



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**  
**Sistema de Universidad Abierta y Educación a**  
**Distancia**

**Manuscrito Recepcional**  
**Programa de Profundización en Psicología de la**  
**Salud**

**Prevalencia del nivel de estrés laboral, ansiedad y**  
**depresión en personal de la salud en áreas COVID en**  
**el Hospital Regional Presidente Juárez de Oaxaca.**

**Reporte de Investigación Descriptiva**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**Cesar Pérez García**

**Director: Mtra. Abigail Yaveth Rivera Valerdi**

**Dictaminadoras:**

**Vocal: Dr. Manuel Hernández Reyes.**

**Secretario: Lic. Diana Emireth Ríos López.**



**Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, junio de 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Índice.

### Contenido

Introducción.....	3
Marco Teórico.....	3
Justificación.....	23
Pregunta de investigación.....	24
Objetivos.....	24
Pregunta de investigación.....	25
Hipótesis.....	25
Método y procedimiento.....	26
Consideraciones Ética.....	26
Procedimiento.....	27
Resultados.....	31
Discusión.....	44
Referencias.....	48
Anexos y/o apéndices.....	52

## **Introducción.**

### **Marco Teórico.**

#### **Salud.**

Gómez (2017) describe como se percibe la salud desde una perspectiva multifactorial:

La forma en que medimos salud se desarrolla de manera indirecta mediante indicadores que abarcan diferentes manifestaciones de enfermedad: indicadores sociodemográficos como tasas de suicidios, homicidios, violencia y delincuencia juvenil; indicadores sanitarios como las tasas de mortalidad, letalidad, incidencia, riesgos relativo y atribuible; indicadores de utilización de servicios médicos como las tasas de hospitalización, consultas médicas, intervenciones quirúrgicas, exploraciones diagnósticas; y otros relativos a los recursos sanitarios como número de camas disponibles, ingresos por año, altas médicas y especialistas internos (p. 2).

Las definiciones de la salud desde la enfermedad son aquellas que describen a la salud en contraposición a los términos negativos asociados al malestar y el desajuste del cuerpo, la mente o las relaciones. En 1946 la definición de salud que constituye la Organización Mundial de la Salud la OMS (2009, como se citó en Gómez, 2017) entendida como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este tipo de definición marco un antes y un después ya que la salud no estaba basada únicamente en lo físico si no era un aspecto general y englobaba los social y mental.

## **Salud mental.**

Katz et al. (2107) realiza una contextualización de la importancia de la salud mental en relación a la calidad de vida actual además de brindar una perspectiva epidemiológica:

La salud mental es una prioridad en los sistemas de salud, no sólo porque tenemos conocimiento de la enorme carga que representa en el peso de la enfermedad, sino también porque se considera una condición primordial de calidad de vida. En términos epidemiológicos, la salud mental contribuye con la carga global de las enfermedades en alrededor de 12%, representa hasta 28% de los años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años, considerando el suicidio (p. 351).

La OMS (2017. cómo se citó en Gómez et al., 2017) reconoce que los trastornos de salud mental, particularmente la depresión, constituyen uno de los 20 grandes desafíos de la salud pública, los principales trazadores de líneas de acción en promoción de la salud que se promueven a nivel global no incluyen ninguna acción relacionada con la salud mental. Errazuri et al. (2007, citado en Ornelas y Ruiz, 2016) comenta que, de manera específica, se define a la salud mental como: el equilibrio armónico entre el individuo y su entorno, contando factores sociales, ambientales, biológicos, psicológicos y espirituales, aunados a sentimientos de bienestar, desempeño de actividades, la cultura, valores y estilos de vida. Finalmente, para Flores y Gallego (2011, como se citó en Ornelas y Ruiz, 2016) el desarrollo de la Salud mental se basa en la satisfacción de sus necesidades de vínculo, orientación, entrega, arraigo, identidad y trascendencia.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, explica Medina (2003, como se citó en Ornelas y Ruiz, 2016), en población comunitaria, se hallaron con mayor frecuencia los trastornos de ansiedad (14.3%), seguidos por los de abuso de sustancias (9.2%) y los afectivos (9.1%). Se pudo observar que los trastornos afectivos y de ansiedad son más usuales en las mujeres, mientras que los relacionados con el uso de sustancias lo son en los hombres. Al analizar los trastornos individuales, las fobias específicas fueron los más comunes (7.1%), seguidas de los de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). Al analizar por sexo, los principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales) y el episodio depresivo mayor; para los hombres fueron el abuso y la dependencia al alcohol, así como los trastornos de conducta.

Ornelas y Ruiz (2016)” describen la falta de atención y discriminación también se aprecia en las políticas públicas, al ver que la salud mental es un área de poco interés para la inversión de recursos de manera reiterada” (p. 66).

Bernardini (2014, como se citó en Ornelas y Ruiz, 2016) expone la gran necesidad de que las políticas públicas se adhieran más a temas de sí, y cuestiona si los intereses políticos pueden estar de acuerdo con las prioridades sociales, que por experiencia casi nunca coinciden. “Quizás esa experiencia sea la que nos indique que es tiempo de repensar el futuro de nuestra sociedad, aunque la historia dice que ello suele definirse en espacios y tiempos de política”. En este sentido expone Londoño y Vinaccia (2006, como se citó en Ornerlas y Ruiz, 2016) el psicólogo debe ampliar su papel más allá de la intervención clínica, buscando alcanzar una mayor comprensión de la relación de la salud con diversos aspectos psicológicos; una vez que se evidencie la efectividad de las intervenciones psicológicas, se expandirán los objetivos de los psicólogos en

intervención y promoción de la salud, “La psicología aún le debe a la sociedad la aplicación de todo el arsenal de conocimientos que ha producido en torno a la salud, desempeñando así un rol adicional para ir más allá de la acción individualizada, más cercana a la intervención clínica, y trascenderla para favorecer el bienestar y el desarrollo social”.

### **Salud Mental del personal de sanitario.**

Park et al., (2018, como se citó en Acosta e Iglesias, 2020) Los casos de COVID-19 van en aumento; enfermeras, médicos, biólogos y trabajadores de salud en general se ven expuestos a un mayor riesgo de contraer esta enfermedad. Como lo indica Lee (2007, como se citó en Acosta e Iglesias, 2020) la gran carga de trabajo, los escasos de equipos de protección personal, la falta de medicamentos específicos puede aumentar la carga mental. Lai comenta (2020, como se citó en Acosta e Iglesias,2020) Los trabajadores de salud que constantemente participan en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con COVID-19 están expuestos a desarrollar síntomas de ansiedad y estrés. Wang Et al. (2020, como se citó en Acosta e Iglesias,2020) La fácil transmisión del virus y las tasas de muerte asociadas a este pueden aumentar la percepción de peligro y estrés en el personal de salud. Wu (2009, como se citó en Acosta e Iglesias, 2020) comenta: Tener un trabajo de alto riesgo, el estar en contacto con personas infectadas y estar aislado son causas comunes de trauma. Como lo expresa Greenberg (2020, como se citó en Torres et al., 2020): La angustia de convertirse en un paciente más y ver cómo compañeros de trabajo son contagiados y ocupan camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la necesidad de tomar decisiones difíciles como la utilización de recursos cada vez más escasos en pacientes igualmente necesitados, brindar la mejor atención médica posible a pacientes gravemente enfermos en un sistema de salud colapsado. Mantener el equilibrio entre las propias

necesidades mentales y físicas y las de los pacientes, la angustia de ser un foco de infección para familiares y seres queridos, así como la difícil tarea de equilibrar los deseos propios con el deber. Lai (2020, como se citó en Torres et al., 2020) explica: en una encuesta transversal que incluyó a 1257 ciudadanos chinos del área de la salud originarios tanto de Wuhan, otras regiones de la provincia de Hubei y de otras provincias con alta incidencia de pacientes con COVID-19, se buscaron síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes eran mujeres enfermeras de hospitales de tercer nivel entre los 26 y 40 años de edad, casadas, con un título de técnico profesional que participaban directamente en el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID-19 (primera línea de atención). Del total de encuestados, 634 (50.4%) tuvo síntomas de depresión, 560 (44.6%) de ansiedad, 427(34%) de insomnio y 899 (71.5%) de angustia. Los sentimientos de vulnerabilidad se ven exacerbados por las condiciones de trabajo y recomendaciones de manejo que cambian rápidamente, por el miedo al inminente desabasto en EPP, así como por la necesidad de tomar decisiones con implicaciones para sus seres queridos como contagiarlos.

