



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**ANSIEDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
DE HOSPITALES COVID-19 DURANTE LA
PANDEMIA POR SARS-CoV-2**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

ROGELIO ROGEL ALVARADO

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. YARISBETH QUEZADA RAMÍREZ**

CIUDAD DE MÉXICO, NOVIEMBRE DE 2022





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

A mi tutora, la Mtra. Yarisbeth Quezada Ramírez por sus conocimientos compartidos y confianza brindada que hicieron posible la realización de este trabajo, así como por todas sus enseñanzas, dedicación, paciencia y motivación para mi desarrollo en el área de la investigación. Mi admiración, respeto y cariño para usted.

A mis sinodales, la Dra. Victoria Fernández García y la Mtra. Beatriz Espinosa Rivera, quienes fueron parte de mi formación como enfermero, gracias por los conocimientos transmitidos, que me han permitido mejorar mi práctica profesional, por permitirme aprender de grandes profesionales de la enfermería como ustedes.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por formarme en sus aulas, por permitirme formar parte de ella, de la mejor universidad del país.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por formarme como un gran profesional de enfermería, por dotarme de conocimientos, y por permitirme formar parte de la historia de la mejor escuela de enfermería de México y de Latinoamérica.

A todos los docentes de la ENEO que formaron parte de mi educación, gracias por sus enseñanzas, pero sobre todo, gracias a quienes me brindaron sus palabras de aliento, gracias por la gran confianza que ustedes depositaron en mí, y gracias porque hicieron que yo confiara y creyera en mí mismo.

A Dios, por permitirme llegar hasta aquí, por hacerme saber de distintas formas en las ocasiones en las que dudé si estaba en el camino correcto o no, que efectivamente lo estoy, por permitir que esta travesía concluyera, aun cuando pude dudar en los últimos momentos, de si las circunstancias lograrían que se concluyera o no.

Dedicatoria

A mis padres, quienes con su esfuerzo han logrado que yo llegue hasta este punto de mi vida, sin su gran labor como padres esto no habría sido posible, gracias por su gran esfuerzo día con día, gracias por sacarnos adelante y brindarnos siempre todo lo que necesitamos, gracias por la gran confianza que siempre me han tenido, gracias por siempre creer en mí. Mamá, gracias por estar pendiente de mí en la universidad igual a que cuando estaba en la primaria. Este logro también es de ustedes.

A mis hermanos, quienes a lo largo de la carrera fueron mis conejillos de indias, mis modelos, mis fotógrafos, camarógrafos, mensajeros, etc. Gracias por su apoyo.

A mis compañeros y amigos que me acompañaron a lo largo de la carrera y desde antes de entrar a ella:

A ti Montse, por tu gran cariño y apoyo incondicional, por cruzar este camino conmigo y siempre apoyarme en todo a lo largo de éste, por siempre tener una palabra de aliento y consuelo para mí, por creer en mí, por tus palabras de admiración, por siempre animarme y confortarme, y por nunca dejarme solo.

A ustedes Gisel, Anahí y Maggie, por compartir junto conmigo las distintas emociones a lo largo de la realización de este trabajo, por alegrarse y emocionarse conmigo, por enojarse junto conmigo, por apoyarme siempre en este proyecto y creer en mí, y por tener siempre palabras de apoyo y cariño para mí.

A los que han sido mis amigos incondicionales, y de quienes he recibido palabras de admiración y cariño, gracias por confiar en mí.

Índice

Resumen	1
I. Introducción	3
II. Esquema de la investigación	4
2.1 Planteamiento del problema	4
2.2 Justificación	5
2.3 Objetivos	7
General	7
Específicos	7
III. Revisión de la literatura	7
IV. Marco de referencia	14
4.1 La pandemia por COVID-19 y su impacto en la salud mental	14
4.2 Estrés y la salud mental de los profesionales de enfermería	17
4.3 Ansiedad: un problema en la salud mental y física en los profesionales de enfermería	21
V. Metodología	24
5.1 Tipo y diseño de estudio	24
5.2 Población y muestra	24
5.3 Criterios de selección de la muestra	25
5.3.1 Criterios de inclusión	25
5.3.2 Criterios de exclusión	25
5.3.3 Criterios de eliminación	25
5.4 Hipótesis	26
5.5 Operacionalización de variables	27
5.6 Recolección de la información	31
5.6.1 Instrumentos de recolección	31
5.7 Validez y confiabilidad	32
5.8 Análisis estadístico	34
5.9 Lineamientos éticos	34
VI. Resultados	36
6.1 Caracterización de la muestra	36
6.2 Resultados descriptivos	38

Síntomas de ansiedad general	38
Síntomas de ansiedad asociados al coronavirus	44
VII. Discusión	51
VIII. Conclusiones	55
IX. Consideraciones finales	56
9.1 Limitaciones	56
9.2 Sugerencias	56
9.3 Impacto del estudio	57
X. Referencias	58
XI. Anexos	67
Anexo 1: Consentimiento informado	68
Anexo 2: Instrumento de valoración	70

Resumen

Introducción. El personal de enfermería actualmente se desenvuelve en un ambiente complejo de cuidado, agudizado con la pandemia por COVID-19. Experiencias en epidemias y pandemias previas, así como en la actual, evidencian que el personal de primera línea de atención es afectado psicológicamente a lo largo de la atención contra los padecimientos. Una de las principales repercusiones en la salud mental y física es la ansiedad. Esta problemática puede afectar la calidad de vida del personal de enfermería y en el ámbito laboral repercute de manera negativa en la adopción de buenas prácticas del cuidado enfermero.

Objetivo. Estimar la prevalencia de síntomas de ansiedad en los profesionales de enfermería que laboran en hospitales COVID de la Ciudad de México durante la pandemia, y han atendido a pacientes con COVID-19.

Metodología. Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo. Muestreo por conveniencia de 92 profesionales de enfermería que han laborado en hospitales COVID de la Ciudad de México. Se aplicó la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada [(GAD-7) $\alpha=0.872$] de Spitzer, Kroenke, Williams y Löwe (2006), conformada por 7 ítems y la Escala de Ansiedad por Coronavirus [(CAS) $\alpha=0.871$] de Lee (2020) conformada por 5 ítems, ambos instrumentos medidos con una escala tipo Likert.

Resultados. Se encontró que la puntuación general de síntomas de ansiedad para la escala GAD-7 fue de 90.2%. El 43.5% presentó síntomas leves, seguido de 30.4% moderados y 16.3% severos. La puntuación general de síntomas de ansiedad asociados al coronavirus para la escala CAS fue de 51.1%. El 35.9% presentó síntomas leves, seguido de 13% moderados y 2.2% severos. Para ambas escalas una puntuación ≥ 10 representa síntomas de ansiedad significativos, esto representaría para la escala GAD-7 el 46.7% y para la escala CAS el 15.2% de la muestra.

Conclusiones. La mayoría de los profesionales presentaron algún grado de síntomas de ansiedad de leves a severos. Ello preocupa ya que afecta la calidad de

vida del personal de enfermería y podría repercutir de manera negativa en la calidad y seguridad del cuidado enfermero. Es indispensable mantener una valoración continua de la salud mental de las enfermeras y determinar estrategias para atender ésta problemática.

Palabras clave. Ansiedad, enfermería, COVID-19, pandemia, personal de enfermería en hospital.

I. Introducción

La enfermedad por COVID-19 ha planteado importantes y diversos retos en la atención a la salud a nivel mundial. Desde el inicio de esta pandemia el personal de salud trabajó arduamente atendiendo pacientes con la enfermedad emergente. La experiencia con anteriores epidemias y pandemias evidencian que el personal de primera línea es afectado psicológicamente a lo largo de la atención contra los padecimientos, y se conocen factores de riesgo asociados: ser mujer, ser enfermera, desconocimiento del virus, falta de equipo de protección personal (EPP) adecuado.

El ejercicio profesional de enfermería en el contexto hospitalario tiene varios factores de estrés, las enfermeras al estar en constante exposición a éstos, pueden presentar repercusiones en su salud física y por supuesto, en su salud mental.

Los factores que intervienen en el desarrollo del estrés en el personal de enfermería pueden conducir al deterioro de su estado de salud física y mental favoreciendo la ansiedad, afectando la calidad de vida del personal de enfermería y repercutiendo de manera negativa la adopción de buenas prácticas del cuidado enfermero, reduciendo la calidad de la atención y teniendo como resultado una pérdida de compasión por los pacientes y una mayor incidencia de errores en la práctica.

Estudios previos señalan que durante la actual pandemia los profesionales de enfermería han presentado distintos problemas en su salud mental, como ansiedad, depresión, estrés postraumático, insomnio, deterioro funcional social y laboral, etc., sin embargo, actualmente no se cuenta con suficientes estudios que reporten esta problemática en México.

Por lo anterior la presente investigación se ha dirigido a indagar sobre la prevalencia de síntomas de ansiedad en profesionales de enfermería.

II. Esquema de la investigación

2.1 Planteamiento del problema

La salud mental es uno de los componentes fundamentales del bienestar de las personas, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ lo incluye como una esfera esencial del concepto integral de salud aunado a lo físico y psicológico. Las pandemias y epidemias que anteriormente ha enfrentado el personal de salud evidencian que el personal de primera línea es afectado psicológicamente a lo largo de la atención contra los padecimientos.

Se ha reportado que durante las epidemias los recursos humanos de la salud (RHS) pueden presentar repercusiones en la esfera mental que incluyen miedo, angustia psicológica, trastorno de estrés agudo y postraumático, ansiedad y depresión^(2, 3, 4).

Dentro de los factores de riesgo para presentar síntomas de afecciones a la salud mental se encuentran trabajar en entornos de alto riesgo (primera línea de atención), ser mujer, ser enfermera, falta de EPP adecuado, turnos más largos, desconocimiento del virus, formación inadecuada, menos años de experiencia, carencia de apoyo social y antecedentes de cuarentena². Por ello es fundamental prestar atención a la salud mental de los profesionales de enfermería durante la pandemia por SARS-CoV-2, sin embargo, actualmente se cuenta con pocos estudios que reporten esta problemática en México.

Los profesionales de enfermería que laboran de manera directa en la atención a pacientes con COVID-19 tienen un alto riesgo de presentar ansiedad, junto con otros estados indeseables en su salud mental². Durante esta pandemia, la ansiedad ha sido uno de los mayormente reportados como aquellos que más afectan al personal de salud.

Conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad en los profesionales de enfermería contribuirá a reconocer ésta problemática en el contexto de la COVID-19 en la Ciudad de México. Lo anterior puede coadyuvar a dar visibilidad a los problemas en la salud mental de las y los enfermeros que atienden y/o atendieron a este tipo de pacientes.

Por lo anterior, se desea conocer cuál es prevalencia de los síntomas de ansiedad en las enfermeras y enfermeros que laboran y/o laboraron en hospitales COVID de la Ciudad de México durante la actual pandemia. De ello surge la siguiente pregunta: ¿Cuál es la prevalencia de los síntomas de ansiedad en los profesionales de enfermería de hospitales COVID-19 de la Ciudad de México durante la pandemia por SARS-CoV-2?

2.2 Justificación

La importancia de la realización de este trabajo de investigación radica en que, de acuerdo con Carmassi y Pedrinelli, “los profesionales de la salud involucrados en una epidemia, tienen un alto riesgo de desarrollar efectos adversos para la salud mental como ansiedad y depresión. La evidencia de epidemias anteriores ha señalado un impacto negativo en el funcionamiento social y ocupacional de los trabajadores de la salud”⁵.

El conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y casos probables de Trastorno de Ansiedad Generaliza (TAG) en enfermeras de hospitales COVID en la Ciudad de México, podrá brindar un panorama acerca de esta problemática en la salud mental de los profesionales de enfermería en la Ciudad de México.

En México existen cerca de 315 mil enfermeros⁶, lo que constituye el número más grande de trabajadores en el sistema de salud, además, son las enfermeras y enfermeros quienes por su ejercicio profesional se encuentran de manera más estrecha en contacto con los pacientes, realizando distintas tareas para otorgar cuidado a los individuos. Debido a este acercamiento a la soledad de las personas hospitalizadas por COVID-19 (secundario al aislamiento en las instituciones de salud), el personal de enfermería ha acompañado a estos pacientes en momentos extremadamente difíciles, incluyendo la muerte, siendo el único apoyo para estas personas. Esto implica que han presenciado el incremento en el fallecimiento de sus pacientes, lo que puede derivar en afecciones en su salud mental (fatiga por compasión). La salud mental y el bienestar psicológico son una pieza clave en el

desarrollo adecuado de las funciones del personal de enfermería, en el cuidado de los pacientes y en pro de su salud. Sin embargo, Chorwe ha señalado que “la ansiedad relacionada con la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) puede interferir con el desempeño de las enfermeras y reducir su autoeficacia”⁷.

Diversas instituciones de salud en México como el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, SEMAR, etc., reconvirtieron un gran número de sus hospitales durante la pandemia que afectó al país en marzo de 2020 y durante las dos primeras olas. En algunos casos, el 100% de sus servicios y camas se utilizaron para atender pacientes infectados con el virus SARS-CoV-2 (COVID-19). De la misma manera, otros de sus hospitales utilizaron algunos de sus servicios y camas para atender este tipo de pacientes, lo que aumentó la carga laboral de los profesionales de enfermería.

En síntesis, la finalidad de conocer la prevalencia del personal de enfermería con algún grado de síntomas de ansiedad por atender a pacientes con COVID-19 radica en que: 1) el presentar algún grado de síntomas de ansiedad interfiere en el desempeño del cuidado a los pacientes y disminuye la seguridad de éstos, lo que influye de manera negativa en la atención sanitaria y 2) la salud mental de los profesionales de enfermería se ve afectada, impactando también en su funcionamiento social.

Los beneficios que resultarán de esta investigación serán el conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad en profesionales de enfermería mexicanos, específicamente aquellos que trabajan en hospitales COVID de la Ciudad de México, una población que hasta el momento no ha sido estudiada lo suficiente, pues son escasos los datos reportados de éste tipo en México. De igual manera, el conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y casos probables de TAG, apoyará a resaltar la importancia de la atención a la salud mental de manera prioritaria en estos profesionales de la salud.

2.3 Objetivos

General

- ❖ Estimar la prevalencia de síntomas de ansiedad en los profesionales de enfermería que laboran en hospitales COVID de la Ciudad de México durante la pandemia, y han atendido a pacientes con COVID-19.

