MBI: Mindfulness-Based Interventions

MF: Medicina Familiar

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

OIT: Organización Internacional del Trabajo

OMS: Organización Mundial de la Salud

RH: Recursos humanos

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual

UMF: Unidad de Medicina Familiar

PDCA: Pilotos secuenciales de mejora

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DeGeorge, K. C., Grover, S., & Hersch, E. C. (2022). Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: Diagnosis and management. *American Family Physician, 106*(2), 123–132.
2. Lucas-Hernández, M., Pérez-González, J., Ramírez-Soto, A., et al. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en personal de salud del Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, México, 2020–2021. *Revista Mexicana de Psiquiatría, 45*(2), 105–114.



3. Medrano-Hernández, R., López-Sánchez, D., Torres-Vázquez, P., et al. (2022). Correlación entre estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de la salud en México. **Salud Mental Mexicana*, 45*(3), 140–150.
4. Mendoza-Álvarez, J. A., López-Cervantes, A., Téllez-Hernández, J. F., et al. (2023). Symptoms in frontline healthcare workers in a COVID-19 hospital in Northeast Mexico. **International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20*(10), 5799. <https://doi.org/10.3390/ijerph20105799>
5. National Institute for Health and Care Excellence. (2022). **Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management (CG113)** <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
6. World Health Organization & International Labour Organization. (2022). **Mental health at work: Policy brief.** World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>
7. Clark, D. M. (2018). Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT program. **Annual Review of Clinical Psychology*, 14,* 159–183. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084833>
8. NHS Digital. (2022). **Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) annual report 2021–22.** NHS England. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/mental-health-services-monthly-statistics>
9. Campos, R. O., Gama, C. A. P., Ferrer, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Trapé, T. L., & Porto, K. (2011). Saúde mental na atenção primária à saúde: Estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva*, 16*(12), 4643–4652. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015>
10. Attridge, M. (2019). Employee Assistance Programs: Evidence and current trends. In C. L. Cooper & J. C. Quick (Eds.), **The handbook of stress and health** (pp. 473–490). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch29>
11. Joseph, B., Walker, A., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2020). Evaluation of Employee Assistance Program (EAP) services in Australia: Usage, outcomes and impact on workplace wellbeing. **Journal of Workplace Behavioral Health*, 35*(3), 175–192. <https://doi.org/10.1080/15555240.2020.1766182>



12. Paiano, M., Mazza, C., Pino, M. C., & Roncone, R. (2024). Anxiety and depression in healthcare workers are associated with work stress and poor work ability. **AIMS Public Health*, 11*(1), 70–82. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2024063>
13. Sanabria-Enríquez, C., Morales-García, F., Ramírez-Vargas, L., et al. (2024). Ansiedad, depresión y estrés postraumático en trabajadores sanitarios durante la pandemia de COVID-19. **Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 12*(1), 55–63.
14. Sánchez Hernández, J., & Herrera Morales, A. (2024). Prevalencia de trastornos de ansiedad, depresión y alteraciones del sueño en trabajadores sanitarios de Ciudad Madero, Tamaulipas. **Acta Médica Mexicana*, 36*(2), 112–120.
15. Verduzco-Arce, M. E., Valle-Irribé, C., Acosta-Vázquez, E., & Peñuelas-Félix, R. A. (2025). Trastorno de ansiedad en personal laboral del IMSS: Estudio de prevalencia en la UMF 37, Los Mochis, Sinaloa. **IberoCiencias*, 4*(3), Artículo 254. <https://doi.org/10.63371/ic.v4.n3.a254>
16. World Health Organization. (2023). **World mental health report: Transforming mental health for all.** World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063174>
17. International Labour Organization. (2022). **Stress and mental health at work: A guide for employers.** ILO. <https://www.ilo.org/global/publications>
18. American Psychological Association. (2023). **Clinical practice guideline for the treatment of anxiety disorders.** APA. <https://www.apa.org>
19. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2021). **Work, stress, and health: A state-of-the-science review.** National Academies Press.
20. Koenig, H. G. (2022). **Religion and mental health: Research and clinical applications.** Academic Press.
21. Saiz, J., & Alvarado, C. (2023). Spirituality as a protective factor in healthcare workers' mental health: A systematic review. **Journal of Religion and Health*, 62*(1), 34–49. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01555-x>
22. Moreira-Almeida, A., Sharma, A., & Koenig, H. G. (2020). Spirituality and mental health: Current perspectives. **Harvard Review of Psychiatry*, 28*(5), 287–300. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000273>



23. Oman, D., & Syme, S. L. (2022). Spiritual practices and health outcomes among healthcare professionals: Evidence from longitudinal studies. *BMC Public Health*, 22,* 1132. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-11132>
24. Wachholtz, A. B., & Pargament, K. I. (2005). Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 28*(4), 369–384. <https://doi.org/10.1007/s10865-005-9008-5>
25. Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy, S. E., Worthington Jr, E. L., & Aten, J. D. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74*(11), 1938–1951. <https://doi.org/10.1002/jclp.22681>
26. Goodarzi, Z., Najafi, F., Ghasemi, F., et al. (2025). A systematic review and meta-analysis on physical activity and anxiety symptoms in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. ScienceDirect.
27. Fu, Q., et al. (2025). The effects of physical activity on the mental health of typically developing children and adolescents: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 25,* Article 22690. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22690-8>
28. Simpson, A., et al. (2024). Physical activity interventions for the promotion of mental health outcomes in at-risk children and adolescents. *Health Psychology Review*, 18*(3), 1–20. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2391787>
29. Gosadi, I. M. (2024). Protective effect of exercise against depression, anxiety, and stress among university students based on their level of academic performance. *Medicina*, 60*(10), Article 1706. <https://doi.org/10.3390/medicina60101706>
30. Wanjau, M. N., Möller, H., Haigh, F., Milat, A., Hayek, R., Lucas, P., & Veerman, J. L. (2023). Physical activity and depression and anxiety disorders: A systematic review of reviews and assessment of causality. *PLoS One*, 18*(12), e10546525. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.10546525>