### **Estrés Laboral.**

El estudio del estrés laboral es de gran interés a nivel mundial y nacional por los efectos negativos que genera en la salud de las personas y las organizaciones, la relación establecida entre estrés y los trabajos con efectos psicosociales, remite a los conceptos de factores psicosociales, factores psicosociales de riesgo y riesgos psicosociales como lo explica Sauter, Et al., (1998, como se citó en Osorio y Cárdenas, 2017) los factores psicosociales son aquellas condiciones tanto intralaborales como extralaborales y del individuo que influyen en la aparición de estrés. En ese sentido, el estrés laboral lo ha definido Moreno y Báez (2010, como se citó en

Osorio y Cárdenas, 2017) como: el resultado de la aparición de factores psicosociales de riesgo, o como riesgo psicosocial que por sí mismo tiene alta probabilidad de afectar de forma importante a la salud de los trabajadores y al funcionamiento empresarial a medio y largo plazo. Las definiciones de estrés como lo exponen Beehr y Neuman (1978, como se citó en Osorio y Cárdenas, 2017) giran en torno a la adaptación del ser humano a demandas externas, a la capacidad del organismo para hacerle frente y a un estado del organismo con síntomas físicos, psicológicos.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2004, como se citó en Patlan, 2019), se generan altos costos a causa de la presencia de un creciente número de trabajadores que sufren estrés en el trabajo. Al respecto, los trabajadores sufren desánimo, cansancio, ansiedad, estrés, pérdida de ingresos y hasta desempleo, lo que les puede llegar a generar una enfermedad mental. Para los empleadores los costos se traducen en baja productividad, altas tasas de rotación laboral y mayores costos de selección de personal. Según los gobiernos, los costos incluyen gastos de atención médica y seguridad social, el acceso a servicios de salud mental, pago de seguros y reducciones en la renta nacional. Como lo explica Starvroula (2004, como se citó en Patlan 2019): Un trabajador que está estresado presenta con mayor frecuencia enfermedades, está poco motivado, es menos productivo y tiene menos seguridad laboral. El estrés laboral no solo afecta la salud y el bienestar de los trabajadores, sino también la economía de cada país. El estrés laboral es una reacción que presenta el trabajador ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus capacidades y recursos, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar una situación. Esta situación se agrava cuando el trabajador no recibe el suficiente apoyo de sus

compañeros de trabajo o de sus superiores, y cuando cuenta con un control limitado sobre su trabajo y la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (2004, como se citó en Patlan, 2019) el estrés laboral es la reacción que puede tener un trabajador ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar las situaciones de trabajo. Esta situación se agrava cuando el trabajador siente que no recibe el suficiente apoyo de sus supervisores y compañeros de trabajo, y cuando tiene un control limitado sobre su trabajo o la forma en que puede hacer frente a las exigencias y presiones laborales, aunque está bien esta derivado al estrés ocupacional que es el estrés producido por las características del puesto de trabajo, presentes en el lugar de trabajo, las cuales hacen que una ocupación genere una mayor o menor tensión en el trabajo y por último el estrés organizacional, se refiere al conjunto de respuestas del trabajador frente a situaciones de trabajo que provocan un detrimento de su salud en los ámbitos fisiológico, psicológico, emocional y conductual, y que también tiene efectos en la organización.

## **Depresión**

La depresión como expresa Venkatesh y Edirappuli (2020, como se citó Veliz y Díaz, 2020) en es un trastorno del estado de ánimo que causa sentimientos negativos como tristeza, abatimiento, sufrimiento, minusvalía, pena incontrolable, ira o frustración. La falta de autoestima y la pérdida de interés por realizar actividades cotidianas, son algunas de las consecuencias negativas que trae consigo esta enfermedad. Varias señales indican la presencia de depresión. Expone Ozamis et al. (2020, como se citó en Veliz y Díaz, 2020) La tristeza es un síntoma que acompaña a la

depresión, aunque es posible que algunas personas con depresión ni siquiera se sientan tristes. Las personas pueden tener síntomas diferentes. Se pueden manifestar sentimientos de tristeza y “vacío”, pesimismo, culpabilidad, inquietud e irritabilidad. Es común la pérdida de interés o placer en las actividades habituales y de energía, fatiga o sensación de lentitud. Puede experimentarse dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones, dificultad para dormir y despertarse por la mañana, trastornos en el apetito y pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio. Además, la cefalea, calambres y trastornos digestivos de difícil control pueden ser experimentados. Frecuentemente se confunde tristeza con depresión. La depresión es un proceso de larga duración y perturba las actividades diarias. Suele presentarse por variadas causas, entre ellas, encontrarse enfermo por la COVID o estar aislado en su domicilio.

La actual pandemia de COVID-19 puede provocar un nuevo estado depresivo como lo manifiesta Huarcaya (2020, como se citó en Veliz y Díaz, 2020) reavivar una enfermedad pasada o acrecentar el estado depresivo existente. Cuando la persona se percata de que ha sufrido pérdidas por el interés de actividades que disfrutaba, en los hábitos personales o en el ciclo del sueño, alimentación u otras prácticas; se experimenta ira, tristeza e ideas sobre la muerte. En este momento se debe buscar atención inmediata con el médico de la familia, quien realizará las acciones necesarias para solucionar o viabilizar la atención a estos trastornos.

Existen grupos propensos a padecer de depresión con mayor facilidad indica el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (2019, como se citó en Veliz y Díaz, 2020) las féminas, aquellas personas que sufren de una enfermedad crónica (cáncer, diabetes, asma bronquial, enfermedad cerebrovascular o cardiopatía isquémica) o presentan algún tipo de discapacidad; así como quienes sufren dificultades para conciliar el sueño, se encuentran solos o

socialmente aislado más susceptibles al desarrollo de la depresión. También puede incrementarse el riesgo de depresión si se presentan antecedentes personales o familiares de depresión, si se emplean algunos medicamentos (beta bloqueadores, anticonvulsivantes, esteroides, hipnóticos) o si se consumen bebidas alcohólicas u otras drogas legales, como el tabaco y automedicarse.

Por otro lado, los prestadores de servicio de salud son los primeros afectados en esta pandemia y así lo explica Ho Et al (2020, como se citó en Félix, 2020) quienes responden primero, como el personal de ambulancias o trabajadores de la salud, son quienes más se afectan al temer contagiarse y contagiar a sus seres queridos. Agreguemos que se desarrolla disonancia y conflictos internos cuando falla el balance entre el deber profesional y el altruismo, contra los miedos personales. Personal de salud en terapias intensivas y guardias de aislamiento son los más afectados, incluso se ha establecido que médicos solteros se ven psiquiátricamente más afectados que enfermeras casadas, tomando en cuenta que otros factores pueden agravarlos, tales como falta de soporte social, falla en la comunicación y ausencia de entrenamiento.

### **Ansiedad.**

Cedillo (2017) describe la perspectiva de la ansiedad basada en los principales conceptos y/o modelos estudiados desde la psicología:

La palabra ansiedad puede referirse a una variedad de fenómenos relacionados: a una clase de desórdenes psiquiátricos, a patrones particulares de conducta en modelos animales, y como una característica de afecto negativa. Otra perspectiva en ansiedad, especifica un estado emocional orientada a futuro experimentada por todos los humanos en diferentes grados (p. 240).

Como comenta Marks (1986, como se citó en Cedillo, 2017) si bien la ansiedad se confunde por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles. Comenta Campbell (1986, como se citó en Cedillo, 2017) tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se muestran pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, tienden a confundirse un término u otro. Una de las principales características sobresalientes de la ansiedad comenta Sandin y Chorot (1995, como se citó en Cedillo, 2017) es que es anticipatoria, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, dándole un valor funcional importante, además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo. Sin embargo, explica Vila (1984, como se citó en Cedillo, 2017) si la ansiedad supera los parámetros normales en cuanto de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional.

La ansiedad es uno de los principales afecciones presentados dentro de los trabajadores de salud, ya que son los que se encuentran en primera línea de contacto con potenciales pacientes que padecen enfermedades respiratorias como lo comunica la OMS (2020, como se citó en Hernández, 2020) para los trabajadores de la salud, sentirse estresado ante esta pandemia es una experiencia más que probable de hecho, es bastante normal sentirse así en la situación actual, de igual manera como lo expresa El estrés y los sentimientos asociados no son en modo alguno una reflexión de que no puedes hacer tu trabajo, o que eres débil, o que sencillamente, no consigues

enfrentar estas emociones, lo cual es tan importante como controlar la salud física. De esta manera coincide con Brooks et al. (2020, como se citó en Hernández, 2020) los trabajadores de la salud pueden evitar a su familia o comunidad por estigma o miedo a contraer el padecimiento, lo que puede hacer que una situación ya de por sí desafiante, sea mucho más difícil de enfrentar, coinciden con estos planteamientos y exponen que la crisis ocasionada por la COVID-19, ha traído aparejado grandes retos para la estabilidad emocional de este personal, por el gran estrés que se vive en los centros de atención directa. Es frecuente que los trabajadores de la salud experimenten: miedo, pena, frustración, culpa, agotamiento y ansiedad, en relación con un mayor número de horas de trabajo y el desbordamiento en la demanda asistencial (los profesionales también se pueden contagiar y transmitir la COVID-19 a otros).