Específicos

- ❖ Conocer la prevalencia de los síntomas de ansiedad en el personal de enfermería de hospitales COVID de la Ciudad de México que brindan y/o han brindado atención a pacientes con COVID-19.
- ❖ Identificar los factores asociados a la presencia de síntomas de ansiedad en el personal de enfermería.
- ❖ Conocer el número y porcentaje de sujetos que pudieran presentar riesgo de TAG, de acuerdo con la puntuación obtenida en el instrumento de evaluación GAD-7.

III. Revisión de la literatura

La búsqueda de la literatura se realizó en las bases de datos PubMed (Medline), Biblioteca Virtual en Salud, Redalyc, Dialnet y SciELO, utilizando los descriptores en ciencias de la salud: *ansiedad, personal de salud, pandemia e infección por coronavirus* en combinación con los conectores booleanos *AND* y *OR*. Se revisaron artículos publicados entre los años 2020 y 2021.

Como resultado se encontró una revisión sistemática realizada por Chigwedere y Sadath et. al. en 2021² en la que indagaron sobre el impacto de las distintas epidemias y pandemias (SARS, COVID-19, MERS, ébola, H1N1 y H7N9) en la salud mental de los trabajadores de la salud. Encontraron síntomas de trastorno por estrés agudo, depresión, ansiedad, insomnio, miedo, estigma social, agotamiento y el trastorno por estrés postraumático. Del mismo modo, identificaron factores de riesgo, éstos fueron trabajar en entornos de alto riesgo (primera línea de atención),

ser mujer, ser enfermera, falta de EPP adecuado, turnos más largos, desconocimiento del virus, formación inadecuada, menos años de experiencia, carencia de apoyo social y antecedentes de cuarentena.

Sánchez y García⁸, estudiaron los síntomas ansiedad en las enfermeras durante la primera y segunda ola en España, encontrando que durante la primera ola, 68.3% de los sujetos tenían síntomas de ansiedad, 18.2% tenían riesgo de ansiedad y 21.4% tenían riesgo de depresión. Durante la segunda ola, 49.5% de los sujetos presentó ansiedad, 35.1% depresión, 22.6% con riesgo de ansiedad y 23.3% con riesgo de depresión. Los autores sugieren que la disminución en la prevalencia de ansiedad y depresión entre la primera y segunda ola puede deberse a que al inicio de la pandemia había mayor confusión, falta de información, de formación de los profesionales y de EPP, entre otros.

El mismo estudio resalta que son las enfermeras quienes han estado sometidas a una gran carga emocional, física y psicológica, debido al estrecho contacto con los pacientes, y es por esa misma razón que tienen mayor riesgo de infección que otros profesionales de la salud.

Fattori y Cantú, et al (2021)⁹ analizaron en 550 trabajadores de un hospital italiano, síntomas de malestar psicológico general, síntomas de estrés postraumático, y de ansiedad. El 39% de los participantes expresaron malestar psicológico general, 22% síntomas de estrés postraumático y 21% síntomas de ansiedad; en un segundo cuestionario que se realizó en los participantes que puntúan por encima del punto de corte en alguna de las escalas, el 12% presentó síntomas de depresión y 7% síntomas disociativos. Los participantes referidos al segundo cuestionario también informaron más preocupaciones sobre infectar a su familia y su propia seguridad, se sintieron más discriminados como trabajadores sanitarios y expresaron intenciones de dejar su trabajo.

Los autores sugieren que hay factores de riesgo potenciales para el deterioro psicológico, la ansiedad y el síndrome de estrés postraumático, estos son el sexo (el riesgo es mayor en mujeres), la edad (trabajadores más jóvenes), el rol ocupacional (las enfermeras tienen mayor riesgo), condiciones crónicas

(enfermedades crónicas de los participantes), exposición laboral y privada al COVID-19 (trabajadores involucrados en las áreas de COVID-19 o con un miembro de la familia infectado), pues los sujetos con estas características expresaron un bienestar psicológico menor en comparación con los demás participantes.

Por su parte Fu y Han⁴, evaluaron los niveles de ansiedad mediante la escala General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) en 7413 participantes (personal médico) de distintas provincias de China. Las tasas de ansiedad fueron de 33.74% (23.57% ansiedad leve, 6.06% moderada y 4.11% ansiedad grave), los factores identificados que favorecen la ansiedad fueron ser enfermera, ser viudo, mala salud física, trabajar en la primera línea COVID-19. Además, el grupo etario con mayores tasas de ansiedad y depresión fue el de 18 a 30 años.

Effendy y Selian¹⁰ evaluaron los factores relacionados con la ansiedad entre médicos residentes, el estudio incluyó a 80 médicos residentes del servicio de urgencias de un hospital universitario a quienes se les aplicó la escala GAD-7, dicha escala, según los autores, fue eficaz para evaluar distintos tipos de ansiedad, incluyendo el trastorno de pánico, ansiedad social y trastorno de estrés postraumático. La edad media de los participantes fue de 31 años. Los autores reportan que ciertas variables como el estado civil (los casados tenían mayores niveles de ansiedad), nivel de antigüedad (el personal de recién ingreso tenía mayores niveles de ansiedad), el historial de contacto directo con pacientes con COVID-19 (quienes tenían contacto directo tenían mayores niveles de ansiedad) y la duración del trabajo semanal (quienes trabajaban más, experimentaban mayores niveles de ansiedad) son “variables [que] merecen ser consideradas como un factor que puede causar trastornos de ansiedad en los residentes que sirven en urgencias”.

En otro estudio realizado por Carmassi y Pedrinelli en 2021⁵ investigaron en 265 trabajadores de la salud el síndrome de estrés postraumático (TEPT), la ansiedad, la depresión y el funcionamiento laboral y social con las escalas IES-R, GAD-7, PHQ-9 y WSAS (Work and Social Adjustment Scale) respectivamente. En este estudio es importante resaltar el síndrome de estrés postraumático, pues aquellos

participantes que presentaron síndrome de estrés postraumático agudo presentaron un mayor deterioro del funcionamiento sociolaboral, además de síntomas depresivos y de ansiedad moderados a graves.

La puntuación de la escala WSAS fue mayor en los individuos con TEPT y los que presentaban ansiedad en comparación con quienes no lo presentaron. Concluyen que en los individuos con TEPT además es afectado su funcionamiento social que incluye la gestión familiar, actividades de ocio social y privadas, mantenimiento de relaciones cercanas. Los autores identifican como factores de riesgo para presentar TEPT, depresión y ansiedad a individuos con poca experiencia laboral (menos de un año), nivel educativo (formación menos especializada), edad (personas más jóvenes), así como una capacitación profesional limitada y aquellos que se encontraban en la primera línea de atención contra la COVID-19, mismos factores que fueron observados en la afectación del funcionamiento social.

Así mismo resaltan la gran importancia del apoyo emocional por parte de los familiares hacia los trabajadores en la primera línea de atención, ya que cuando no se cuenta con ella, se suma el estrés emocional al deterioro en las actividades de ocio sociales y privadas, lo que a la vez puede sumarse a la vulnerabilidad para desarrollar ansiedad”⁵.

Por otro lado, Carmassi y Pedrinelli señalan que los trabajadores de salud, especialmente los de la primera línea de atención “corren el riesgo de perder el control sobre sus vidas, especialmente durante los períodos de aislamiento y cuarentena, y revelaron que el estigma percibido es un mediador importante de los problemas psiquiátricos asociados con una mayor angustia y consecuencias negativas en el bienestar de los trabajadores sanitarios de primera línea con efectos negativos en el tiempo libre y la capacidad para relajarse”⁵.

Chorwe⁷ evaluó la ansiedad relacionada con la COVID-19 y el deterioro funcional en 102 enfermeras de hospitales, áreas COVID y no COVID, escuelas de enfermería y organizaciones no gubernamentales de Malawi mediante la escala de ansiedad por coronavirus (CAS). El estudio indicó que la ansiedad relacionada con COVID-19 era alta, pues 25.5% de los participantes la padecían, identificaron

diferencias entre la prevalencia de ansiedad y el lugar de trabajo, pues fue más alta en los sujetos que trabajaban en hospitales y en mujeres. Además el autor reporta que el 48% de sus participantes sufría de deterioro funcional debido al COVID-19, es decir, casi la mitad de los participantes. Praghlapati en 2020 citado por Chorwe en 2021 afirmó que la ansiedad relacionada con COVID-19 puede interferir con el desempeño de las enfermeras, en sus funciones y reducir sus niveles de autoeficacia. Chorwe además indica que apoyar a las enfermeras de manera práctica y psicológica ayuda a preservar su salud, especialmente cuando los niveles de estrés laboral son demasiado altos.

Aguglia y Amelio¹¹ analizaron en 2021 el impacto de la pandemia COVID-19 en el bienestar mental de los trabajadores de salud en un hospital italiano, encuestaron en total a 842 sujetos, 273 hombres y 569 mujeres. A los participantes del estudio se les aplicó la Escala de Desesperanza de Beck (BHS por sus siglas en inglés) para identificar a los que presentaban desesperanza (puntuación mayor o igual a 9) de los que no, conformando así dos grupos. Los autores encontraron que los encuestados con desesperanza puntuaron más alto en la Death Anxiety Scale (DAS) y en la Escala de Trauma de Davidson (DTS) que quienes no la presentaron.

Del mismo modo la regresión lineal dejó ver que la desesperanza fue un predictor significativo para presentar síndrome de estrés postraumático. La ansiedad ante la muerte fue un mediador potencial de la asociación entre la desesperanza y los síntomas de estrés postraumático. Los autores también aseveraron que la presencia de desesperanza en los trabajadores que atendieron a personas con COVID-19 se asoció de manera muy significativa con puntuaciones más altas de ansiedad ante la muerte y síntomas de estrés postraumático.

Ghio y Patti¹² investigaron el impacto de la pandemia de COVID-19 en el bienestar mental de 731 trabajadores de la salud en Italia, analizando la correlación entre los niveles de burnout y otros trastornos de salud mental, buscando la presencia de factores de riesgo específicos de sintomatología postraumática relacionados con la pandemia. Utilizaron la escala PHQ-9 para evaluar síntomas de depresión, la escala GAD-7 para evaluar síntomas de ansiedad, la escala del Índice de Gravedad del

Insomnio (ISI) para evaluar el insomnio, la escala IES-R para evaluar síntomas de estrés postraumático y el Inventario de Agotamiento de Maslach (MBI) para evaluar agotamiento. Los autores reportan que 297 sujetos declararon haber experimentado sueño (21%) y tomar ansiolíticos (20%) y 32% consumir alcohol de manera habitual. 453 participantes (62%) presentaron síntomas depresivos, 32% leves y 13% severos, del mismo modo, 447 participantes (61%) presentaron síntomas de ansiedad, siendo severos en el 11% de los participantes. 349 participantes (48%) presentaron síntomas de insomnio, 250 participantes (34%) presentaron síntomas de estrés postraumático, así mismo, el agotamiento emocional fue percibido por el 37% de los participantes y casi la mitad de la muestra se enfrentaba a un aumento de los niveles de burnout.

Los autores encontraron que el sexo masculino es un factor protector en el desarrollo de TEPT, la antigüedad mayor de 30 años tuvo una asociación negativa con síntomas depresivos pero no con otros trastornos de la salud mental. Así mismo, la necesidad de apoyo psicológico se asoció con mayores niveles de sintomatología postraumática, síntomas depresivos, ansiedad e insomnio; mientras que la percepción de que el trabajo impacta en el bienestar se asoció con sintomatología postraumática y ansiedad. Los autores mencionan una asociación positiva entre el uso de somníferos y depresión e insomnio, y el uso de ansiolíticos con síntomas de estrés postraumático y ansiedad. De igual manera, los autores reportan que los sujetos con puntuaciones medias y altas de agotamiento tienen una asociación significativa con el insomnio, la depresión, la ansiedad y los síntomas postraumáticos concluyendo de esta forma que el agotamiento fue un predictor importante de sufrimiento psicológico durante el brote de COVID-19 entre los profesionales de la salud.

En un estudio descriptivo transversal realizado por Durán y Gamez¹³ en el que identificaron la magnitud del agotamiento físico en los profesionales de enfermería y su influencia en la seguridad del paciente, los autores encontraron que el agotamiento físico de los profesionales de enfermería puede ocasionar riesgo en la salud del paciente, y por ende, influye en su seguridad ya que estos profesionales

no pueden ofrecer lo mejor de sí cuando presentan trastornos físicos, emocionales o conductuales; del mismo modo lo plantean Solís y Tantalean et al. (2017) citado por Durán y Gamez et al., pues menciona que un individuo con estado de salud físico y mental deteriorado genera estrés y mala práctica.

En un estudio realizado por Liang y Chen¹⁴ en el que investigaron el estado y los factores que influyen en la ansiedad, la depresión y el insomnio en 4237 enfermeras de Hunan, China durante el período epidémico utilizando las escalas GAD-7, PHQ-9 e ISI (índice de gravedad del insomnio) respectivamente, hallaron que 10.3% de las enfermeras experimentaron un nivel de ansiedad de moderado a severo, 17.5% experimentó síntomas depresivos de nivel moderado a severo, y 12.3% experimentó insomnio de moderado a severo. Los autores además, sostienen que el estado civil, la participación en la primera línea de atención y la participación en grupos de capacitación en psicología no se asociaron con ansiedad, depresión e insomnio, mientras que el género, el nivel hospitalario, el título profesional, la formación académica, más turnos nocturnos y el ingreso mensual familiar fueron los factores que influyeron en las puntuaciones GAD-7, PHQ-9 e ISI.

Sungjin y Lee¹⁵ en un estudio transversal evaluaron la relación entre la ansiedad (mediante la escala GAD-7) y el trabajo por turnos en 381 trabajadores de la salud de Corea, durante la pandemia por COVID-19, encontrando que de los 381 participantes, 122 (32%) tenían ansiedad, hallando factores que se asociaban directamente con la presencia de ansiedad: la edad, el estado civil, la experiencia laboral previa, las enfermedades crónicas y el trabajo por turnos antes y después de la pandemia. Las personas con ansiedad tenían más probabilidades de ser mayores, estar casadas, tener una experiencia laboral más prolongada y tener una enfermedad crónica. De los participantes con ansiedad, 45.9% trabajaba por turnos antes de la pandemia por COVID-19 y 60.33% después de la pandemia.