En una encuesta realizada en distintas áreas que atendían pacientes COVID a personal de salud arrojaron los siguientes resultados:

La ansiedad fue el sentimiento más frecuente en 65.33%, pero 17.33% presentó enojo, 9.33% pánico y a 8% le fue indiferente. La principal carencia según la percepción del personal es el equipo de protección personal (EPP) (54.66%), seguida del equipo tecnológico o ventiladores (26.66%); 12% percibió que faltaba recurso humano (médicos, enfermeras, inhaloterapeutas) y 6.66% medicamentos. La principal preocupación personal de médicos y enfermeras es infectar a algún miembro de su familia con 68%, infectarse 18%, morir 12% y sólo 2% está preocupado por su economía en estos momentos. Además 65.33% sabe que el nivel socioeconómico es indistinto como factor de riesgo para esta enfermedad, 19.33% considera que el nivel socioeconómico bajo es

un factor de riesgo para contagiarse, 10.66 y 3.88% consideran al nivel socioeconómico medio y alto como factor de riesgo (Sánchez Et al., 2020, p. 201)

## **SARS-CoV-2**

El SARS-CoV-2 causa una infección respiratoria aguda como en el caso de SARS-CoV y MERS-CoV, con fiebre, tos y disnea, pero es importante conocer la clasificación de esta nueva enfermedad, como distintos investigadores han concluido:

Cov SARS-CoV-2 es un virus ARN, de cadena positiva, monocatenaria, de forma esférica que en su superficie proyecta espículas proteicas, que en microscopía electrónica semejan a la corona solar. Taxonómicamente se clasifica como perteneciente a la orden Nidoviridae, familia Coronaviridae, subfamilia y grupo Orthocoronaviridae. Según el sero- y genotipo se identifican cuatro tipos: alfa, beta, gamma y delta (alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus y deltacoronavirus), siendo el nuevo coronavirus identificado como tipo beta; cabe señalar que este grupo es el de más alto riesgo, debido a su patogenicidad y ser causante de SARS y MERS (síndrome agudo respiratorio severo y síndrome respiratorio de Medio Oriente, respectivamente) (Sánchez & Carrillo 2020, p. 83).

Sánchez y Carrillo (2020) describe la existencia de cuatro proteínas estructurales que son esenciales para que el virus se replique, se ensamble e infecte al huésped: la proteína S (espiga) es la encargada de la unión a las células del huésped, este homotrímero tiene proyecciones extracelulares que le dan al virus la apariencia de una corona de picos. La proteína M

(membrana) se conforma de tres dominios transmembrana que le dan la forma circular a la partícula viral y se une hacia el interior a la nucleocápside. La proteína E (envoltura) permite el ensamblaje y la liberación extracelular del virus. La proteína N (nucleocápside) está conformada por dos dominios que se une al ARN, se une a la proteína nsp3, para empaquetar el genoma del virus, además de ser antagonista del IFN (interferón).

Sánchez y Carrillo (2020) comenta que los principales medios por el cual el virus se transmite son a través del contacto con gotas de una persona infectada (también se encuentra en la sangre, saliva, orina y las heces), aunque se han hecho observaciones de la posibilidad de transmisión por vía aérea, ésta no se ha confirmado, pero debe tenerse consideración especial cuando se generan aerosoles y la conjuntiva está expuesta, ya que el riesgo de transmisión es mayor. Su período de incubación es de dos y hasta 11 días, en promedio de 6.4 días, de acuerdo a los reportes de diferentes países se recomienda considerar un período de incubación hasta de 15.5 días; la aparición de síntomas, en promedio, es después de cinco días, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud hasta de 14 días después, de ahí que la recomendación de aislamiento o cuarentena abarque mínimo 14 días, algunos países han recomendado hasta 21 días de cuarentena con monitoreo de presencia del virus en pruebas serológicas.

Una parte fundamental es conocer la clasificación y el proceso del diagnóstico de SARS-CoV-2 es por eso que Sánchez (2020) describe que debe hacerse de acuerdo a la evidencia de relación epidemiológica grupo A y síntomas grupo B, y confirmarse con los estudios de reacción en cadena de polimerasa (RCP). Para fines prácticos deben considerarse factores de riesgo que aumentan la posibilidad de complicaciones graves, como neumonía de presentación atípica, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA), disfunción renal aguda, etcétera.

La clasificación está dada por las siguientes variables, como detalla Sánchez & Carrillo (2020)

La infección debe sospecharse si un factor de riesgo del grupo A está presente junto con dos síntomas del grupo B, o bien si tres síntomas del grupo B se encuentran presentes:

**1. Factores epidemiológicos (grupo A):** dos semanas antes del inicio de los síntomas: a)

Historial de viaje o residencia en una zona con casos confirmados de transmisión

comunitaria. b) Contacto con una persona confirmada con RPC (reacción de polimerasa).

c) Contacto con una persona sospechosa de infección en una zona de transmisión comunitaria.

**2. Los síntomas, hallazgos de laboratorio y radiológicos (grupo B):**

a) Fiebre, tos, disnea, estos tres síntomas son considerados los más frecuentes, pueden presentarse otros síntomas como diarrea (mayor actividad intestinal), cefalea, astenia, anosmia, etcétera. La disnea se considera síntoma de gravedad.

b) Los exámenes de laboratorio muestran, en etapas tempranas de la enfermedad, leucopenia y linfógena hasta en 60% de los casos. Hasta 30% de los casos presentan leucocitosis, neutrofilia, transaminasemia, elevación de CPK (creatininfosfoquinasa), DHL (deshidrogenasa láctica) y mioglobina. La PCR (proteína C reactiva) está elevada, mientras que la procalcitonina se encuentra en rangos normales. Una característica significativa es que los individuos que desarrollan el síndrome o la tormenta de citosinas suelen presentar una reacción inflamatoria más agresiva con disfunción orgánica temprana (IL-2, IL-6, IL-7, IL-10, TNF- $\alpha$ , etcétera).

c) Los hallazgos radiológicos son parte del grupo B: confirmación de neumonía con características específicas. La confirmación radiológica deberá hacerse por medio de tomografía de tórax. En etapas tempranas aparece imagen en vidrio despulido (esmerilado), con alteración principalmente intersticial, con la progresión de la enfermedad aparecen consolidaciones diseminadas o en parche, y cuando es tan grave aparecen grandes consolidaciones lobares. Una característica distintiva es la ausencia de derrame pleural. Se han descrito hasta cinco etapas de evolución radiológica que se presentan hasta en 80% de los afectados:

I. Ultra temprana: sin síntomas, ni alteraciones de laboratorio, hallazgos radiológicos mínimos, como algo de broncograma, crecimientos ganglionares centrales, puede haber focos únicos de radio opacidad en vidrio esmerilado.

II. En los primeros tres días de enfermedad con síntomas, hay exudado alveolar y se observan imagen de afectación intersticial y se nota claramente las imágenes en vidrio despulido.

III. Existe una progresión rápida de los cambios radiológicos, ocurre entre tres y siete días. Hay consolidaciones en parche, vidrio despulido y afectación intersticial diseminada.

IV. La progresión de la lesión es mayor, con depósito de fibrina alveolar, grandes zonas de consolidación del tejido pulmonar.

V. Hay engrosamiento de tabiques alveolares, septales e interlobulares, grandes zonas de consolidación y lesión alveolar (Pp. 83-86).

Los especialistas recomiendan específicamente:

La confirmación diagnóstica debe hacerse lo más temprano posible, en las etapas iniciales de la enfermedad se recomienda que la muestra sea del tracto respiratorio, debido a que el número de copias virales es más alto y es posible que la prueba en sangre resulte falso negativo. Las muestras útiles son las obtenidas por aspirado transtraqueal, lavado bronco alveolar, aspirado nasofaríngeo y raspado con hisopo. Existen alrededor de siete pruebas moleculares para el rastreo específico del material genético del virus, todas basadas en la reacción de polimerasa en cadena (RPC) (Sánchez y Carrillo, 2020, p. 88).

### **Mortalidad y comorbilidades del SARS cov-2.**

La mortalidad es la condición o cualidad de mortal que poseen todos los seres vivos. En un sentido más específico, la mortalidad es el índice de defunciones producidas en un territorio en un período determinado. Conociendo este concepto partimos con lo descrito por Escudero Et al., (2020) El promedio de edad de los pacientes en México es de tan sólo 45 años con predominancia (58%) del género masculino. De los casos activos confirmados 39.8% ha tenido que ser hospitalizado y 5% son reportados en estado crítico, la tendencia de hospitalización y la mortalidad aumentan con la edad. La letalidad de los casos confirmados en el mes de mayo de 2020 es de 6.6% en menores de 60 años y hasta de 24% en mayores de 60 años de edad. De los pacientes que fallecieron, el promedio de edad fue de 58.

Se ha reproducido lo ya reportado previamente al inicio de la pandemia en Wuhan expuesto por Huang Et al., y Hanley Et al. (2020, como se citó en Ávila, 2020) : que aproximadamente 15% de los pacientes afectados por este nuevo coronavirus puede tener una presentación clínica de

gravedad, y de 5 a 6% estará en condición crítica en la unidad de cuidados intensivos por datos de SIRPA (síndrome de insuficiencia respiratoria aguda) grave, inestabilidad hemodinámica, FOM (fallo orgánico múltiple) o necesidad de vigilancia estrecha.

Las comorbilidades, también conocida como morbilidad asociada, es un término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona. Pueden ocurrir al mismo tiempo, uno después del otro o en una interacción. Se sabe que el riesgo de enfermar gravemente tras infectarse por SARS-CoV-2 es mayor en personas mayores y en aquellas con afecciones de salud subyacentes como comunica la OPS: “Conocer la cantidad de individuos con mayor riesgo de padecer la COVID19 con síntomas graves puede fundamentar el diseño de estrategias de protección, manejo y cuidado de las afecciones crónicas, así como orientar la distribución de vacunas.” (OPS, 2020, p.1)

Las Afecciones de salud subyacentes para enfermar gravemente por COVID-19: son afecciones asociadas con un "mayor riesgo de COVID-19 grave" según las guías publicadas por la OMS, los CDC y Public Health England (2020, como se citó en OPS, 2020):

(a) Enfermedad cardiovascular (h) VIH/SIDA (b) Enfermedad renal crónica (i) Tuberculosis (activa) (c) Enfermedad respiratoria crónica (j) Trastornos neurológicos crónicos (d) Enfermedad hepática crónica (k) Trastornos de células falciformes (e) Diabetes (l) Consumo de tabaco fumado (f) Cánceres con inmunosupresión directa (m) Obesidad severa (índice de masa corporal [IMC]  $\geq 40$ ) (g) Cánceres sin inmunosupresión directa, pero con posible inmunosupresión causada por el tratamiento (n) Hipertensión

Presentar una enfermedad respiratoria aguda grave el factor predisponente como lo comenta la OMS (2020, como se citó en OPS, 2020): enfermedad respiratoria que presenta fiebre y al menos un síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo: tos, falta de aliento) que requiere hospitalización.

La población con mayor riesgo de enfermar gravemente por COVID explica Clark Et al. (2020, como se citó en OPS, 2020): aquellas personas con al menos una afección de salud subyacente de las 14 afecciones definidas en el punto 1.

Población con riesgo alto de enfermar gravemente por COVID indica los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2020, como se citó en OPS, 2020): aquellas personas que, de infectarse, requerirían hospitalización.

Las principales estrategias de protección demostradas por Department of Social Care and Public Health England (2020, como se citó en OPS, 2020): una medida para proteger a las personas extremadamente vulnerables proporcionando orientación sobre cómo minimizar su nivel de interacción.

Como lo expone Pomara et al. (2020, como se citó en Avila et al., 2020) los pacientes con COVID y comorbilidad metabólica y cardiovascular son más propensos a progresar hacia formas graves de la enfermedad, e incluso hasta la muerte.

### **Condiciones de trabajo y Equipo de protección durante la pandemia COVID.**

Los protocolos y normas de bioseguridad hospitalaria, a nivel mundial debieron ser revisados y ajustados bajo medidas estrictas de protección por la aparición de la nueva pandemia, para el personal de salud, principalmente de aquellos que integran la primera línea de atención; médicos,

enfermeras y paramédicos (Espín, 2020, p. 32). Dentro del contexto Latino Americano, como comenta Figueroa (2020, como se citó en Espín, 2020) el alto índice de contagios entre el personal de salud ha generado múltiples alteraciones a nivel psicológico, que van desde el estrés laboral, insomnio hasta el síndrome post traumático. En México, Reporta La OPS (2020, Como se citó en Espín, 2020) se han registrado 5.014 infectados COVID, entre médicos, enfermeras, fisioterapeutas y auxiliares de enfermería, los cuales han denunciado que no tienen EPP, entre otros insumos del equipo básico de protección con el que deben hacer frente a esta enfermedad, lo cual dificulta las respuestas en la atención sanitaria.

La actividad de los profesionales de salud, desde la declaratoria de la OMS, ha cambiado radicalmente, de esta manera lo explican los expertos:

Se están viéndose en la obligación de enfrentar situaciones de elevada complejidad y estrés laboral, por extensas jornadas de atención y falta de equipos de protección individual, constituyéndose un riesgo ocupacional, por la eminente exposición al virus, que ha provocado contagios a nivel hospitalario; generando un reto en los mecanismos de adaptación y regulación emocional, para mantener una óptima salud mental (Espín, 2020, p,33).

El desabastecimiento del EPP comenta Lozano (2020, como se citó en Espín, 2020) se ha presentado a nivel mundial, son los resultados conseguidos de múltiples fuentes informativas, la causa común es el incremento adquisitivo y la baja producción, ya que los fabricantes de equipos biomédicos no se encontraban preparados para compensar la excesiva necesidad generado por la

COVID-19, siendo un potencial peligro para la salud física y mental de los profesionales de salud, expuestos.

Reger et al. (2020, como se citó en Hernández, 2020) señalan que, en la actualidad, ha surgido una discusión sobre las preocupaciones del personal sanitario sobre diversos temas de importancia, entre ellos: la infección por la COVID-19, la exposición de los miembros de la familia al contagio, acerca de colegas enfermos, la escasez de equipos de protección personal necesarios y tener que laborar en instalaciones abrumadas y estrés laboral

Como lo expone la Novel Coronavirus Diseases (2020, como se citó en Hernández, 2020) Las medidas estrictas de bioseguridad, aunque necesarias para la mejor protección del personal de la salud, tienen algunas consecuencias como: el incremento del cansancio físico por el uso de equipos de protección personal, a lo que se suma el constante estado de alerta y vigilancia con los procedimientos estrictos que estos conllevan, y el aislamiento físico que dificulta dar confort y apoyo a quienes están afectados, aunque frecuentemente enfrentan a diario la posibilidad de no contar con el equipamiento suficiente, y la exposición al desconsuelo de familiares y amistades ante la enfermedad grave o la muerte, así como dilemas éticos y morales ante la toma de decisiones complejas. La protección de los profesionales de primera línea es fundamental expone la OMS (2020, como se citó en Espín, 2020) los insumos de bioseguridad como: mascarillas médicas, mascarillas autofiltrantes, guantes, batas y protección ocular, deben destinarse prioritariamente a aquellos que atienden a los enfermos de COVID-19 alrededor del mundo. El personal de salud debe adoptar precauciones adicionales para protegerse y evitar la transmisión durante la atención sanitaria.

De esta manera, se ha puesto en evidencia Ferreira et al. (2020, como se citó en Espín, 2020) la necesidad imperiosa de disponer un número suficiente de profesionales, que atiendan las necesidades de salud de la población, además de invertir en buenas condiciones de trabajo; dentro de este conjunto se encuentran, los equipos necesarios de bioseguridad, educación continua y mejoras en el trabajo en equipo. Además, se ha destacado el rol que desempeña el profesional de enfermería, ya que constituyen la primera línea de atención y cuidado. En este contexto se ha comprobado que la cobertura satisfactoria de los insumos necesarios indica Kang (2020, como se citó en Espín, 2020) para la contención de la emergencia sanitaria por la pandemia, en las estructuras hospitalarias es un factor protector de la salud mental.

### **Justificación.**

La presente investigación se enfocó en estudiar la prevalencia de estrés laboral-ocupacional, ansiedad y estrés en personal de salud en las unidades de atención COVID de urgencias y en atención de primera línea de pacientes internados por COVID, partiendo de los principales factores asociados que pueden provocar un aumento o disminución del estrés a través del nivel de conocimientos acerca de la presente pandemia. Como parte de la situación actual mundial el COVID es una enfermedad que ha venido a cambiar nuestro status quo sin importar el nivel socioeconómico, cultural, sexo, edad o el país donde se resida, esta enfermedad con principales afecciones respiratorias, de fácil propagación y diseminación ha iniciado una transformación radical de nuestra cotidianidad, desde el uso obligatorio de cubrebocas en áreas públicas, hasta una cultura más estricta en términos de aplicación de un distanciamiento social, las medidas de

higiene y desinfección se volvieron el pan de cada día después del contacto con algo ajeno a nuestro entorno.

Este proyecto brindara información de los trabajadores de la salud, que día a día se han establecido como pieza fundamental en la lucha con una enfermedad viral que con el pasar del tiempo se han ido modificando los protocolos de atención hospitalaria, cuidado de la higiene personal, utilización de equipo de protección personal de bioseguridad nivel 2, que además de las dificultades propias de atención a un paciente, se añaden los miedos que atraviesa el personal de salud. al hecho de una enfermedad que hasta el día de hoy no cuenta con un tratamiento farmacológico específico para la completa restauración de la salud que se ve apaleada cuando se presenta esta patología.

### **Pregunta de investigación.**

¿Existe prevalencia del nivel de estrés laboral ansiedad y depresión en el personal de salud en unidades COVID en el hospital Regional Presidente Juárez?

### **Objetivos.**

#### **Objetivos General.**

Identificar la prevalencia del nivel de estrés laboral, ansiedad y depresión en el personal de salud en unidades COVID.

### **Objetivo Específico.**

Identificar la correlación ente el sexo y estrés laboral, ansiedad y depresión en el personal de salud

Identificar la correlación ente el edad y estrés laboral, ansiedad y depresión en el personal de salud

Identificar la correlación entre puesto laboral y estrés laboral, ansiedad y depresión en el personal de salud

Identificar la correlación ente turnos de trabajo y estrés laboral, ansiedad y depresión en el personal de salud

Identificar la correlación ente horas de trabajo y estrés laboral, ansiedad y depresión en el personal de salud

### **Pregunta de investigación.**

¿Existe prevalencia del nivel de estrés laboral ansiedad y depresión en el personal de salud en unidades COVID en el hospital Regional Presidente Juárez?