Los autores reportan que el grupo más numeroso de personal era el de 20 a 29 años con 133 participantes (34.91%) y el grupo de 30 a 39 años el que más prevalencia de ansiedad tenía, pues de los 113 participantes (29.66%), 36 (31.85%) presentaron ansiedad. De la misma manera, en el estudio es posible apreciar que

las mujeres fueron las más propensas a presentar ansiedad, ya que de las 317 participantes (83.20%), 32.80% presentaron ansiedad, comparado con los hombres, en donde sólo el 28.12% (18 participantes) lo presentaron. De igual manera, el personal de enfermería fue el más propenso a presentar ansiedad, pues lo presentaron el 32.91% de este personal, mientras que el resto del personal, sólo el 27.69% lo presentaron.

Sungjin y Lee¹⁵, afirman que tres de los cuatro factores estresantes relacionados con COVID-19 aumentaron significativamente el riesgo de ansiedad en enfermeras o asistentes de enfermería que trabajaron por turnos después del brote de COVID-19, mismos que fueron el contacto con casos o pacientes confirmados, el trato con pacientes enojados o desagradables y malestar debido al uso de EPP.

IV. Marco de referencia

4.1 La pandemia por COVID-19 y su impacto en la salud mental

En diciembre de 2019 se reportaron en Wuhan, China casos de neumonía atípica de origen, en ese momento desconocido, días después se descubrió el agente etiológico, un nuevo coronavirus con rápida propagación, infectividad y mortalidad. El nuevo virus recibió el nombre de SARS-CoV-2 por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus, y la enfermedad que éste provoca recibió el nombre de COVID-19 (COronaVirus Disease 2019) por la OMS el 11 de febrero de 2020.

La presentación clínica de los nuevos casos reportados de neumonía atípica eran similares a los de una neumonía viral, con fiebre, tos seca e imágenes radiológicas incompatibles con las de una neumonía causada por bacterias, pero también incompatibles con las causadas por virus más comunes¹⁶.

A partir de la aparición de los primeros brotes, China alertó a la OMS el 31 de diciembre de 2019 de casos de neumonía atípica de agente etiológico desconocido, con la sospecha de una zoonosis.

Desde los primeros casos reportados, la expansión local y mundial ascendió a niveles alarmantes; para el 11 de enero de 2020 se registró la primera muerte por

infección de SARS-CoV-2, y el 13 de enero de 2020 se reportó el primer caso de infección fuera de China, ocurrido en Tailandia.

El 30 de enero de 2020 la OMS declaró a la COVID-19 como una “emergencia de salud pública de alcance internacional”, y fue el 11 de marzo de 2020 con 37,364 casos de COVID-19 reportados fuera de China, cuando el director general de la OMS definió la aparición de la infección por SARS-CoV-2 como una pandemia.

El primer caso de COVID-19 detectado en México se dio el 27 de febrero de 2020 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, en un hombre de 35 años de nacionalidad italiana residente en la Ciudad de México, dicho paciente había viajado a Italia del 14 al 22 de febrero. La primera muerte por COVID-19 en México se registró el 18 de marzo de 2020 en un hombre de 41 años con antecedente de diabetes mellitus, quien había iniciado con síntomas el 9 de marzo de 2020, la muerte también se registró en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

El 24 de marzo de 2020, con 475 casos confirmados en México, se decretó la fase 2 de contingencia sanitaria con medidas más estrictas de distanciamiento social, confinamiento y restricción laboral¹⁷.

En México, hasta el 13 de octubre de 2021, se reportó un total de 3,738,749 casos confirmados acumulados de COVID-19, así como 3,956,652 casos estimados, han ocurrido 283,193 muertes confirmadas por COVID-19 pero 296,597 estimadas. Existe un total de 37,479 casos activos confirmados, pero 40,403 activos estimados, y existen 529,322 casos sospechosos¹⁸.

Del total de los casos confirmados en México, 50.10% han sido mujeres, y 49.90% han sido hombres, 84.37% permanecieron en su domicilio y 15.63% tuvieron que ser hospitalizados, del mismo modo, 14.48% padecían hipertensión arterial, 12.26% obesidad, 11.18% diabetes mellitus y 6.64% tabaquismo¹⁹.

Del total de las muertes confirmadas ocurridas en México (283,193), 61.84% han sido hombres y 38.16% han sido mujeres, del mismo modo, 92.41% estuvieron hospitalizados y 7.59% se mantuvieron en su domicilio, datos importantes de

resaltar son las comorbilidades que presentaban los fallecidos, 43.92% de los fallecidos presentaban hipertensión arterial, 36.53% presentaba diabetes, 21.39% obesidad, y 7.40% presentaba tabaquismo¹⁹.

Hasta el 13 de octubre de 2021 México ha atravesado tres olas pandémicas, la primera de ellas poco tiempo después de haberse declarado como pandemia a las infecciones por SARS-CoV-2, a finales de abril de 2020, misma que se prolongó hasta agosto de 2020, teniendo su pico de contagios más alto el 1° de agosto de 2020, teniendo una reducción en la curva epidémica a partir de esa fecha. La segunda ola sucedió en el mes de octubre de 2020, esta segunda ola se prolongó hasta enero de 2021, fecha en donde tuvo su pico máximo el 21 de enero de 2021 y en donde a partir del 25 de enero los casos comenzaron a disminuir. La tercera ola se dio a principios del mes de julio de 2021, prolongándose hasta finales del mes de agosto de 2021, teniendo su pico máximo el 22 de agosto de 2021 y comenzando a disminuir los casos a partir del 24 de agosto²⁰.

La vacunación fue una de las herramientas más eficaces para el control de esta pandemia pues, si bien, la vacunación no evita el contagio, sí disminuye el riesgo de que las personas inmunizadas fallezcan.

En México, el Plan Nacional de Vacunación contra el SARS-CoV-2 comenzó con la primera etapa el 24 de diciembre de 2020 en Ciudad de México, Querétaro y el Estado de México. El objetivo fue inmunizar primeramente al personal de salud de todo el país que se encontrara en la primera línea de atención contra la COVID-19²¹.

La primer etapa de vacunación incluía a todo el personal de salud de instituciones públicas que estuvieran en la primera línea de atención contra la COVID-19, la segunda etapa al resto del personal de salud y a personas adultas de 50 años y más, la tercera etapa incluyó a embarazadas de 18 años después de las 9 SDG, la cuarta etapa incluyó al personal docente, la quinta etapa a la población de 18 a 49 años, y la sexta etapa, a personas de 12 a 17 años con alguna comorbilidad²².

Hasta el 13 de octubre de 2021 se aplicaron en México 108,947,179 dosis de vacuna, hay un total de 67,340,974 personas vacunadas, de las cuales 49,588,993 (74%) ya cuentan con esquema completo y 17,751,981 (26%) aún no han completado el esquema¹⁸.

La salud mental de la población también se ha visto afectada durante la actual pandemia, y son varios los factores que intervienen para que esto suceda, entre ellos el enfrentarse a un virus desconocido, miedo al contagio y a morir, así como al confinamiento impuesto como medida de control para la pandemia.

La actual pandemia es una forma nueva de estresor o trauma, tanto para la población general como para los profesionales de la salud, pues genera preocupaciones de pánico generalizado y ansiedad creciente. Además, se ha reportado que dicha preocupación puede exacerbar y agravar síntomas de ansiedad y depresión en personas más vulnerables o con un diagnóstico de enfermedad mental²³.

El estado de cuarentena puede producir diferentes reacciones negativas. La mayoría de las encuestas realizadas en la población general muestran un aumento de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés relacionados con la COVID-19 como resultado de factores estresantes psicosociales como cambios en el estilo de vida, miedo a la enfermedad o miedo a los efectos económicos negativos²³.

4.2 Estrés y la salud mental de los profesionales de enfermería

Buendía citado por Basset y Estévez menciona que “el estrés forma parte de nuestra vida cotidiana y ha llegado a ser considerada la enfermedad del siglo XXI, como consecuencia de diversos cambios en aspectos demográficos, políticos, económicos, sociales, culturales y tecnológicos, afectando tanto la salud y bienestar personal como la satisfacción laboral y colectiva”²⁴.

La profesión enfermera requiere de un trabajo arduo con exigencias elevadas y complicadas, las altas exigencias laborales y la combinación de demasiada

responsabilidad y muy poca autoridad se han identificado como algunas de las principales fuentes de estrés ocupacional en el personal de enfermería²⁵.

Por lo anterior, el personal de enfermería es susceptible a múltiples problemas en su salud mental como ansiedad, estrés, depresión, agotamiento, síndrome de burnout, y de acuerdo con Akvardar en 2004 y Pompili en 2006, citados por Fiabane y Giorgi²⁶ tienen mayor riesgo de suicidio y abuso de sustancias.

El desarrollo profesional de enfermería en el contexto hospitalario tiene varias fuentes de estrés, las enfermeras al estar en constante exposición a estas fuentes estresantes pueden tener repercusiones en su salud física y mental; factores estresantes importantes a resaltar en los profesionales de enfermería durante esta pandemia son el desconocimiento acerca del virus, la falta de una vacuna que previniera estados severos de la enfermedad o la muerte, el salir a trabajar en los picos máximos de la pandemia, el miedo de contagiar a su familia y también las agresiones físicas de las que fueron víctimas en la calle, transporte público, supermercados, etc.

Basset y Estévez²⁴ resaltan que en el ámbito de la salud, y en específico en el personal de enfermería, se es susceptible a desarrollar estrés, por encontrarse dentro de un ambiente laboral considerado como emocionalmente tóxico y sometido a situaciones de interacción con pacientes y familiares que propician el desarrollo de diversos niveles de estrés, tanto de carácter organizacional como propios de la profesión.

Los efectos del estrés laboral de manera prolongada se han descrito como síndrome de burnout y se presenta en las personas cuyas ocupaciones se caracterizan por interacciones personales frecuentes²⁷.

El síndrome de burnout podría ser quizás uno de los problemas en la salud mental de las enfermeras con mayor prevalencia, así lo reportan varios autores quienes han estudiado la prevalencia del síndrome de burnout en varios países del mundo, como Poncet y Toullic en 2007, citados por Fernández y Zárate²⁷, quienes estudiaron a 2,392 enfermeras, encontrando que 28.4% presentó niveles graves de

burnout y 60% presentaron niveles altos; o Pera y Serra en 2002, citados también por Fernández y Zárate²⁷, quienes encontraron que 13.9% presentó un grado elevado en la dimensión de cansancio emocional del síndrome de burnout, 11.1% en despersonalización y 6.6% en baja realización personal; así mismo, un 27% mostró un grado alto de burnout y 60% presentaron niveles altos por lo menos en una de las dimensiones, además de manifestar el deseo de cambiar de profesión.

Además de la sobrecarga de trabajo ya mencionada hay muchos otros factores que median en la salud mental de las enfermeras, así lo dejan ver Glazer y Gyurak²⁸ quienes analizaron la percepción de las enfermeras sobre la naturaleza del estrés o ansiedad ocupacional en cinco países, encontrando que, como ya se mencionó, la sobrecarga de trabajo se clasificó como una de las 10 principales fuentes de estrés entre las enfermeras en cada uno de los cinco países. Otros factores igualmente importantes fueron la falta de personal, la falta de recursos, los problemas de liderazgo, el tipo de pacientes que atienden, el bajo salario, los compañeros de trabajo, la escasez del tiempo, la realización de cierto tipo de tareas, entre otros.

Los factores que intervienen en el desarrollo del estrés en el personal de enfermería conduce al deterioro en el estado de salud física y mental de la enfermera además de que afecta su calidad de vida y la adopción de buenas prácticas en el cuidado enfermero, lo que puede reducir la calidad de la atención, teniendo como resultado una pérdida de compasión por los pacientes y una mayor incidencia de errores en la práctica. Numerosos estudios muestran que tiene un impacto directo o indirecto en la prestación de atención y en los resultados de los pacientes²⁵.

Sarafis y Rousaki²⁵, han destacado en su estudio un factor importante causante de estrés en las enfermeras: los factores relacionados con la agonía y muerte de los pacientes y los relacionados con las relaciones con los pacientes y los familiares de estos, del mismo modo concluyeron que los factores más estresantes se relacionan con un peor comportamiento de los participantes hacia sus pacientes.

Un punto a resaltar que puede impactar en la salud mental del profesional de enfermería, es la violencia, la cual se ha relacionado con el desarrollo del síndrome

de burnout. De acuerdo con la Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario que presenta datos de la Encuesta Nacional del Trabajo y Salud de las Enfermeras en 2005, las profesionales han sido víctimas de violencia dentro de sus propios lugares de trabajo. En ese año 28.4% de las encuestadas fueron agredidas físicamente por un paciente y 2% por otra persona que no es paciente; asimismo, 45% manifestó haber experimentado abuso emocional. 16.6% de un visitante, 8.7% de un médico, 10.3% de una colega y 9% de alguna otra persona”²⁷.

En un estudio realizado por García y Maldonado en el año 2014²⁹, en un hospital de Ensenada, Baja California, encontraron que 28.5% de los participantes presentaba ansiedad (3.8% ansiedad leve, 16.9% ansiedad moderada, 3.2% ansiedad severa y 4.6% ansiedad severa extrema), 25.4% presentaba estrés (13.1% estrés leve, 7.7% estrés moderado, 3.8% estrés severo y 0.8% estrés severo extremo) y 21.5% presentaba depresión (10.8% depresión leve, 8.5% depresión moderada y 2.2% depresión severa). Así mismo, los niveles severos extremos de ansiedad (5.4%) y estrés (0.8%) se presentaron únicamente en mujeres.

Melgosa, citado por García y Maldonado et. al.²⁹ considera que existe una estrecha vinculación entre estrés y ansiedad, pues muchos individuos, que en la actualidad sufren los efectos devastadores de la ansiedad, iniciaron sus hábitos ansiosos en medio de situaciones estresantes.

Otros autores que estudiaron la prevalencia de ansiedad y depresión en el personal de enfermería de un Hospital General Regional en Durango fueron Lerma y Rosales³⁰ quienes hallaron una prevalencia del 40.7% de ansiedad (30.5% ansiedad menor y 10.2% ansiedad mayor) y del 20.3% de depresión (16.1 depresión leve y 4.2% depresión moderada), encontrando como un factor importante para el desarrollo de estos padecimientos la atención a pacientes con padecimientos crónicos, como los que se atienden en servicios como nefrología, medicina interna y urgencias.