### **Hipótesis**

Existe prevalencia de estrés laboral, ansiedad y depresión en personal de salud en unidades COVID del Hospital Regional Presidente Juárez de Oaxaca.

### **Hipótesis Nula.**

No existe prevalencia de estrés laboral, ansiedad y depresión en personal de salud en unidades COVID del Hospital Regional Presidente Juárez de Oaxaca.

### **Método y procedimiento**

Esta investigación es un estudio descriptivo debido a su característica principal como explica Vega et al. (2008): el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo, tal sería el caso de estudios que describen la presencia de un determinado factor ambiental, una determinada enfermedad, mortalidad en la población. Además de exploratorio "los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes" (Hernández, R. et al. 2014)

### **Consideraciones Ética.**

En el presente proyecto de investigación se presentó una carta de consentimiento informado y confidencialidad como un proceso protocolario para ser partícipes en la aplicación de las herramientas psicométricas como lo establece la World Medical Association (2015, como se citó en Carreño, 2016) la investigación clínica busca generar nuevo conocimiento a través de la aplicación de las ciencias naturales, especialmente la biología y la fisiología, a la medicina, para tener una mejor comprensión de la génesis de las enfermedades que permitan mejorar las opciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, sin embargo como lo expone Claessens (1995, como se citó en Carreño, 2016) estos intereses nunca deben vulnerar los derechos y la

autonomía de los sujetos participantes, explican Vollmann y Winan (1996, como se citó en Carreño, 2016) es por ello que como quedó establecido en el Código de Núremberg desde 1946, donde se promulgó por primera vez el consentimiento voluntario de los sujetos participantes como un mecanismo para proteger sus derechos; desde entonces, el consentimiento se constituye en un requisito indispensable para proteger la autonomía de las personas y su decisión voluntaria para participar en investigaciones experimentales con seres humanos.

### **Procedimiento.**

Se inició con la selección del personal participante que sería conformado por personal sanitario y personal de limpieza, pertenecientes del hospital Regional Presidente Juárez de Oaxaca en áreas COVID, de los siguientes turnos: Matutino, vespertino, nocturno, diurno especial y nocturno especial. Se continuo el proceso de encuesta de los cuales los participantes fueron un total de 44 mujeres y 26 hombres, distribuidos por puesto laboral en 11 médico/as, 44 enfermero/as, 6 camilleros, 4 trabajadores sociales, 4 químicos y 4 del personal de limpieza, se les entrego la carta de consentimiento informado como requisito y aceptación de su participación. La aplicación de los cuestionarios y pruebas fue en la siguiente secuencia:

### **Carta de consentimiento informado.**

Teniendo en cuenta el código ético de investigación se realizó la carta de consentimiento informado y confidencialidad, haciendo saber a los participantes que su participación debe ser previamente autorizada, dando su aprobación para iniciar el proceso de contestación de los instrumentos.

### **Cuestionario de datos sociodemográficos**

Se elaboró un cuestionario sociodemográfico donde se abarcó la recolección de información como: sexo, edad, clasificación por índice de masa corporal, puesto laboral, turnos de trabajo y horas de laborales en las áreas COVID.

### **Test de Estrés laboral- ocupacional.**

La escala de estrés laboral-ocupacional de Wei-Qing. Tze-Wai y Tak-sun, aborda la perspectiva al estrés laboral como estímulo, es de un enfoque personalizado, es sustentado por el modelo teórico de estrés laborales y esta está estructurado de la siguiente manera:

Por 25 reactivos de estilo Likert de 6 puntos (1 =muy definitivamente no es una fuente;6 = muy definitivamente es una fuente). Se entiende por un nivel de estrés laboral bajo en una puntuación de 0-20 puntos, medio nivel de estrés 21-81 puntos y un alto nivel de estrés con una puntuación mayor a 84 puntos. Cuenta con Seis factores:

- F1. Factores intrínsecos del trabajo.
- F2. Carrera laboral y logro.
- F3. Relaciones con otros en el trabajo.
- F4. Seguridad.
- F5. Rol directivo.
- F6. Interfase entre trabajo y vida familiar y social.

tiene validez factorial y confiabilidad con un Alpha de Cronbach que total de 0.97, en una muestra de 561 trabajadores, lo cual le otorga una calidad metodológica adecuada. (Patlan, 2019, p, 171-173)

### **Escala de ansiedad, (Beck Anxiety Inventory (BAI))**

Cuestionario auto aplicable, compuesto por 21 ítems que describen diversos síntomas de ansiedad. Los pacientes responden a cada una de las cuestiones en una escala que va de “en absoluto” a “severamente”. El BAI discrimina adecuadamente entre grupos de pacientes con y sin trastorno de ansiedad en diferentes poblaciones clínicas.

La escala de Ansiedad de Beck, versión estandarizada por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001 como se citó en Beltrán et al., 2012) para población mexicana ( $\alpha = .83$ ), es un autoinforme de 21 ítems que evalúan síntomas de ansiedad en la semana previa a la aplicación, con cuatro opciones de respuesta. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes: 00–21 - Ansiedad muy baja, 22–35 - Ansiedad moderada, más de 36 - Ansiedad severa

### **El inventario de depresión (Beck Depression Inventory).**

Es un instrumento de autoinforme para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva, mediante 21 ítems politómicos con cuatro alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad de los síntomas, la valoración de los ítems se realiza a partir del estado de ánimo de los últimos 15 días, incluyendo el día en que se responde. Como lo explica Estrada Et al. (2015):

La consistencia interna en la muestra total mexicana resultó satisfactoria, tanto para el factor general ( $\alpha= 0.9$ ), como para cada uno de los factores: 0.85 en la dimensión cognitivo-afectiva y 0.78 en la dimensión somático-motivacional. La puntuación total en la escala oscila entre 0 (puntuación mínima) y 63 (puntuación máxima). La escala evalúa una dimensión general integrada por todos los ítems y contiene dos dimensiones altamente correlacionadas: (a) dimensión cognitivo-afectiva de 12 ítems (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 y 17) y (b) dimensión somático-motivacional de 7 ítems (4, 12, 15, 16, 18, 20 y 21) (p.18-19). El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Se utilizó la aplicación de Google Encuestas para la compilación de información para generar una base de datos, y para su análisis se utilizó el programa SPSS.

## Resultados.

Se encuestaron un total de 70 personas de los cuales 26 son hombres (37.1%) y 44 mujeres (62.9%).

Los rangos de edad fueron compuestos por 34 participantes (48.6%) entre 20-29 años, 28 (40%) de 30-39 años, 7 (10%) entre 40-49 años y 1(1.4%) de 50-59 años. (ver Tabla 1)

El mayor porcentaje fue de 41 (58.6%) del personal de enfermería, seguido de 11 (15.7%) de médicos, 6 (8.6%) camilleros, 4 (5.7%) trabajadores sociales, 4 (5.7%) Químicos y 4 (5.7%) personal de limpieza. (ver Tabla 1)

Los distintos turnos fueron Matutino 31.4% (22), vespertino 15.7% (11), nocturno guardia A/B 25.7% (18 participantes), diurno especial 14.3% (10) y nocturno especial 12.9% (9). (ver Tabla 1)

Clasificados por las horas dentro del área COVID fueron 15.7% (11) 6hrs., 31.4% (22) 8hrs., 25.7% (18) 11hrs., y 27.1% (19)12hrs. (ver Tabla 1)

La clasificación por índice de masa corporal fue de 31 participantes con normopeso, 22 con sobrepeso, 12 con obesidad grado I, 2 con obesidad grado II y 3 con obesidad grado III. (ver Tabla 1)

### Tabla 1.

*Datos sociodemográficos.*

Base sociodemográfica	N	%
-----------------------	---	---

---

Grupo de edad		
20-29	34	48.6
30-39	28	40.0
40-49	7	10.0
50-59	1	1.4
Clasificación por índice de masa corporal		
Normopeso (Peso normal): IMC 18,5 - 24,9 Kg/m <sup>2</sup>	31	44.3
Sobrepeso: IMC 25 -29 Kg/m <sup>2</sup>	22	31.4
Obesidad grado I con IMC 30-34,9 Kg/m <sup>2</sup>	12	17.1
Obesidad grado II con IMC 35-39,9 Kg/m <sup>2</sup>	2	2.9
Obesidad grado III (mórbida) con IMC $\geq$ (mayor/igual) 40 Kg/m <sup>2</sup>	3	4.3
Puesto laboral		
Médico/a	11	15.7
Enfermera/o	41	58.6
Trabajador/a social	4	5.7
Camillero/a	6	8.6
Químico	4	5.7
Turnos laborales		
Matutino	22	31.4
Vespertino	11	15.7
Nocturno (Guardia A/B)	18	25.7
Diurno Especial	10	14.3