Trejo y Torres³¹ identificaron en el 2011 la asociación entre síndrome de burnout y el síndrome depresivo en el personal de enfermería del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini en el Estado de México, en dicho estudio reportan que con relación

al síndrome de burnout, 15.07% cursa con cansancio alto, 6.85% cansancio moderado y 78.08% cansancio leve; 21.92% cursa con altos valores de despersonalización, 20.55% con valores moderados y 57.53% con despersonalización leve; 6.85% presenta depresión grave, 73.97% depresión moderada, 16.44% depresión leve y 2.74% no presentan ningún grado de depresión.

4.3 Ansiedad: un problema en la salud mental y física en los profesionales de enfermería

De acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)³², el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad y una preocupación excesivas (anticipación aprehensiva) acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, la duración o la frecuencia de la ansiedad y la preocupación es desproporcionada a la probabilidad o al impacto real del suceso anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma, interfiere con la atención a las tareas inmediatas, todo esto, a lo largo de un periodo mayor o igual a 6 meses.

La ansiedad es considerada una respuesta humana indeseable a valorar por los profesionales de enfermería, NANDA International la define como una “respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente inespecífico, una catástrofe o una desgracia”³³. Incluye dentro de sus características definitorias respuestas del ámbito conductuales/emocionales, fisiológicas y cognitivas.

En brotes previos de enfermedades mundiales se ha encontrado asociación entre la ansiedad relacionada con la pandemia y síntomas elevados de estrés, ansiedad, preocupaciones por la contaminación, ansiedad por la salud, estrés postraumático, y tendencias suicidas³⁴. La pandemia por COVID-19 ha tenido sus propios matices y las medidas implementadas para la prevención de su propagación generaron factores de riesgo específicos de ansiedad por COVID-19. Entre ellos se encuentra

el miedo por una nueva enfermedad, la muerte derivada de la misma, violencia, violencia intrafamiliar vivida por el confinamiento y situaciones económicas difíciles³⁵.

En situaciones estresantes como la pandemia, los trastornos asociados a la ansiedad pueden afectar significativamente a personal de salud, quienes son particularmente vulnerables porque trabajan en situaciones peligrosas y a menudo están aislados de sus familias y fuentes de apoyo³⁴. Dentro de los factores relacionados a la ansiedad en el caso de los profesionales de enfermería que estuvieron en la primera línea de atención, pueden encontrarse diversas situaciones que funcionan como estresores además de la exposición al virus. Como población de riesgo se encuentra el ser mujer y dentro de las condiciones asociadas se ubican el ser enfermera, falta de EPP adecuado, turnos laborales prolongados, desconocimiento del virus, nivel educativo, menos años de experiencia, carencia de apoyo social y antecedentes de cuarentena.

De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina de México³⁶, en el país el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene una prevalencia del 3% en la población, y se presenta en un 5 a 7% entre los pacientes que acuden a consulta de atención primaria, del mismo modo, el DSM-IV³⁷ afirma que la prevalencia global llega hasta el 5%; sin embargo, la prevalencia podría ser mayor debido a nuevos factores estresantes derivados de la actual pandemia y el confinamiento.

El TAG tiene mayor prevalencia en personas de entre 40 a 50 años y en mujeres (dos veces más que en hombres). Los signos y síntomas pueden clasificarse en tres categorías^(38, 39, 40):

- ❖ **Físicos:** Tensión muscular, temblores, inquietud motora, dolor, debilidad, cansancio, parestesias, cefalea, síncope, epigastralgia.
- ❖ **Psicológicos:** Tensión, temor, dificultad para concentrarse, aprehensión, impaciencia.
- ❖ **Somáticos:** Taquicardia, hiperventilación, disnea, palpitaciones, sensación de nerviosismo, agitación o tensión, inquietud, temblores,

diaforesis, alteraciones del sueño, manos frías, xerosis bucal, náuseas, diarrea, polaquiuria, urgencia urinaria, problemas para deglutir, sensación de cuerpo extraño en la garganta.

Así, los criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada se resumen en la figura 1.

Figura 1. Criterios para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada

- A.** Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B.** Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C.** La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Facilidad para fatigarse.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D.** La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E.** La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej. una droga o un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej. hipertiroidismo).
- F.** La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración

negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

Tomado de: Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5° ed. Arlington: Panamericana; 2014. Pág. 137-138.

V. Metodología

En este apartado se describe la metodología del estudio. Se incluye el tipo y diseño del estudio, población y muestra, criterios y selección de la muestra, hipótesis, operacionalización de variables, recolección de la información, instrumento de recolección, validez y confiabilidad, análisis estadístico y lineamientos éticos.

5.1 Tipo y diseño de estudio

Se trata de un estudio con un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal y descriptivo.

Es transversal ya que recolectó datos en un sólo momento, en un tiempo único, y su propósito es describir variables y analizar su prevalencia en un momento dado, y es descriptivo pues tiene como objetivo indagar la prevalencia de la variable de síntomas de ansiedad en una población específica⁴¹.

5.2 Población y muestra

La población de estudio se conformó por profesionales de enfermería que laboran o que laboraron en atención a pacientes con COVID-19 en la Ciudad de México, y que han brindado atención directa a pacientes con COVID-19.

Se empleó un muestreo por conveniencia integrando a personal de enfermería de base y eventual de los tres turnos de la jornada de trabajo (matutino, vespertino y nocturno) de las distintas dependencias de salud presentes en la Ciudad de México (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR y PEMEX), así como de unidades temporales para la atención de pacientes con COVID-19 de la Ciudad de México.

Se invitó a profesionales de enfermería con éstas características a participar en el estudio por medio de redes sociales (WhatsApp, Facebook y TikTok) y se les proporcionó el enlace al instrumento de Google Forms que incluía el consentimiento informado y los cuestionarios.

5.3 Criterios de selección de la muestra

5.3.1 Criterios de inclusión

- ❖ Personal de enfermería de hospitales COVID de la Ciudad de México que esté atendiendo a pacientes con COVID-19.
- ❖ Personal de enfermería de hospitales COVID de la Ciudad de México que haya atendido a pacientes con COVID-19.

5.3.2 Criterios de exclusión

- ❖ Personal de enfermería de hospitales COVID de la Ciudad de México que no esté atendiendo o que no haya atendido a pacientes con COVID-19.
- ❖ Personal de enfermería de hospitales COVID o no COVID que se encuentren en otro estado de la República Mexicana que no sea la Ciudad de México.

5.3.3 Criterios de eliminación

- ❖ Que no firmen y/o acepten el consentimiento informado.
- ❖ Que no respondan el 100% del instrumento de valoración.

5.4 Hipótesis

H₁: La prevalencia de síntomas ansiedad en el personal de enfermería de los hospitales COVID de la Ciudad de México será del 30%.

H₂: El personal de enfermería que continúa atendiendo a pacientes con COVID-19 presentará una puntuación mayor de síntomas de ansiedad que los profesionales de enfermería que ya no atienden pacientes con COVID-19.

H₃: El personal de enfermería que atendió pacientes con COVID-19 en la primera y segunda ola pandémica presentará un mayor grado de síntomas de ansiedad que los que atendieron pacientes con COVID-19 en la tercera y cuarta ola.

H₄: Las mujeres presentarán una puntuación mayor de síntomas de ansiedad que los hombres.

H₅: Los profesionales de enfermería con menor experiencia laboral como enfermeros presentarán una mayor puntuación de síntomas de ansiedad que aquellos profesionales con mayor experiencia laboral.

H₆: Los profesionales de enfermería que tienen hijos presentarán una puntuación mayor de síntomas de ansiedad que quienes no tienen hijos.

H₇: Los profesionales de enfermería que tengan un tipo de contratación eventual presentarán una mayor puntuación de síntomas de ansiedad que los profesionales que tengan un tipo de contratación definitiva (base).

H₈: Los participantes que reporten que sufrieron de falta de EPP o EPP inadecuado tendrán una mayor puntuación de síntomas de ansiedad.

5.5 Operacionalización de variables

Variable principal					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
Síntomas de ansiedad	Manifestaciones relacionadas con la ansiedad que reporta el participante en el instrumento de valoración.	Clasificación de acuerdo con el puntaje obtenido en el instrumento de valoración con base en las respuestas del participante.	Cualitativa.	Ordinal.	Ítems 1-7 (GAD-7) 0=Nunca. 1= Menos de la mitad de los días. 2= Más de la mitad de los días. 3=Casi todos los días.
Síntomas de ansiedad asociados al coronavirus	Manifestaciones de excitación fisiológica asociados con miedo y ansiedad como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus que reporta el participante en el instrumento de valoración.	Clasificación de acuerdo con el puntaje obtenido en el instrumento de valoración con base en las respuestas del participante.	Cualitativa.	Ordinal.	Ítems 1-5 (CAS) 0= Nunca. 1= Menos de un día o dos. 2= Varios días. 3= Más de 7 días. 4= Casi todos los días durante las últimas 2 semanas.

Características sociodemográficas					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADOR
Sexo	Sexo biológico con el que nace la persona.	Sexo biológico con el que nace la persona.	Cualitativa.	Nominal.	1-Hombre. 2-Mujer.

Edad	Tiempo en años que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos que refiere el participante al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta.	Dato crudo.
Estado civil	Clase o condición a la que pertenece una persona dentro del orden social.	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal con esta al momento del estudio.	Cualitativa.	Nominal.	1-Soltero. 2-Casado. 3-Divorciado. 4-Viudo. 5-Unión libre.
Presencia de hijos.	Categoría del participante de haber procreado hijos al momento de la aplicación del instrumento de valoración.	Reporta si el participante tiene hijos consanguíneos o en adopción.	Cualitativa	Nominal	1-No. 2-Sí.
Número de hijos	Número de hijos que tiene la persona.	Número de hijos que reporta la persona en el momento de la aplicación del instrumento de valoración.	Cuantitativa.	Discreta	Dato crudo
Escolaridad	Último título obtenido al superar determinados niveles de estudio.	Último grado de estudios que ha cursado el participante al momento del estudio.	Cualitativa.	Ordinal.	1-Técnico en enfermería 2-Licenciatura en Enfermería 3-Postécnico 4-Especialidad 5-Maestría 6-Doctorado
Años laborando	Tiempo que ha laborado como	Tiempo en años que ha	Cuantitativa	Discreta	Dato crudo.

como enfermera.	personal de enfermería.	desarrollado funciones de enfermería en esta u otras instituciones.			
Hospital en el que brindó atención a pacientes con COVID-19.	Institución de salud en donde el profesional de enfermería trabaja o trabajó en el cuidado a pacientes con COVID-19.	Institución de salud, ya sea unidad temporal u hospital establecido de cualquier institución de salud de la CDMX (IMSS, ISSSTE, SSA, SEMAR, SEMARNAT, PEMEX) en donde el profesional de enfermería trabaja o trabajó en el cuidado a pacientes con COVID-19.	Cualitativa.	Nominal.	Dato crudo.
Tipo de contratación.	Tipo de contrato generado entre el profesional de enfermería y el hospital de adscripción y/o institución de salud de dicho hospital.	Tipo de contrato generado entre el profesional de enfermería y el hospital de adscripción y/o institución de salud de dicho hospital.	Cualitativa.	Nominal.	1-Eventual. 2-Base.
Turno en el que labora	Horario en el que el participante desarrolla su trabajo en el hospital.	Horario de la jornada laboral asignada para el desempeño de sus labores profesionales.	Cualitativa.	Nominal.	1-Matutino. 2-Vespertino. 3-Nocturno. 4-Mixto.
Ola	Espacio	Espacio	Cualitativa.	Nominal.	1-Primera ola

pandémica en la que brindó atención a pacientes con COVID-19.	temporal establecido en el que hubo un aumento de casos en la curva epidemiológica de infecciones por SARS-CoV-2 en la CDMX.	temporal establecido en el que hubo un aumento de casos en la curva epidemiológica de infecciones por SARS-CoV-2 en la CDMX.			(abril-agosto de 2020). 2-Segunda ola (octubre de 2020-enero de 2021). 3-Tercera ola (julio-agosto de 2021). 4-Cuarta ola (enero-febrero 2022).
Atención a pacientes COVID-19	Reporta si el participante continúa atendiendo a pacientes con COVID-19.	Reporta si el participante continúa brindando atención a pacientes con COVID-19 al momento del estudio.	Cualitativa.	Nominal.	1-Sí. 2-No.
Tiempo atendiendo a pacientes con COVID-19	Reporta el tiempo que el participante ha brindado atención a pacientes con COVID-19.	Reporta el tiempo en meses que el participante brindó o ha brindado atención a pacientes con COVID-19 al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	Dato crudo.
EPP adecuado	Reporta si el participante contó con EPP suficiente y adecuado para la atención a pacientes COVID durante la pandemia.	Reporta si el participante contó con EPP suficiente y adecuado a lo largo de la pandemia para la atención a pacientes con COVID-19.	Cualitativa.	Nominal.	1-Sí. 2-No.

5.6 Recolección de la información

5.6.1 Instrumentos de recolección

Se aplicó la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la Escala de Ansiedad por Coronavirus (Anexo 2).

Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada

La Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7 por sus siglas en inglés [Generalized Anxiety Disorder]) fue elaborada por los autores Spitzer R., Kroenke K., Williams J. y Löwe B. en 2006, y traducida y adaptada al español por García J., Zamorano E., Ruiz M., et al. en 2010. El objetivo de este instrumento es identificar los casos probables de TAG y evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad por medio de 7 ítems que incluyen los síntomas y la discapacidad asociada al trastorno de ansiedad generalizada⁴².

Cada ítem es medido por una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que va de “Nunca = 0”, “Menos de la mitad de los días = 1”, “Más de la mitad de los días = 2” y “Casi todos los días = 3”, de modo que el valor total puede oscilar entre 0 y 21. Una puntuación de 10 o más representa un punto de corte razonable para identificar casos probables de TAG. Los puntos de corte de 5, 10 y 15 pueden interpretarse como representativos de niveles leves, moderados y severos de síntomas de ansiedad en el GAD-7⁴². Un ejemplo de ítem es “Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado”.

Los síntomas de ansiedad son categorizados por su puntuación según el nivel de gravedad de la siguiente manera: (0-4) no se aprecian síntomas de ansiedad, (5-9) síntomas de ansiedad leves, (10-14) síntomas de ansiedad moderados y (15-21) síntomas de ansiedad severos⁴².