---

Nocturno Especial	9	12.9
Horas en área COVID		
6 hrs.	11	15.7
8 hrs.	22	31.4
11 hrs.	18	25.7
12 hrs.	19	27.1
Total	70	100%

Se utilizó la U de Mann-Whitney en la comparación de medias donde el sexo no mostró diferencias estadísticamente significativas en el estrés laboral donde hombres (Mdn=2; Rango=2) fue igual que la de las mujeres (Mdn=2; Rango=2)  $U=437$ ,  $p=.067$ ,  $g$  Heges=0 , demostrando que no existe una asociación entre variables. Por otro lado, en la ansiedad sí mostró diferencias significativas donde en hombres (Mdn=1.5; Rango=2) fue mayor que la de las mujeres (Mdn=1; Rango=2)  $U=417$ ,  $p=.023$ ,  $g$  Heges=0.7, el tamaño del efecto nos indica que existe una influencia mediana dada por el sexo de los participantes, además demostrando que existe una asociación entre el sexo y la ansiedad, por último, en la depresión no existe una diferencia significativa donde hombres (Mdn=1.5; Rango=3) es mayor que en mujeres (Mdn=1 y Rango=3)  $U=417$ ,  $p=0.059$ ,  $g$  Heges=0.5, determinando una nula correlación entre ambas variables, (Ver tabla 2)

**Tabla 2.**

*Comparación de Estrés laboral, ansiedad, depresión y sexo.*

	Femenino		Masculino		U	P	g de Hedges.
	(N=44)		(N=26)				
	Mdn (Rango)		Mdn (Rango)				
Estrés laboral	2	(2)	2	(2)	437	.67	0
Ansiedad	1	(2)	1.5	(2)	417	.023	0.5
Depresión	1	(3)	1.5	(3)	436.5	.059	0.7

La comparación entre grupo de edades por medio de la herramienta estadística Kruskal Wallis dieron como resultado que no existe una diferencia estadísticamente significativa con las variables de estrés laboral ( $H(1) = 5.341, p = .148$ ) y ansiedad ( $H(2) = , p = .167$ ), es decir, no existe una correlación entre los grupos de edades y el estrés laboral y ansiedad. En contraste, la variable de depresión, si presentó una diferencia estadísticamente significativa ( $H(3) = , p = .007$ ), dando como resultado que los grupos de edades y la depresión mantienen una correlación, donde los participantes entre 40-49 y 50-59 son los que con mayor frecuencia presentaron signos y síntomas del trastorno de depresión. (Ver tabla 3)

**Tabla 3**

*Comparación de estrés laboral, ansiedad y depresión entre grupos de edades.*

	20-29 años N=34	30-39 años N=28	40-49 años N=7	50-59 años N=1	p	H
	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.		
Estrés laboral	32.66	35.32	46.21	62.00	.148	5.341
Ansiedad	32.75	35.45	46.36	54.50	.167	5.070
Depresión	29.44	38.05	51.14	60.50	.007	11.972

Por medio de la herramienta estadística Kraskull Wallis no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de estrés laboral y las distintas clasificaciones de índice de masa corporal, determinando que no presentan una correlación entre sí ( $H(1) = 2.758$ ,  $p = .599$ ). Sin embargo, el nivel de ansiedad si presentó una diferencia estadísticamente significativa ( $H(2) = 9.992$ ,  $p = .041$ ), estableciendo una correlación entre estas dos variables, determinando que los participantes con Obesidad grado II mostraron la mayor frecuencia de presentar ansiedad. La depresión y la clasificación por índice de masa corporal no evidencio una diferencia estadísticamente significativa ( $H(3) = 7.801$ ,  $p = .099$ ), mostrando que no existe relevancia, ni asociación entre ambas variables. (Ver tabla 4)

**Tabla 4.**

*Comparación de estrés laboral, ansiedad y depresión entre índice masa corporal*

	Normopeso N= 31	Sobrepeso N=22	Obesidad Grado I N=12	Obesidad Grado II N=2	Obesidad Grado III N=3	p	H
	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.		
Estrés laboral	35.24	31.86	38.79	48.00	43.33	.599	2.758
Ansiedad	33.60	31.98	38.63	66.00	48.17	.041	9.992
Depresión	33.89	31.75	41.29	64.25	37.33	.099	7.801

La comparación entre profesiones y el estrés laboral ( $H(1) = 5.114$ ,  $p = .402$ ) no encontró una diferencia significativa, demostrando que los distintos niveles laborales y diversas actividades no se ven afectadas por factores estresantes en su trabajo realizado. En cambio, entre los distintos puestos laborales y la ansiedad ( $H(2) = 11.179$ ,  $p = .048$ ) y depresión ( $H(3) = 13.681$ ,  $p = .018$ ) si se observó una diferencia estadísticamente significativa, determinando que presentan una correlación entre variables, donde se indica que los camilleros demostraron la mayor frecuencia de padecer ansiedad y el personal de limpieza presentó el mayor porcentaje de frecuencia de presentar depresión. (Ver tabla 5)

**Tabla 5.**

*Comparación entre profesiones.*

	Médico/a N= 11	Enfermero/a N=41	T. Social. N=4	Camillero N=6	Químicos N=4	P. Limpiez a. N=4	p	H
	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.		
Estrés laboral	29.45	34.26	41.00	48.25	34.38	41.38	.402	5.114
Ansiedad	31.64	33.02	34.50	53.25	31.63	49.75	.048	11.179
Depresión	35.36	30.18	50.00	48.92	38.50	52.75	.018	13.681

La comparación de estrés laboral ( $H(1) = 7.758, p = .101$ ) y ansiedad ( $H(2) = 7.672, p = .104$ ) entre los distintos turnos laborales no muestran diferencias estadísticamente significativas, evidenciando que ninguno de los cinco turnos muestra signos y síntomas de estrés laboral y/o ansiedad, e indica que no existe una correlación entre estas variables. No obstante, la depresión ( $H(3) = 12.495, p = .014$ ), sí muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los distintos turnos laborales, dando como resultado que el turno Nocturno especial muestra una mayor frecuencia de padecer depresión, determinando a través de estos resultados que sí existe una correlación entre variables e implica un factor nocivo para la salud mental del personal sanitario. (Ver tabla 6)

**Tabla 6.**

*Comparación entre turnos*

	Matutino N=22	Vespertino N=11	Nocturno A/B. N=18	Diurno Especial N=10	Nocturno Especial. N=9	p	H
	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.		
Estrés laboral	33.14	31.86	31.22	39.60	49.72	.101	7.758
Ansiedad	33.89	39.95	29.08	35.45	46.89	.104	7.672
Depresión	31.50	37.18	28.72	39.45	52.39	.014	12.495

Los contrastes de las horas laborales en el área COVID entre las variables de estrés laboral ( $H(1) = 6.302, p = .098$ ) y ansiedad ( $H(2) = 5.495, p = .139$ ) exhibe que no existe una correlación, ya que no muestran diferencias estadísticamente significativas, indicando que el personal sanitario no experimenta situaciones que afectaran de manera notable su desempeño en el área de trabajo o funcionalidad en la vida cotidiana. Sin embargo, la variable depresión sí muestra una diferencia estadísticamente significativa demostrando que el personal con presencia de 12 horas en el área COVID han experimentado signos y síntomas de depresión, siendo afectados de manera

funcional tanto dentro como fuera del trabajo, indicando una correlación entre estas dos variables. (Ver tabla 7)

**Tabla 7.**

*Comparación por horas laborales en el área COVID.*

	6 Hrs. N=11	8 Hrs. N=22	11 Hrs. N=18	12 Hrs. N=19	p	H
	Rango P.	Rango P.	Rango P.	Rango P.		
Estrés laboral	31.86	33.14	31.22	44.39	.098	6.302
Ansiedad	39.95	33.89	29.08	40.87	.139	5.495
Depresión	37.18	31.50	28.72	45.58	.019	9.976

En el estudio de chi cuadra entre estrés laboral y ansiedad ( $X^2=20.59$ ,  $P=.00$ ) muestra una asociación estadísticamente significativa, ya que los resultados arrojan un alfa menor a 0.05, demostrando una correlación entre estas dos variables, además se observa que los participantes con niveles medios de estrés tienden a percibir una ansiedad muy baja. (Ver tabla 8)

**Tabla 8.**

*Asociación entre estrés laboral y ansiedad.*

	Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Total
Bajo nivel de estrés laboral	12	2	0	14
Medio nivel de estrés laboral	30	7	2	39
Alto nivel de estrés laboral	5	5	7	17

Nota: Chi-cuadrado: 20.59 GL: 4 p: .00

En cuanto a la asociación presentada entre el nivel de estrés y ansiedad, los resultados arrojan una puntuación alfa menor a 0.05, es decir existe una significancia estadística ( $\chi^2 = 25.078$   $p = .00$ ), mostrando que, cuando los participantes experimentan un nivel medio de estrés, también se perciben con depresión en un nivel bajo. (Ver tabla 9)

**Tabla 9.**

*Comparación entre estrés laboral y depresión.*

	Depresión baja	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	Total
Bajo nivel de estrés laboral	13	0	1	0	14
Medio nivel de estrés laboral	26	9	3	1	39