Escala de Ansiedad por Coronavirus

La Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS por sus siglas en inglés [Coronavirus Anxiety Scale]) fue elaborada por Lee S. A. en el 2020 y traducida y adaptada al español por González J., Rosario A. y Cruz A., en el mismo año. El objetivo de este instrumento es identificar casos probables de ansiedad disfuncional y evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad asociada con el coronavirus por medio de 5 ítems que representan síntomas de excitación fisiológica asociados con miedo y ansiedad. “La escala evalúa síntomas de ansiedad como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus”⁴³.

Cada ítem es medido por una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que va de “Nunca = 0”, “Menos de un día o dos = 1”, “Varios días = 2”, “Más de 7 días = 3” y “Casi todos los días durante las últimas 2 semanas = 4”, de modo que el valor total puede oscilar entre 0 y 20. De acuerdo con las puntuaciones obtenidas, los autores han sugerido las siguientes clasificaciones de gravedad: mínimo o ninguno (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y severo (15-20). El CAS demostró que discrimina bien entre personas con y sin ansiedad disfuncional utilizando una puntuación de corte optimizada ≥ 10 ³⁴. Un ejemplo de ítem es “Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus”.

Las puntuaciones se clasifican de acuerdo con la gravedad de síntomas de ansiedad asociados al coronavirus: (0-4) mínimo o ninguno, (5-9) leve, (10-14) moderado, (15-20) severo³⁴.

5.7 Validez y confiabilidad

La escala GAD-7 fue creada utilizando una muestra de 2740 participantes de 15 clínicas de atención primaria de Estados Unidos, en donde 65% eran mujeres y 35% eran hombres, 80% eran blancos no hispanos, 8% eran afroamericanos y 9% eran hispanos⁴².

La confiabilidad de la escala GAD-7 reportada por medio de la consistencia interna, haciendo uso del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, fue excelente, pues obtuvo un resultado de 0.92 ($\alpha = 0.92$)⁴².

En 2010, un grupo de expertos por medio del *backward translations in duplicate*, realizaron la traducción y adecuación al español de la escala y se tradujo como *Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada*. Comprobaron además que se mantuviera el propósito original del instrumento, obteniendo para este estudio un alfa de Cronbach de 0.936⁴⁴.

Camargo y Herrera, et al. (2021)⁴⁵ realizaron un estudio transversal, en el que establecieron la validez y confiabilidad de la escala GAD-7 en médicos colombianos durante la cuarentena por la COVID-19, aplicando la escala en 1030 médicos, 610 que atendían pacientes COVID y 420 que no atendían pacientes con COVID-19, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.920 ($\alpha = 0.920$). Los mismos autores concluyen que la escala GAD-7 “es un excelente instrumento, confiable, fácil y rápido de usar para la detección de los síntomas de ansiedad generalizada en personal médico, atienda o no a pacientes contagiados de COVID-19”⁴⁵.

En este estudio, la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada arrojó una confiabilidad interna de $\alpha = 0.872$.

La confiabilidad de la escala CAS es reportada por medio de la consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.93³⁴.

En 2020, a través del método de traducción cruzada, se realizó la traducción y adaptación al español de la escala CAS y se tradujo como *Escala de Ansiedad por Coronavirus*. La confiabilidad de la versión en español es reportada a través de la consistencia interna por medio del coeficiente omega, donde se obtuvo un coeficiente omega de 0.93, además se halló 90% de concordancia con la escala GAD-7 (es decir, clínicamente consistente) y el análisis factorial confirmatorio (CFA) confirmó la unidimensionalidad del instrumento. Para la versión en español el punto de corte, según los análisis realizados, para identificar síntomas significativos de ansiedad por coronavirus fue ≥ 10 . Los autores de la versión en español de la escala

CAS concluyen que “cuenta con las suficientes cualidades de medición para ser utilizada como instrumento de cernimiento clínico para identificar síntomas de ansiedad asociados al coronavirus”⁴³.

La confiabilidad de la Escala de Ansiedad por Coronavirus fue de $\alpha = 0.871$ para este estudio.

5.8 Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó con el *programa IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics (SPSS) versión 25*. Se evaluó la confiabilidad del instrumento a través del alfa de Cronbach. A través de estadística descriptiva se realizaron medidas de tendencia central y dispersión: media, desviación estándar, mínimo, máximo de las variables cuantitativas, se revisaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas (nominales). Se calculó la sumatoria de los ítems de los cuestionarios para contar con el total como variable escalar y posteriormente se recodificaron por categorías para conformarlas como variable nominal.

5.9 Lineamientos éticos

La presente investigación no representó riesgos para la salud e integridad de los participantes.

Para garantizar la dignidad y bienestar de las personas, se desarrolló bajo los principios establecidos en el Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo único de la Ley General de Salud (LGS), en su reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 14 de octubre de 2021⁴⁶, vigente en los Estados Unidos Mexicanos, tomando en cuenta de manera esencial los artículos 96 fracción I y II, y 100 en su fracción I, II, III, IV y V. Así mismo, de acuerdo con el artículo 17 de la LGS reformada en el DOF el 02 de abril de 2014⁴⁷, esta investigación es catalogada como una investigación sin riesgo, debido a que no se realizó ninguna intervención

o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio.

Del mismo modo y siguiendo los principios de la ley ya mencionada, se les proporcionó a los participantes el documento de consentimiento informado, como se menciona en el artículo 14, fracción V, y artículos 20 y 21 de la LGS reformada en el DOF el 02 de abril de 2014⁴⁷ y artículo 100 fracción IV de la LGS reformada en el DOF el 14 de octubre de 2021⁴⁶. Los datos obtenidos fueron tratados de manera confidencial para salvaguardar la identidad y privacidad de los participantes.

El presente estudio está basado también en el informe de Belmont⁴⁸ en donde incorpora 1) respeto por las personas, 2) beneficencia, y 3) justicia; de igual forma, se ha revisado y tomado en cuenta las disposiciones planteadas en el Código de Nuremberg⁴⁹ y en la Declaración de Helsinki⁵⁰.

VI. Resultados

6.1 Caracterización de la muestra

La muestra se integró por 92 profesionales de enfermería que laboran en hospitales de la Ciudad de México. Del total de la muestra, 24 (26%) fueron hombres y 68 (74%) fueron mujeres, el tiempo mínimo de experiencia laboral como profesional de enfermería fue de 7 meses, y el máximo de 32 años, con una media de 9.57 años (Tabla 1).

Del 100% de la muestra, 52% completó el nivel licenciatura, 15% nivel técnico, 14% especialidad, 13% maestría, 4% postécnico y 1% doctorado. El 59% tiene contrato definitivo (base) y 41% contratación eventual. El 39% labora o laboró en el turno matutino, 26% en el vespertino, 26% en el nocturno y 9% en horario mixto. El 53% son solteros, 27% casados, 4% divorciados y 15% viven en unión libre. El 50% tiene hijos y el 50% no tiene (Tabla 1).

La muestra se conformó por profesionales de Enfermería de 33 distintos hospitales de segundo y tercer nivel ubicados en la Ciudad de México, incluyendo centros COVID-19 temporales, estos resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Caracterización de la muestra

n=92

Variable de estudio	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Hombre	24	26
Mujer	68	74
Escolaridad		
Técnico	14	15
Licenciado	48	52
Postécnico	4	4
Especialidad	13	14
Maestría	12	13
Doctorado	1	1
Tipo de contratación		
Base	54	59

Eventual	38	41
Turno en el que labora		
Matutino	36	39
Vespertino	24	26
Nocturno	24	26
Mixto	8	9
Hospital donde labora o laboró		
13 hospitales de segundo nivel	23	25
17 hospitales de tercer nivel	61	66
3 unidades temporales COVID-19	8	9
Estado civil		
Casado	25	27
Soltero	49	53
Divorciado	4	4
Unión libre	14	15
Viudo	0	0
Presencia de hijos		
Sí	46	50
No	46	50

El rango de edad fue de 21 a 52 años, con una edad media de 33.53 años (DE = 7.60), el grupo etario de mayor presencia fue el de 20 a 30 años. El rango de atención a pacientes con COVID-19 fue de 2 a 48 meses, con una media de 15.9 meses y una desviación estándar de 8.72. El rango de experiencia como profesional de Enfermería fue de 7 meses a 32 años con una media de 9.57 años y una desviación estándar de 7.58 (Tabla 2).

Tabla 2. Caracterización de la muestra
n=92

Variable de estudio	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
Edad	21	52	33.53	7.606
Años laborando como profesional de Enfermería	7 meses	32	9.57	7.584

Tiempo que brindó o ha brindado atención a pacientes con COVID-19 (meses)	2	48	15.91	8.729
---	---	----	-------	-------

6.2 Resultados descriptivos

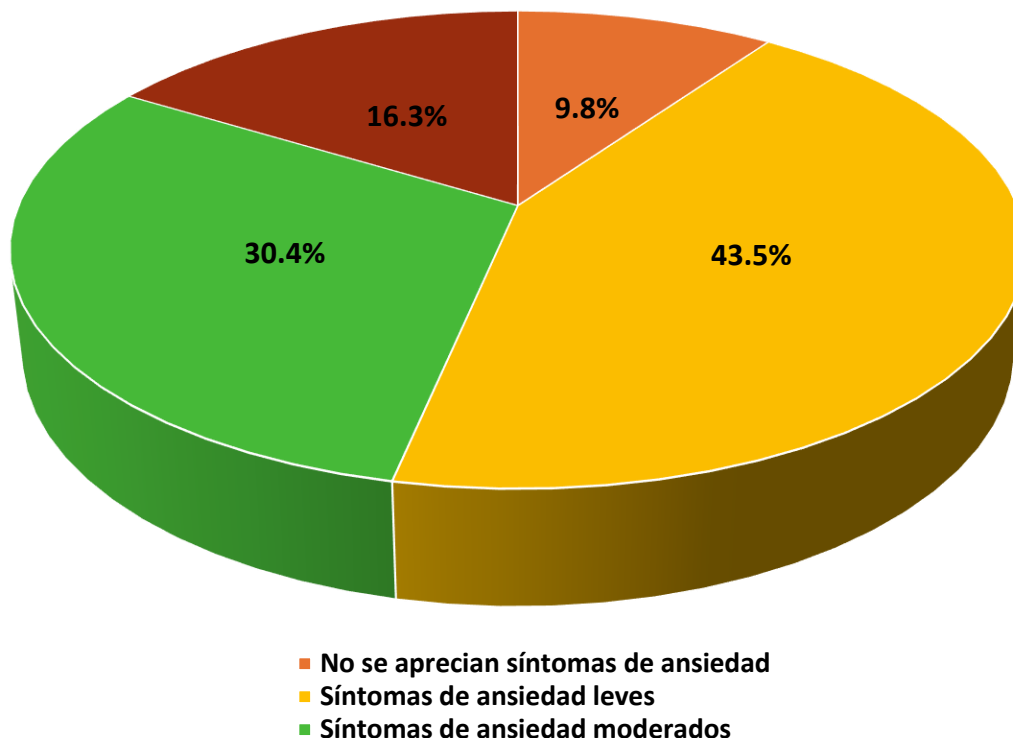
Síntomas de ansiedad general

La media de la puntuación de ansiedad medida con la escala GAD-7 fue de 9.67 (DE= 4.39) el valor mínimo fue de 0 y el máximo de 19.

Al evaluar los resultados por categorías se encontró que casi la mitad de los participantes presentó síntomas de ansiedad leves con un 43.5%, seguido de síntomas moderados con 30.4%, después síntomas de ansiedad severos con el 16.3% y finalmente, en el 9.8% de los participantes no se aprecian síntomas de ansiedad (Gráfica 1).

Gráfica 1. Síntomas por categoría con la escala GAD-7

n=92



Se analizaron los porcentajes por ítems de la escala GAD-7, en la cual destacan de manera negativa los ítems 4 y 6 (Tabla 3).

Tabla 3. Porcentaje por ítems para escala GAD-7

n=92

N° de ítem	Ítem	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	Total
1	Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.	9	50	30	11	100
2	No ha podido dejar de preocuparse.	15	53	23	9	100
3	Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.	10	41	34	15	100
4	Ha tenido dificultad para relajarse.	11	36	42	11	100
5	Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto.	23	46	27	4	100
6	Se ha irritado o enfadado con facilidad.	7	42	41	10	100
7	Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	23	41	25	11	100

Se clasificaron los datos de gravedad de los síntomas de ansiedad de acuerdo con las variables sociodemográficas: sexo, estado civil, presencia de hijos, escolaridad, tipo de contratación, turno en que labora, percepción sobre si contó con equipo de protección personal adecuado y suficiente, si continúa atendiendo a pacientes con COVID-19, ola pandémica en la que brindó atención y años de experiencia.

En cuanto al sexo para la escala GAD-7 se encontraron en los hombres síntomas de ansiedad leves en el 50% de ellos, moderados en el 29% y severos en el 13%, en cuanto a las mujeres, 41% presentaron síntomas leves, 31% moderados, y 18%

síntomas severos, finalmente en el 8% de los hombres y en el 10% de las mujeres no se apreciaron síntomas de ansiedad. Así, el total de las mujeres que presentó síntomas de ansiedad moderados y severos representó el 49% VS 42% de los hombres.

Para la variable de escolaridad el mayor porcentaje de síntomas de ansiedad moderados y severos se encontró en los enfermeros con formación técnica con el 71%, seguido de los que cuentan con postécnico con el 50%, después con los de licenciatura con el 48%, luego con los de especialidad con el 15% y finalmente con los de doctorado con el 0%.

En el caso de la variable tipo de contratación no se encontraron síntomas de ansiedad en el 5% de quienes cuentan con contrato eventual, así mismo, en este grupo se encontraron síntomas leves en el 40%, síntomas moderados en el 31% y síntomas severos en el 24%. Por otro lado, en quienes cuentan con un contrato definitivo (base) no se observaron síntomas de ansiedad en el 13%, en el 46% se observaron síntomas leves, el 30% presentó síntomas moderados y finalmente en el 11% se observaron síntomas de ansiedad severos. De este modo, se observaron síntomas de ansiedad moderados y severos en el 55% de quienes cuentan con contrato eventual VS el 41% de aquellos con base.