Alto nivel de estrés laboral	4	3	6	4	4
------------------------------	---	---	---	---	---

Nota: Chi-cuadrado: 25.078 GL: 6 p: .00

El puntaje obtenido en la aplicación de chi cuadrada muestra un alfa menor a 0.05, es decir muestran un resultado estadísticamente significativo entre la ansiedad y nivel de estrés laboral, indicando una relación notable entre estas dos variables, ( $\chi^2=20.159$ ,  $p=.00$ ), señalando que los encuestados que manifiestan padecer nivel bajo de ansiedad tiende a experimentar un nivel medio de estrés laboral. (Ver tabla 10)

**Tabla 10.**

*Comparación entre ansiedad y estrés laboral.*

	Bajo nivel de estrés laboral	Medio nivel de estrés laboral	Alto nivel de estrés laboral	Total
Ansiedad muy baja	12	30	5	47
Ansiedad moderada	2	7	5	14
Ansiedad severa	0	2	7	9

Nota: Chi-cuadrado: 20.159 GL: 4 p: .00

Se evaluó la relación entre ansiedad y depresión ( $\chi^2=43.770$ ,  $p=00$ ) el cual el producto fue un alfa menor a 0.05 en el estadístico de chi cuadrada, resultado que exhibe una asociación estadísticamente significativa, determinando que los trabajadores sanitarios que presentan signos

y síntomas de ansiedad muy baja también presentarían una depresión en un nivel bajo. (Ver tabla 11)

**Tabla 11.**

*Comparación ansiedad y depresión.*

	Depresión baja	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	Total
Ansiedad muy baja	36	10	1	0	47
Ansiedad moderada	6	1	6	1	14
Ansiedad severa	1	1	3	4	9

Nota: Chi-cuadrado: 43.770 GL: 6 p: .00

La puntuación resultante de la evaluación de depresión y estrés dio a conocer una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2=25.078$  p.00) brindada por un alfa menor a 0.05 tomándolo como un indicativo de una correlación entre ambas variables, donde las frecuencias de participantes que padecen depresión en un nivel bajo tienden a mantener un nivel medio de estrés laboral. (Ver tabla 12)

**Tabla 12.**

*Comparación depresión y estrés laboral.*

	Bajo nivel de estrés laboral	Medio nivel de estrés laboral	Alto nivel de estrés laboral	Total
Depresión baja	13	26	4	43
Depresión leve	0	9	3	12
Depresión moderada	1	3	6	10
Depresión grave	0	1	4	5

Nota: Chi-cuadrado: 25.078 GL: 6 p: .00

Finalmente, en la evaluación de chi cuadrada entre la depresión y ansiedad existe una correlación estadísticamente significativa entre estas dos variables, demostrada por medio de un valor de alfa menor a 0.05 ( $X^2= 43.770$ ,  $p=.00$ ), exhibieron que la tendencia de padecer depresión en un nivel bajo en el personal hospitalario es la de mayor frecuencia, y que estos mismos son propensos a experimentar de igual manera niveles muy bajos de ansiedad. (Ver tabla 13)

**Tabla 13.**

*Comparación depresión y ansiedad*

	Ansiedad muy baja	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Total
--	-------------------	-------------------	-----------------	-------

Depresión baja	36	6	1	43
Depresión leve	10	1	1	12
Depresión moderada	1	6	3	10
Depresión grave	0	1	4	5

Nota: Chi-cuadrado: 43.770 GL: 6 p: .00

### Discusión.

Las prevalencias reportadas en el estudio fueron las siguientes: el estrés laboral-ocupacional no demostró diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) en relación a las a distintas variables planteadas como grupo de edad, clasificación por índice de masa corporal, puesto laboral, turnos de trabajo, y horas laborales en el área COVID, pero en la aplicación de chi cuadrada se obtuvo una relación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) estableciendo la relación entre las variables de estrés laboral y ansiedad y estrés laboral y depresión. Uno de los principales motivos que se deben tomar en cuenta es que, en este periodo de tiempo, los protocolos en los hospitales se han ido adaptando de manera cada vez más eficientes, hay una mejor aplicación de los procedimientos con pacientes COVID por parte del personal sanitario que se traduce en jornadas laborales menos exhaustivas, además de que uno de los puntos de inflexión es que hoy en día todo personal hospitalario se encuentra con un esquema de vacunación completo contra esta enfermedad, las defunciones han disminuido y los pacientes

cada vez llegan menos al área COVID en un estadio grave, esto disminuye considerablemente los niveles de estrés dentro del trabajo, es por ello que se determina que para la variable estrés laboral se rechaza la hipótesis que establece la existencia de prevalencia de estrés laboral en personal de salud en unidades COVID del Hospital Regional Presidente Juárez de Oaxaca.

Respecto a la ansiedad mostro diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en la variable de sexo donde se observó que era predominante en hombres, también se mantuvo una diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) en la clasificación por índice de masa corporal, demostrando que los participantes con obesidad grado II tienden a padecer con mayor frecuencia ansiedad, esto derivado a que la obesidad es un factor de comorbilidad y aumenta el riesgo de padecer un estadio de COVID grave. En cuanto a puesto laborales se refiere existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) es decir muestra una asociación con la ansiedad, con mayor frecuencia observada en el personal de camillería, esto a consecuencia de la escasas de equipos de protección personal y de su pésima calidad de resistencia ante movimientos con cierto nivel de fuerza , debido a que este personal realiza la movilización de pacientes y en continuas ocasiones existieron rupturas de guantes y de batas quirúrgicas, dejándolos al descubierto en lapsos de tiempos prolongados hasta el cambio de su equipo de protección personal. Por medio del estadístico chi cuadrada se observó una correlación estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre variables ansiedad y estrés laboral, ansiedad y depresión. Con lo descrito anteriormente podemos aceptar la hipótesis de la existencia de prevalencia de ansiedad en personal de salud en unidades COVID del Hospital Regional presidente Juárez de Oaxaca.

En cuanto la depresión si presento diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) siendo comparada con los distintos grupos de edad donde lo grupos de edad de 40-49 y 50-59, presentaron signos y síntomas de depresión, esto debido al conocimiento del personal sanitario de que la edad es un factor de comorbilidad que puede propiciar a desarrollar un estadio grave por COVID. También se puede determinar por medio de los resultados que existe una diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) en la comparación entre puestos laborales donde el personal de limpieza presenta la mayor frecuencia de presentar depresión, esto debido a la alta probabilidad de contagio derivado de la manipulación directa de residuos peligrosos biológico infecciosos (RPBI), material punzocortantes como: agujas, vidrios de ampulas de medicamentos y bisturís, además que el equipo de protección personal muchas veces era escaso, propiciando el desarrollo de este trastorno. Por último, se notó diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) en la comparación entre ansiedad y horas laboradas en el área COVID, principalmente en una mayor frecuencia en el personal de 12 horas, esto derivado a jornadas largas de alta exposición y probabilidad de contagio, incomodidad de equipos de protección personal, deshidratación y periodos prolongados sin ir al baño, propiciando el desarrollo de signos y síntomas de depresión. Los resultados de la aplicación de chi cuadrada arrojo datos estadísticamente significativos ( $p > 0,05$ ) en la asociación de variables entre depresión y estrés laboral y depresión y ansiedad. Con lo observado en los resultados podemos aceptar la hipótesis de la prevalencia de existencia de depresión en personal de salud en unidades COVID del Hospital Regional presidente Juárez de Oaxaca.

Las principales limitantes del proyecto fue la dificultad en la accesibilidad en a las áreas COVID, además de que la sobrecarga de trabajo hacía que los participantes en algunas ocasiones

presentaran cierto desinterés debido a lo exhaustivo de las guardias y esto generara que el tiempo de aplicación de cuestionarios fuera por una extensión de tiempo más prolongada de lo estimado. La consideración de líneas futuras de investigación sobre el estado psicosocial del personal de salud en áreas COVID será un tema muy importante a continuar debido a que esta pandemia, nos mostró la fragilidad de nuestro sistema de salud, y aun más de quien nos proveen estos cuidados y atenciones, que muchas veces procuran la salud de los demás, descuidando la propia. Mostrando la vulnerabilidad de sentir síntomas ansiedad y depresión, con una percepción de un futuro catastrófico e impotencia ante la adversidad situacional. Si bien estos resultados negativos para el personal sanitario, deja una puerta abierta a la psicología como un área de oportunidad para ser cada vez más participativa y revalorizada, en tal vez un muy olvidado campo de la salud mental. Las competencias que me brindo realizar este manuscrito fue desarrollar mi pasión por la investigación, reconocer y entender las áreas de oportunidades para mejorar en el procesamiento de datos estadísticos, además de que existe una gran relación con cada uno de los programas curriculares enfocados en temas investigativos, que considero son bases fundamentales para ser un profesional con un criterio basado en evidencias y brindar un trabajo de excelencia como nos ha formado nuestra universidad.