Para la variable de EPP adecuado y suficiente, no se observaron síntomas de ansiedad en el 8% de quienes reportaron sí tener EPP adecuado y suficiente, estos mismos, presentaron síntomas leves en el 45%, moderados en el 28% y severos en el 18%. Para el grupo de quienes reportaron no tener EPP adecuado no se observaron síntomas de ansiedad en el 12%, se observaron síntomas leves en el 41%, moderados en el 34%, y síntomas severos en el 12%.

En la tabla 4 se muestran todos los resultados de las categorías de síntomas de ansiedad por cada una de las variables sociodemográficas indagadas.

Tabla 4. Tabla de contingencia

n=92

Variable	No se aprecian síntomas de ansiedad	Presencia de síntomas de ansiedad leves	Presencia de síntomas de ansiedad moderados	Presencia de síntomas de ansiedad severos
Sexo				
Hombre	8%	50%	29%	13%
Mujer	10%	41%	31%	18%
Edad				
De 20 a 30 años	12.5%	37.5%	32.5%	17.5%
De 31 a 40 años	6%	47%	25%	22%
De 41 a 50 años	14%	50%	36%	0%
De 51 años o más	0%	50%	50%	0%
Estado civil				
Soltero	10%	39%	33%	18%
Casado	0%	48%	32%	20%
Divorciado	0%	50%	50%	0%
Unión libre	29%	50%	14%	7%
Presencia de hijos				
Sí	11%	48%	28%	13%
No	9%	40%	32%	19%
Escolaridad				
Técnico	0%	29%	64%	7%
Licenciatura	10%	42%	27%	21%
Postécnico	0%	50%	50%	0%
Especialidad	31%	54%	0%	15%
Maestría	0%	50%	33%	17%
Doctorado	0%	100%	0%	0%
Tipo de contratación				
Eventual	5%	40%	31%	24%
Base	13%	46%	30%	11%
Turno en el que labora				
Matutino	8%	42%	36%	14%
Vespertino	8%	33%	33%	25%

Nocturno	8%	67%	17%	8%
Mixto	25%	13%	37%	25%
EPP adecuado y suficiente				
Sí	8%	45%	28%	18%
No	12%	41%	34%	12%
Sigue brindando atención a pacientes COVID-19				
Sí	14%	45%	32%	9%
No	8%	43%	30%	19%
Ola pandémica en la que brindó atención				
Primera	13%	41%	29%	17%
Segunda	9%	46%	32%	13%
Tercera	7%	46%	30%	17%
Cuarta	8%	46%	27%	19%
Años de experiencia				
Menos de un año	0%	25%	50%	25%
1 a 5 años	12%	35%	35%	18%
6 a 10 años	8%	50%	21%	21%
11 a 15 años	8%	54%	23%	15%
16 a 20 años	0%	50%	33%	17%
21 años o más	18%	46%	36%	0%

Para el caso de la ola pandémica en la que el participante atendió a pacientes con COVID-19 y síntomas de ansiedad evaluados mediante la escala GAD-7 se encontró que en las cuatro olas predominó el porcentaje de síntomas de ansiedad leve, seguido de síntomas de ansiedad moderados, después síntomas severos y en menor porcentaje no se apreciaron síntomas de ansiedad (Tabla 5).

Tabla 5. Relación ola pandémica en la que trabajó el participante-síntomas de ansiedad mediante escala GAD-7.

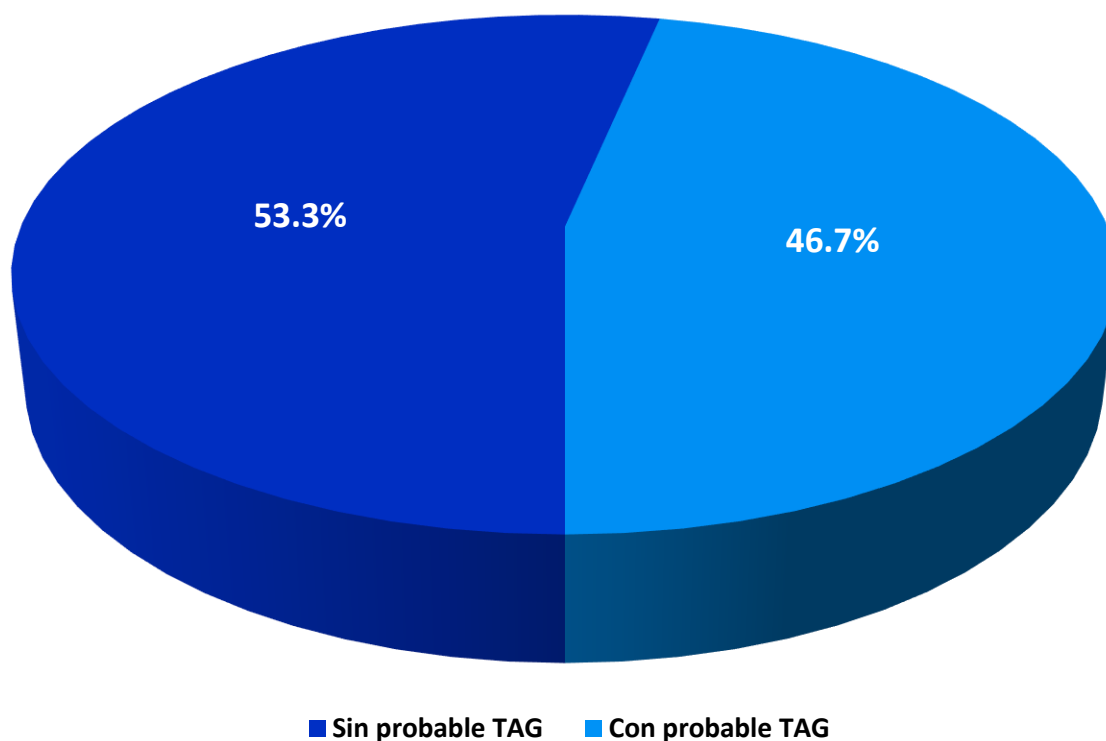
n=92

Ola pandémica	Síntomas de ansiedad leve	Síntomas de ansiedad moderados	Síntomas de ansiedad severos	No se aprecian síntomas de ansiedad	n
Primera	41%	30%	17%	12%	75
Segunda	46%	32%	13%	9%	69
Tercera	46%	30%	17%	7%	59
Cuarta	46%	27%	19%	8%	48

De acuerdo con la escala GAD-7, una puntuación de 10 o más representa un punto de corte razonable para identificar casos probables de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Tomando en cuenta esta premisa, 43 de los participantes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 10, esto representa el 46.7% de la muestra, por lo tanto, es este porcentaje el que probablemente pueda presentar Trastorno de Ansiedad Generalizada (Gráfica 2).

Gráfica 2. Probable TAG de acuerdo con escala GAD-7

n=92



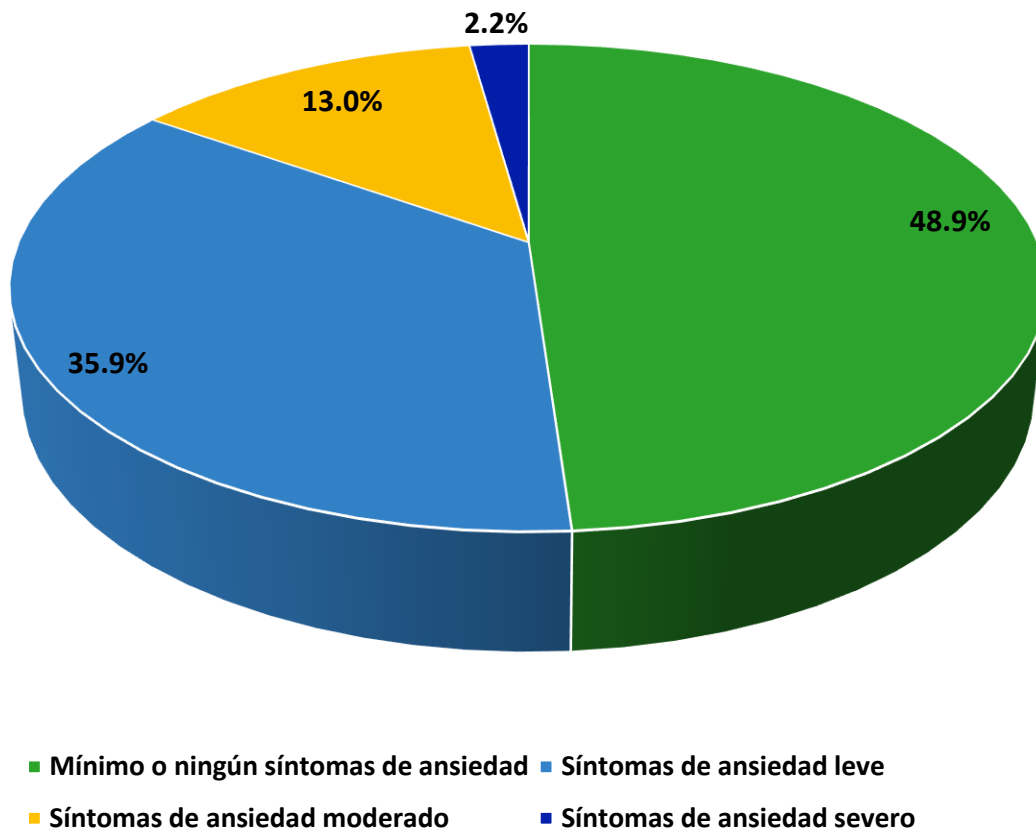
Síntomas de ansiedad asociados al coronavirus

Para el caso de la escala CAS la media de la puntuación de síntomas de ansiedad fue de 4.99 (DE = 3.96), el valor mínimo hallado fue de 0 y el máximo de 20.

En la recodificación de los resultados por categorías se encontró que casi la mitad de los participantes presenta mínimo o ningún síntoma de ansiedad con el 48.9%, seguido de síntomas de ansiedad leve con 35.9%, después síntomas de ansiedad moderado con el 13%, y finalmente 2.2% presentan síntomas de ansiedad severos (Gráfica 3).

Gráfica 3. Categoría de acuerdo con escala CAS

n=92



Se analizaron los porcentajes por ítems de la escala CAS, en la cual destacan de manera negativa los ítems 1 y 2, el ítem 1 evalúa síntomas de mareos como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus y el ítem 2 evalúa síntomas de alteraciones del sueño como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus (Tabla 6).

Tabla 6. Porcentaje por ítems de la escala CAS
n=92

N° de ítem	Ítem	Ninguna	Menos de un día o dos	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días durante las últimas 2 semanas	Total
1	Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus.	24	34	33	5	4	100
2	Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus.	39	27	22	9	3	100
3	Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	29	39	25	4	2	100
4	Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a	56	32	10	1	1	100

	información sobre el coronavirus.						
	Sentí náuseas o problemas estomacales						
5	cuando pensé o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	45	29	22	3	1	100.01

Se clasificaron los datos de gravedad de los síntomas de ansiedad de acuerdo con las variables sociodemográficas: sexo, estados civil, presencia de hijos, escolaridad, tipo de contratación, turno en que labora, percepción sobre si contó con equipo de protección personal adecuado y suficiente, si continúa atendiendo a pacientes con COVID-19, ola pandémica en la que brindó atención y años de experiencia.

En cuanto a la variable sexo para la escala CAS, en el caso de los hombres, en el 50% de ellos se aprecian mínimo o ningún síntoma de ansiedad asociados al coronavirus, en el 42% se presentaron síntomas leves, el 8% presentó síntomas moderados, y por último en el 0% de ellos se encontraron síntomas severos asociados al coronavirus. Para el caso de las mujeres, se aprecian mínimo o ningún síntoma de ansiedad asociados al coronavirus en el 48% de ellas, 34% presentaron síntomas leves, 15% presentaron síntomas de ansiedad moderados y finalmente 3% de las mujeres presentaron síntomas de ansiedad severos asociados. De esta manera, se observan síntomas de ansiedad moderados y severos en el 18% de las mujeres, VS el 8% de los hombres.

Al analizar la variable de escolaridad, el mayor porcentaje de síntomas de ansiedad moderados y severos asociados al coronavirus se encontró en los enfermeros con carrera técnica con el 28.6%, seguido de los que cuentan con postécnico con el 25%, luego aquellos con licenciatura con el 17%, en el 1% de los que tienen maestría y en el 0% de los enfermeros con especialidad y doctorado.

En el caso de la variable de tipo de contratación, para el grupo de quienes cuentan con una contratación eventual, se observan mínimo o ningún síntoma de ansiedad

asociados al coronavirus en el 39% de ellos, así mismo, 42% presentaron síntomas leves, 16% presentó síntomas de ansiedad moderados y 3% presentó síntomas de ansiedad severos. Para quienes cuentan con una contratación definitiva (base) se observaron mínimo o ningún síntoma de ansiedad en el 56% de ellos, en el 31% se observan síntomas leves, 11% presenta síntomas moderados, finalmente en el 2% se observan síntomas de ansiedad severos asociados al coronavirus. De esta manera, se observaron mayores síntomas de ansiedad moderados y severos en los profesionales que cuentan con una contratación eventual (19%) que los que cuentan con una contratación de base (13%).

En la tabla 7 se muestran todos los resultados de las categorías de síntomas de ansiedad por cada una de las variables sociodemográficas indagadas.