Para finalizar, está investigación brindó un panorama psicosocial de lo que viven hoy en día los trabajadores de la salud, debe quedar en la memoria de cada uno de los participantes de este proyecto, como un paso hacia adelante a lo que parece un muy alentador futuro, a una tal vez no erradicación del virus, pero si a un mejor control, recordando que la prevención es la mejor manera de salvar vidas, sin dejar de lado el gran trabajo de cada uno de los profesionales de la salud brindan día a día.

## Referencias.

Acosta, J., e Iglesias, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3),212-213. ISSN: 0034-8597. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372064490012>

Ávila T., Bassols Á., y Elizalde G. (2020) Importancia de los estudios de anatomía patológica en COVID-19. *Med Crit.*;34(3):204-208. [doi:10.35366/94901](https://doi.org/10.35366/94901).

Beltrán, M., Freyre, M., y Hernández, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica*, 30(1),5-13. ISSN: 0716-6184. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523000001>

Carreño, J., (2016). CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA: UN PROCESO DINÁMICO. *Persona y Bioética*, 20(2),232-243. SSN: 0123-3122. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83248831008>

Cedillo I. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Rev Elec Psic Izt.*;20(1):239-251. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171m.pdf>

Escudero X, A, et al. (2020) ¿La pandemia de coronavirus SARS? CoV-2 (¿COVID?19): situación actual e implicaciones para México. *Cardiovasc Metab Sci* .;31(Suppl: 3):170-177. Disponible en: doi:10.35366/93943.

Estrada, A. et al. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1),15-26. ISSN: 1657-9267. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64739086026>

Gómez, I. (2017). Editorial: Salud y sus determinantes: indicadores, medición, abordajes. *Población y Salud en Mesoamérica*, 14(2),1-3. ISSN: Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=446/44649702001>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

Osorio, E., y Cárdenas, L. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 13(1),81-90. ISSN: 1794-9998. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67952833006>

Katz, G., Lazcano, E. y Madrigal, E. La salud mental en el ámbito poblacional: la utopía de la psiquiatría social en países de bajos ingresos. *Salud Pública de México* [en línea]. 2017, 59(4), 351-353. ISSN: 0036-3634. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10653300002>

Ornelas, A. y Ruiz, A. (2016). Problemas de salud mental: asimetría entre las necesidades y los servicios brindados a la población general. *Psicología Iberoamericana*, 24(2),63-73. ISSN: 1405-0943. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1339/133949832008>

Patlán, J. (2019). ¿Qué es el estrés laboral y cómo medirlo? *Salud Uninorte*, 35(1),156-184. ISSN: 0120-5552. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81762945010>

Sánchez, M., y Carrillo, R. Coronavirus-2019. Consideraciones Generales. *Rev. Mex Antes*. 2020;43(2):83-91. doi:10.35366/92866.

Torres V., Et al., (2020) Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Rev. Mex. Urol.* 2020;80(3): pp 1-9 Disponible en: <https://doi.org/10.48193/rmu.v80i3.653>

Véliz M., y Díaz, H. (2020). Comprensión y contención de la depresión durante el distanciamiento social por COVID-19. *Univ.Méd Pinareña*, 16(3):. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/559>

## **Anexos y/o apéndices.**

### **Apéndice A. Materiales y encuestas utilizados.**

#### **Carta de consentimiento informado.**

El que suscribe C. César Pérez García realiza como parte del programa de manuscritos de la Licenciatura de Psicología de Educación a Distancia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Por lo cual le solicita su autorización para que se le aplique cinco instrumentos psicométricos: Cuestionario de datos sociodemográficos, Escala de estimación de riesgos de padecer COVID grave de la OPS, Test de estrés laboral-ocupacional, escala de ansiedad de Beck y escala de depresión de Beck, por medio de una aplicación de estrategias previamente autorizadas por la tutora de manuscrito.

Su participación es completamente voluntaria; si lo desean pueden abandonar o suspender esta práctica en el momento en que lo decidan. Si aceptan les pedimos que escriban su nombre y firma en este documento.

Muchas gracias por la atención y apoyo.

### Encuesta Sociodemográfica.

1. Ingrese sus iniciales:
2. ¿Cuál es su sexo?
  - a) Hombre
  - b) Mujer
3. ¿En qué grupo edad se encuentra?
  - a) 20-29
  - b) 30-39
  - c) 40-49
  - d) 50-59
  - e) 60-69
  - f) Otra: \_\_\_\_\_

4. ¿En clasificación se encuentra?

(Si desconoce su clasificación ingrese al siguiente enlace para calcularlo:

[https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult\\_bmi/metric\\_bmi\\_calculator/bmi\\_calculator.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/adult_bmi/metric_bmi_calculator/bmi_calculator.html))

- a) Normopeso (Peso normal): IMC 18,5 - 24,9 Kg/m<sup>2</sup>
- b) Sobrepeso: IMC 25 -29 Kg/m<sup>2</sup>
- c) Obesidad grado I con IMC 30-34,9 Kg/m<sup>2</sup>
- d) Obesidad grado II con IMC 35-39,9 Kg/m<sup>2</sup>
- e) Obesidad grado III (mórbida) con IMC  $\geq$  (mayor/igual) 40 Kg/m<sup>2</sup>

5. ¿Cuál es su puesto laboral?
- a) Médico/a
  - b) Enfermera/o
  - c) Trabajador/a social
  - d) Camillero/a
  - e) Personal de limpieza
  - f) Otra: \_\_\_\_\_
6. ¿En qué turno labora?
- a) Matutino
  - b) Vespertino
  - c) Nocturno (Guardia A/B)
  - d) Diurno Especial
  - e) Nocturno Especial
  - f) Otro: \_\_\_\_\_
7. ¿Cuántas horas labora en el área COVID al día?
- a) 6hrs.
  - b) 8hrs.
  - c) 11hrs.
  - d) Otra: \_\_\_\_\_

### **Escala de estrés laboral-ocupacional.**

Para cada reactivo de la encuesta, indique con qué frecuencia la condición descrita es una fuente actual de estrés.

- Anote 0 si la condición NUNCA es fuente de estrés.
- Anote 1 si la condición RARAS VECES es fuente de estrés.
- Anote 2 si la condición OCASIONALMENTE es fuente de estrés.
- Anote 3 si la condición ALGUNAS VECES es fuente de estrés.
- Anote 4 si la condición FRECUENTEMENTE es fuente de estrés.
- Anote 5 si la condición GENERALMENTE es fuente de estrés.
- Anote 6 si la condición SIEMPRE es fuente de estrés.

1. ¿El que no comprenda las metas y misión de la empresa me causa estrés?

( )

2. ¿El rendirle informes a mis superiores y a mis subordinados me estresa?

( )

3. ¿El que no esté en condiciones de controlar las actividades de mi área de trabajo me produce estrés?

( )

4. ¿El que el equipo disponible para llevar a cabo mi trabajo sea limitado me estresa?

( )

5. ¿El que mi supervisor no dé la cara por mi ante los jefes me estresa?

( )

6. ¿El que mi supervisor respete me estresa?

( )

7. ¿El que no sea parte de un equipo de trabajo que colabore estrechamente me causa estrés?

( )

8. ¿El que mi equipo de trabajo no me respalde en mis metas me causa estrés?

( )

9. ¿El que mi equipo de trabajo no tenga prestigio ni valor dentro de la empresa me causa estrés?

( )

10. ¿El que la forma en que trabaja la empresa no sea clara me estresa?

( )

11. ¿El que las políticas generales de la gerencia impidan mi buen desempeño me estresa?

( )

12. ¿El que las personas que están a mi nivel dentro de la empresa tengamos poco control sobre el trabajo me causa estrés?

( )

13. ¿El que mi supervisor no se preocupe por mi bienestar me estresa?

( )

14. ¿El no tener el conocimiento técnico para competir dentro de la empresa me estresa?

( )

15. ¿El no tener un espacio privado en mi trabajo me estresa? ( )

16. ¿El que se maneje mucho papeleo dentro de la empresa me causa estrés?

( )17. ¿El que mi supervisor no tenga confianza en el desempeño de mi trabajo me causa estrés?

( )

18. ¿El que mi equipo de trabajo se encuentre desorganizado me estresa?

( )

19. ¿El que mi equipo no me brinde protección en relación con las injustas demandas de trabajo que me hacen los jefes me causan estrés?

( )

20. ¿El que la empresa carezca de dirección y objetivos me causa estrés?

( )

21. ¿El que mi equipo de trabajo me presione demasiado me causa estrés?

( )

22. ¿El que tenga que trabajar con miembros de otros departamentos me estresa?

( )

23. ¿El que mi equipo de trabajo no me brinde ayuda técnica cuando lo necesito me causa estrés?

( )

24. El que no respeten a mis superiores, a mí y a los que están debajo de mí, ¿me causa estrés?

( )

25. ¿El no contar con la tecnología adecuada para hacer un trabajo de calidad me causa estrés?

( )

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

### Tristeza

0 No me siento triste.

1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### Pesimismo

0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.

1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### Fracaso

0 No me siento como un fracasado.

1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

### Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

#### Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

#### Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

#### Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta a mí mismo.

#### Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

#### Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

#### Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

### Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

### Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

### Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
  - 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
  - 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
  - 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
  - 3a. Duermo la mayor parte del día
  - 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

### Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a . No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

### Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

### Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

### Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

### Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.