Tabla 7. Tabla de contingencia para escala CAS
n=92

Variable	Mínimo o ningún síntoma de ansiedad	Presencia de síntomas de ansiedad leves	Presencia de síntomas de ansiedad moderados	Presencia de síntomas de ansiedad severos
Sexo				
Hombre	50%	42%	8%	0%
Mujer	48%	34%	15%	3%
Edad				
De 20 a 30 años	42.5%	37.5%	17.5%	2.5%
De 31 a 40 años	53%	39%	8%	0%
De 41 a 50 años	64%	21%	14%	0%
De 51 años o más	0%	50%	0%	50%
Estado civil				
Soltero	43%	39%	16%	2%
Casado	52%	40%	8%	0%
Divorciado	50%	25%	25%	0%
Unión libre	64%	21%	7%	7%
Presencia de hijos				
Sí	48%	30%	17%	4%

No	50%	41%	9%	0%
Escolaridad				
Técnico	35.7%	35.7%	28.6%	0%
Licenciatura	44%	40%	15%	2%
Postécnico	0%	75%	25%	0%
Especialidad	77%	23%	0%	0%
Maestría	67%	25%	0%	8%
Doctorado	100%	0%	0%	0%
Tipo de contratación				
Eventual	39%	42%	16%	3%
Base	56%	31%	11%	2%
Turno en el que labora				
Matutino	50%	36%	11%	3%
Vespertino	29%	46%	21%	4%
Nocturno	67%	25%	8%	0%
Mixto	50%	37.5%	12.5%	0%
EPP adecuado y suficiente				
Sí	46%	33%	17%	3%
No	53%	41%	6%	0%
Sigue brindando atención a pacientes COVID-19				
Sí	68%	27%	5%	0%
No	43%	39%	16%	3%
Ola pandémica en la que brindó atención				
Primera	52%	35%	11%	3%
Segunda	48%	36%	15%	1%
Tercera	42%	39%	17%	2%
Cuarta	46%	37%	15%	2%
Años de experiencia				
Menos de un año	25%	50%	25%	0%

1 a 5 años	38%	44%	18%	0%
6 a 10 años	62%	30%	4%	4%
11 a 15 años	61%	31%	8%	0%
16 a 20 años	33%	50%	17%	0%
21 años o más	55%	18%	18%	9%

Para el caso de la ola pandémica en la que el participante atendió a pacientes con COVID-19 y síntomas de ansiedad evaluados mediante la escala CAS se halló el mismo comportamiento en las cuatro olas: predominando mínimo o ningún síntoma de ansiedad, seguido de síntomas de ansiedad leve, después moderados y finalmente síntomas de ansiedad severos (Tabla 8).

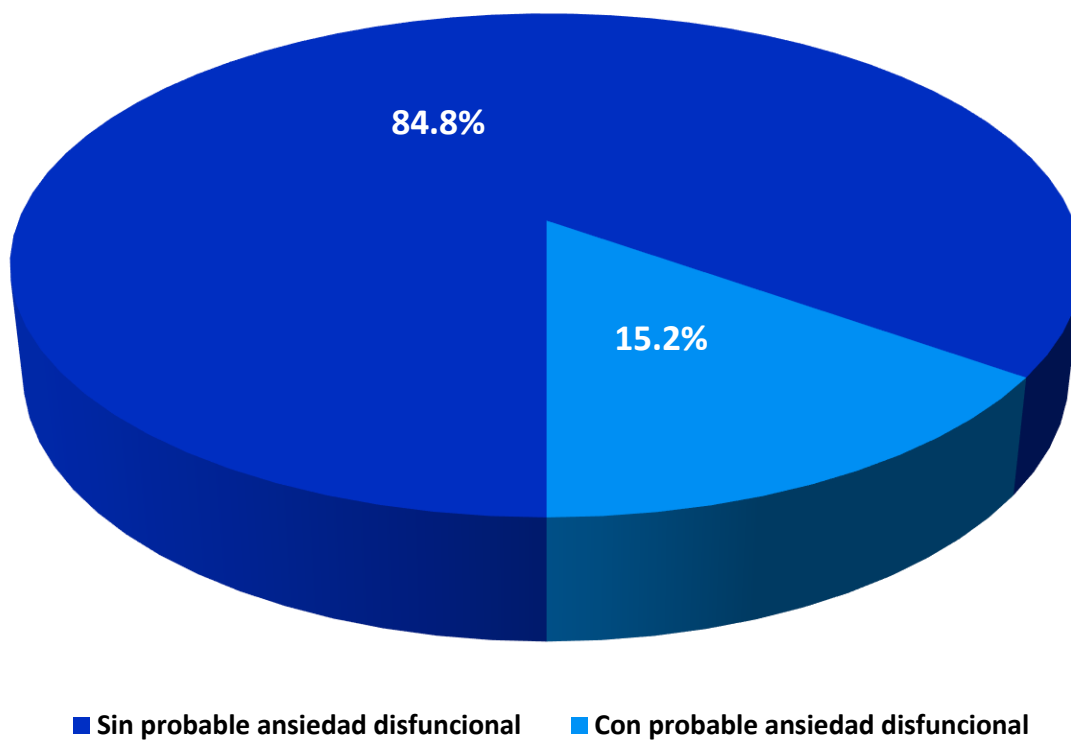
Tabla 8. Relación ola pandémica en la que trabajó el participante-síntomas de ansiedad mediante escala CAS.

n=92

Ola pandémica	Síntomas de ansiedad leve	Síntomas de ansiedad moderados	Síntomas de ansiedad severos	Mínimo o ningún síntoma de ansiedad	n
Primera	34%	11%	3%	52%	75
Segunda	36%	15%	1%	48%	69
Tercera	39%	17%	2%	42%	59
Cuarta	37%	15%	2%	46%	48

En el caso de la escala CAS, una puntuación mayor o igual a 10 demostró que discrimina bien entre personas con y sin ansiedad disfuncional, de este modo, 14 de los participantes consiguieron una puntuación mayor o igual a 10, lo que representa al 15.2% de la muestra, mismos que probablemente pueden presentar Ansiedad disfuncional (Gráfica 4).

Gráfica 4. Probable Ansiedad disfuncional de acuerdo con escala CAS
n=92



VII. Discusión

En este apartado se presenta y discuten los resultados obtenidos con base en la revisión de la literatura.

Destaca que el 90.2% de los profesionales de enfermería que han atendido a pacientes con COVID-19 presentó algún grado de síntomas de ansiedad evaluado mediante la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), es decir, que la prevalencia fue mayor a lo reportado por Sánchez y García⁸ en España, Fattori y Cantú⁹ en Italia, Fu y Han⁴ en China, Chorwe⁷ en Malawi, Ghio y Patti¹² en Italia, Liang y Chen¹⁴ en China, y Sungjin y Lee¹⁵ en Corea.

Los resultados anteriores pueden estar relacionados a los factores de riesgo reportados por los autores mencionados: 1) edad^(4,9): ya que en el presente estudio el grupo etario de 20 a 30 años representó el 43.5% de la muestra, el mismo grupo etario fue el que más presentó síntomas de ansiedad moderados y severos con el 50% de los participantes, estos datos obtenidos, al igual que los reportados por los autores ya mencionados, difieren en lo reportado por Sungjin y Lee¹⁵, quienes mencionan que las personas con ansiedad tienen probabilidad de presentar mayor edad; 2) rol ocupacional^(4,9): los autores sugieren que ser enfermera es un factor de riesgo para presentar una puntuación mayor en la escala GAD-7 y presentar mayores síntomas de ansiedad. Los autores realizaron sus estudios no sólo con personal de enfermería, sino también con personal médico; el presente estudio se enfocó específicamente a los profesionales de enfermería, lo que se puede asociar con que las cifras de profesionales con síntomas de ansiedad fueron mayores; 3) nivel académico: Liang y Chen¹⁴ hallaron que la formación académica repercute en la puntuación de ansiedad. Los resultados de este estudio guardan relación con lo planteado, pues el mayor porcentaje de síntomas de ansiedad moderados y severos se encontró en los enfermeros con formación técnica con el 71%, seguido de quienes cuentan con postécnico con el 50%, después de los profesionales con licenciatura con el 48%, luego aquellos con especialidad con el 15% y finalmente de quienes tienen doctorado con el 0%.

Además de los factores de riesgo presentados anteriormente, en esta investigación las variables “tipo de contratación” y “sexo” presentaron un mayor porcentaje de síntomas de ansiedad moderados y severos. Para el caso de sexo, se hallaron mayores porcentajes moderados y severos en las mujeres (49%) que en los hombres (42%) y para el caso de tipo de contratación se hallaron mayores porcentajes en quienes tienen un tipo de contratación eventual (55%) que en quienes tienen contratación de base (41%).

Al evaluar los resultados de ansiedad por categoría se encontró presencia de síntomas de ansiedad leves (43.5%), moderados (30.4%) y severos (16.3%). Lo anterior coincide con Fu y Han⁴ (China), quienes utilizaron la escala GAD-7 durante la primera ola pandémica en China, pues dichos autores reportan una mayor cantidad de porcentaje de participantes con ansiedad leve con el 23.57%, seguido de ansiedad moderada con el 6.06% y finalmente, severa con el 4.11%.

Sin embargo el porcentaje obtenido por estos autores de profesionales que no presentaron síntomas de ansiedad difiere, ya que en su estudio casi el 70% de los participantes no los presentó, frente a un menos de 10% de este estudio. Al respecto cabe señalar que los autores identificaron que de los factores que favorecen la ansiedad son ser enfermera y trabajar en la primera línea de atención COVID-19. Así, la diferencia del comportamiento en ambos estudios puede deberse a que Fun y Han aplicaron la escala GAD-7 en personal médico (médicos y enfermeras) y en el presente estudio únicamente fue aplicado a profesionales de enfermería.

Por su parte, Ghio y Patti¹² (Italia) quienes igualmente utilizaron la escala GAD-7, reportan síntomas severos en el 11% de sus participantes, siendo cifras inferiores en lo encontrado en esta investigación, del mismo modo, estos autores realizaron su estudio en trabajadores de la salud: médicos y enfermeras y no sólo en los profesionales de enfermería.

Al evaluar la relación de los síntomas de ansiedad por categoría mediante la escala GAD-7 y la ola pandémica en la que los participantes atendieron pacientes con COVID-19 se halló el mayor porcentaje de síntomas de ansiedad moderados y

severos en quienes atendieron pacientes con COVID-19 durante la primera y tercera ola (47%), seguido de la cuarta ola (46%) y finalmente la segunda ola (45%).

Una explicación tentativa para los datos anteriores es que durante la primera ola, el personal se enfrentaba a algo desconocido, con todos los factores mencionados a lo largo de este proyecto. Durante la tercera ola, el personal se encontraba con mayor agotamiento físico y mental debido a una exposición prolongada a situaciones laborales complicadas, además de que hubo un lapso largo entre la segunda ola (que finalizó en enero de 2021) y la tercera (que inició en julio de 2021), lapso en el que el personal pudo dejar de lado un poco éstas situaciones estresantes, y que al inicio de la tercera ola, se dispararon más.

La prevalencia de síntomas de ansiedad asociados al coronavirus evaluado mediante la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS) fue del 51.1%, estos valores son mayores a los reportados por Chorwe⁷ en Malawi, dicho autor utilizó la misma escala (CAS) hallando ansiedad relacionada al coronavirus en el 25.5% de los participantes. De la misma manera, el porcentaje de síntomas de ansiedad asociados al coronavirus encontrado mediante la escala CAS es a simple vista mucho mayor que lo reportado por Sánchez y García⁸ en España, Fattori y Cantú⁹ en Italia, Fu y Han⁴ en China, Ghio y Patti¹² en Italia, Liang y Chen¹⁴ en China, y Sungjin y Lee¹⁵ en Corea, esto debido a los factores ya mencionados con anterioridad.

De igual manera, las cifras de síntomas de ansiedad asociados al coronavirus (medido mediante la escala CAS) corresponden con los factores de riesgo presentados anteriormente (medidos mediante escala GAD-7): 1) edad: el mayor porcentaje de síntomas de ansiedad moderados y severos se encontraron en el grupo etario de 20 a 30 años; 2) nivel académico: el mayor porcentaje de síntomas moderados y severos se halló en los enfermeros con formación técnica, seguido de aquellos con postécnico, después los que contaban con licenciatura, con maestría, los que tienen especialidad y doctorado; 3) sexo: quienes puntuaron mayor para síntomas moderados y severos fueron las mujeres, comparado con los hombres; 4) tipo de contratación: los profesionales con una contratación eventual presentaron

puntuaciones mayores en síntomas moderados y severos comparado con los enfermeros con base.

En cuanto a los resultados anteriores, la relación entre la edad y la puntuación de síntomas de ansiedad puede deberse a que el personal más joven es también aquel que tiene menor experiencia como profesional de enfermería, mismo que probablemente no participó en epidemias y pandemias previas (como MERS, SARS, H1N1 o ébola), siendo éste su primer acercamiento con un fenómeno de este tipo.

Para el caso del tipo de contratación, podríamos vincularlo a que probablemente quienes cuentan con una contratación eventual puntúan más en síntomas de ansiedad, debido a que no tienen la certeza de mantener su trabajo de forma segura, de ser despedidos en cualquier momento, incluso si llegasen a enfermar, o de no contar con una renovación de contrato.

Para el caso de la relación de los síntomas de ansiedad por categoría mediante la escala CAS y la ola pandémica en la que los participantes atendieron pacientes con COVID-19 se halló el mayor porcentaje de síntomas de ansiedad moderados y severos en quienes atendieron éste tipo de pacientes durante la tercera ola (19%), seguido de quienes lo hicieron durante la cuarta ola (17%), luego los que los atendieron durante la segunda ola (16%), y finalmente aquellos que lo hicieron durante la primera ola (14%).

Los resultados reportados anteriormente podrían estar relacionados a que durante la tercera y cuarta ola, el personal de enfermería se encontraba con mayor agotamiento físico y mental, ya que había sido expuesto por un periodo prolongado a condiciones laborales complicadas.

Un estudio realizado por Durán y Gamez¹³ concluye que cuando los profesionales de enfermería no pueden ofrecer lo mejor de sí cuando presentan trastornos físicos, emocionales o conductuales y puede ocasionar riesgo en la salud del paciente e influir en su seguridad. De igual manera lo plantean Solís y Tantalean et al. en 2017

citado por Durán y Gamez¹³, pues menciona que un individuo con estado de salud físico y mental deteriorado genera estrés y mala práctica.

VIII. Conclusiones

La prevalencia de síntomas de ansiedad y síntomas de ansiedad por coronavirus fue del 90.2% y 51.1% respectivamente. Se encontró que 46.7% de los participantes evaluados mediante la escala GAD-7 probablemente presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada. Mientras tanto, 15.2% de los participantes evaluados mediante la escala CAS presentan probable Ansiedad disfuncional.

Las variables evaluadas en este estudio que probablemente se puedan asociar con una mayor puntuación en la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) y en la Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS), son: 1) edad (profesionales más jóvenes tienen mayor riesgo), 2) ser profesional de enfermería, 3) brindar atención directa a pacientes con COVID-19, 4) nivel académico (entre menor nivel académico, mayor riesgo de puntuar más en síntomas de ansiedad y viceversa), 5) sexo (las mujeres presentan mayor riesgo), 6) tipo de contratación (los profesionales de enfermería con un tipo de contratación eventual presentan mayor riesgo de presentar síntomas de ansiedad mayores que los profesionales con un tipo de contratación definitiva o de base) y 7) menor años de experiencia laboral como enfermera.

Es preocupante que existan tasas altas de síntomas de ansiedad y probable Trastorno de Ansiedad Generalizada en los profesionales de enfermería. Esto podría indicar que se han agudizado otros problemas de salud mental reportados previamente en la literatura como lo son el Trastorno de Estrés Postraumático, Síndrome de Burnout y depresión.

Esta problemática repercute en la calidad de vida del personal de enfermería y en el ámbito laboral puede reflejarse de manera negativa en la adopción de buenas prácticas del cuidado enfermero, lo que pone en peligro la seguridad de los pacientes. Es importante prestar atención a la salud mental de las enfermeras sobre

todo en un sistema de salud con una carga laboral excesiva, así como mantener una valoración continua de su salud mental y determinar estrategias para atender esta problemática.

IX. Consideraciones finales

9.1 Limitaciones

Una limitación fue que los tiempos de evaluación de protocolos de investigación en las instituciones de salud son prolongados y pueden superar el año de servicio social, por lo que se vuelve inviable someter a evaluación un proyecto de investigación para el pasante que presta servicio social en enfermería. Así mismo, los comités encargados de la evaluación de dichos protocolos demandan en ocasiones de conocimientos y habilidades de investigación avanzada que no corresponden con la formación de un estudiante de pregrado, cuya finalidad en la licenciatura es la introducción a la investigación.

Secundario a lo anterior, en esta investigación se realizó un muestreo por conveniencia, no fue posible realizar un muestreo aleatorizado. Así mismo, al ser difundido el instrumento de manera virtual, se plantea como una probable limitante que algunos profesionales de enfermería no participaran en el estudio por el hecho de ser contactados vía remota.

9.2 Sugerencias

Se sugiere para estudios posteriores llevarlos a cabo en muestras geográficas mayores, es decir, en otros estados de la República Mexicana y no sólo en la Ciudad de México, pues brindará un panorama general de la salud mental de los profesionales de enfermería en la actual pandemia en el país, sobre todo en aquellos estados de la República con un menor índice de profesionales de enfermería.

De igual manera, se recomienda para estudios posteriores realizar un muestreo aleatorizado para contribuir a confirmar los datos obtenidos en la presente investigación.

Así mismo, se sugiere la medición de otros estados indeseables en la salud mental como el Trastorno de Estrés Postraumático. Aunado a lo anterior se requieren estudios correlacionales que ayuden a identificar factores de riesgo asociados a la presencia de síntomas de ansiedad y estudios de intervención para incidir en la problemática encontrada.

Se sugiere también promover la vinculación de la investigación entre las instituciones de salud y las educativas en el servicio social de los pasantes de enfermería.

9.3 Impacto del estudio

El impacto del estudio radica en que los resultados permitirán abonar al estado del conocimiento sobre la salud mental de los profesionales de enfermería que atiende y atendieron a pacientes con COVID-19 en la Ciudad de México. Permite conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y casos probables de TAG, lo que podría apoyar a fundamentar la necesidad de la creación de intervenciones y políticas de salud que respondan a la problemática encontrada.

Hasta septiembre de 2021, fecha en la que comenzó la presente investigación, no existía en la literatura (bases de datos y revistas indexadas) estudios que reportaran esta u otras problemáticas similares en los profesionales de enfermería de México, ni en Latinoamérica en el contexto de la pandemia por COVID-19.

X. Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. [internet] 2021 [consultado el 16 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3pDXwea>
2. Chigwedere O, Sadath A, Kabir Z, Arensman E. The Impact of Epidemics and Pandemics on the Mental Health of Healthcare Workers: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* [internet] 2021 [consultado el 26 septiembre 2021]; 18(13): 1-40. Disponible en: <https://bit.ly/3l8AIG3>
3. Gramaglia C, Marangon D, Azzolina D, et al. The Mental Health Impact of 2019-nCOVID on Healthcare Workers From North-Eastern Piedmont, Italy. Focus on Burnout. *Front Public Health* [internet] 2021 [consultado el 08 ago 2021]; 9(1): 1-16. Disponible en: <https://bit.ly/3yAh7NU>
4. Fu M, Han D, Xu M, Mao C, Wang D. The psychological impact of anxiety and depression on Chinese medical staff during the outbreak of the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Ann Palliat Med* [internet] 2021 [consultado el 02 octubre 2021]; 10(7): 7759-7774. Disponible en: <https://bit.ly/3BjjGoQ>
5. Carmassi C, Pedrinelli V, Dell'oste V, et al. Work and social functioning in frontline healthcare workers during the covid-19 pandemic in Italy: role of acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms. *Riv Psichiatr* [internet] 2021 [consultado el 07 ago 2021]; 56(4): 189-197. Disponible en: <https://bit.ly/3CoqwKS>
6. López P. En México, 2.9 enfermeras por cada mil habitantes. *Gaceta UNAM*. 17 de enero de 2022: 23. Disponible en: <https://bit.ly/3tCzReX>
7. Chorwe G. Assessing COVID-19-related anxiety and functional impairment amongst nurses in Malawi. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. [internet] 2021 [consultado el 07 ago 2021]; 13(1): 1-6. Disponible en: <https://bit.ly/2VqDmrv>

-
8. Sánchez E, García Á, García E, Gutiérrez M, Alférez M, Ramírez G. Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Nurses and Auxiliary Nursing Care Technicians-A Voluntary Online Survey. *Int J Environ Res Public Health* [internet] 2021 [consultado el 05 octubre 2021]; 18(16): 1-13. Disponible en: <https://bit.ly/3k3d8Vb>
 9. Fattori A, Cantú F, Comotti A, et al. Hospital workers mental health during the COVID-19 pandemic: methods of data collection and characteristics of study sample in a university hospital in Milan (Italy). *BMC Med Res Methodol* [internet] 2021 [consultado el 28 septiembre 2021]; 21(1): 1-12. Disponible en: <https://bit.ly/3FacaiN>
 10. Effendy E, Selian A, Martin J. Factors related to anxiety among resident doctors assigned to emergency room during the COVID-19 pandemic: a multivariate study at Sumatera Utara Affiliated Teaching Hospital. *Med Glas (Zenica)* [internet] 2021 [consultado el 18 agosto 2021]; 18(2): 493-498. Disponible en: <https://bit.ly/2WHDymQ>
 11. Aguglia A, Amerio A, Costanza A, Parodi N, et al. Hopelessness and Post-Traumatic Stress Symptoms among Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic: Any Role for Mediating Variables? *Int J Environ Res Public Health* [internet] 2021 [consultado el 01 octubre 2021]; 18(12): 1-25. Disponible en: <https://bit.ly/3FiS0CX>
 12. Ghio L, Patti S, Piccinini G, et al. Anxiety, Depression and Risk of Post-Traumatic Stress Disorder in Health Workers: The Relationship with Burnout during COVID-19 Pandemic in Italy. *Int J Environ Res Public Health* [internet] 2021 [consultado el 01 octubre 2021]; 18(18): 1-27. Disponible en: <https://bit.ly/3iBuTKi>
 13. Durán R, Gamez Y, Toirac K, et al. Síndrome de burnout en enfermería intensiva y su influencia en la seguridad del paciente. *MEDISAN* [internet] 2021 [consultado el 06 octubre 2021]; 25(2): 1-14. Disponible en: <https://bit.ly/3uPy3yS>

-
14. Liang M, Chen Q, Li Y, et al. Status quo and influencing factors for anxiety, depression, and insomnia among 4237 nurses in Hunan Province. *Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* [internet] 2021 [consultado el 07 octubre 2021]; 46(8): 822-830. Disponible en: <https://bit.ly/3As28FP>
 15. Sungjin P, Lee Y, Kim t, et al. Anxiety and COVID-19 Related Stressors Among Healthcare Workers Who Performed Shift Work at Four COVID-19 Dedicated Hospitals in Korea. *J Occup Environ Med* [internet] 2021 [consultado el 07 octubre 2021]; 63(10): 875-880. Disponible en: <https://bit.ly/3FshZlh>
 16. Mojica R, Morales M. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Med Fam* [internet] 2020 [consultado el 13 octubre 2021]; 46(1): 65-77. Disponible en: <https://bit.ly/2X9FgNU>
 17. Escudero X, Guarner J, Galindo A, et al. La pandemia de Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19): Situación actual e implicaciones para México. *Arch. Cardiol. Méx.* [internet] 2020 [consultado el 13 octubre 2021]; 90(1): 7-14. Disponible en: <https://bit.ly/3mVkfWF>
 18. Secretaría de salud. COVID-19 México. Comunicado técnico diario. 13 octubre, 2021. [internet] 2021 [consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3BQ54hm>
 19. Gobierno de México, CONACYT, CentroGeo, et al. COVID-19 México, Información general. [internet] 2021 [Consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2YLbLT4>
 20. Ritchie H, Mathieu E, Rodés L, et al. Statistics and Research Coronavirus (COVID-19) Cases. Daily new confirmed COVID-19 cases per million people. *Our World Data.* [internet] 2021 [consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3FOhMzq>

-
21. Gobierno de México. Inicia vacunación contra COVID-19; personal de salud, grupo prioritario para recibir dosis. [internet] 2020 [consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3FMDDHq>
22. Gobierno de México. Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México. Versión 7.0. [internet] 28 septiembre 2021 [consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/30hKnN9>
23. Rodríguez A, Buiza C, Álvarez M, et al. COVID-19 y salud mental. *Medicine. Prog Form Med Cont Acred* [internet] 2020 [consultado el 12 octubre 2021]; 13(23): 1285-1296. Disponible en: <https://bit.ly/3biozym>
24. Basset I, Estévez R, Leal M. Estrés laboral y personal en los recursos humanos de Enfermería de una Unidad de Psiquiatría en México, D.F. *Enf. Neurol.* [internet] 2011 [consultado el 15 octubre 2021]; 10(1): 27-31. Disponible en: <https://bit.ly/2Z1Cb3p>
25. Sarafis P, Rousaki E, Tsounis A, et al. The impact of occupational stress on nurses' caring behaviors and their health related quality of life. *BMC Nursing* [internet] 2016 [consultado el 16 octubre 2021]; 15(56): 1-9. Disponible en: <https://bit.ly/2Z5denD>
26. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, et al. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. *Journal of clinical nursing.* [internet] 2013 [consultado el 16 octubre 2021]; 22(17-18): 2614-2624. Disponible en: <https://bit.ly/3aJMs1>
27. Fernández V, Zárate R, Bautista L. Síndrome de burnout y enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* [internet] 2012 [consultado el 15 octubre 2021]; 20(1): 45-53. Disponible en: <https://bit.ly/3pdS15F>

-
28. Glazer S, Gyurak A. Sources of occupational stress among nurses in five countries. *Int Jour Interc Rel* [internet] 2008 [consultado el 15 octubre 2021]; 32(1): 49-66. Disponible en: <https://bit.ly/3vhPAQH>
29. García B, Maldonado S, Ramírez M. Estados afectivos emocionales (depresión, ansiedad y estrés) en personal de enfermería del sector salud pública de México. *Summa psicológica UST*. [internet] 2014 [consultado el 16 octubre 2021]; 11(1): 65-73. Disponible en: <https://bit.ly/2XkGFkX>
30. Lerma V, Rosales G, Gallegos M. Prevalencia de ansiedad y depresión en enfermería a cargo del paciente crónico hospitalizado. *Revista CONAMED*. [internet] 2009 [consultado el 16 octubre 2021]; 14(1): 5-8. Disponible en: <https://bit.ly/3paiCk7>
31. Trejo H, Torres J, Valdivia M. Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México. *Arch Inv Mat In* [internet] 2011 [consultado el 17 octubre 2021]; 3(1): 44-47. Disponible en: <https://bit.ly/3lLjo54>
32. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5° ed. Arlington: Panamericana; 2014.
33. Herdman T, Kamitsuru S. *NANDA Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023*. Barcelona: Elsevier; 2021. Pág. 426-427.
34. Lee S. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies* [internet] 2020 [consultado el 13 octubre 2021]; 44(7): 393-401. Disponible en: <http://bit.ly/3hN76tj>
35. Nicolini H. Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID-19. *Cirugía y Cirujanos* [internet] 2021 [consultado el 17 noviembre 2022]; 88(5): 542-547. Disponible en: <http://bit.ly/3V1Nzn6>

-
36. Boletín de la ANMM. El trastorno de ansiedad generalizada. Rev. Fac. Med. (Méx.) [internet] 2013 [consultado el 11 octubre 2021]; 56(4): 53-55. Disponible en: <https://bit.ly/3oXnYPx>
37. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-4). 4° ed. Arlington: Panamericana; 1994.
38. Barnhill J. Trastorno de ansiedad generalizada. Manual MSD. [internet] 2020 [consultado el 11 octubre 2021]. Disponible en: <https://msdmnls.co/2YHqw9z>
39. Williams N, DeBattista C. Trastornos psiquiátricos. En: Papadakis M, McPhee S. Diagnóstico clínico y tratamiento. 56° ed. San Francisco: McGraw-Hill; 2017. Pág. 1053-1057.
40. Galiana J. Trastornos neuróticos. En: Galiana J. Enfermería psiquiátrica. Barcelona: Elsevier; 2016. Pág. 353-358.
41. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6° ed. México: McGraw-Hill; 2014.
42. Spitzer R, Kroenke K, Williams J, et al. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. [internet] 2006 [consultado el 17 octubre 2021]; 166(10): 1092-1097. Disponible en: <https://bit.ly/3DRip9r>
43. González J, Rosario A, Cruz A. Escala de Ansiedad por Coronavirus: Un Nuevo Instrumento para Medir Síntomas de Ansiedad Asociados al COVID-19. Interacciones Rev Avanc Psic [internet] 2020 [consultado el 16 oct 2021]; 2020; 6(3): 1-8. Disponible en: <https://bit.ly/3GrqPJb>

44. García J, Zamorano E, Ruiz M, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. [internet] 2010 [consultado el 17 octubre 2021]; 8(8): 1-11. Disponible en: <https://bit.ly/3vqn0wg>

45. Camargo L, Herrera J, Soto M, et al. Escala de ansiedad generalizada GAD-7 en profesionales médicos colombianos durante pandemia de COVID-19: validez de constructo y confiabilidad. *Rev Colomb Psiquiatr*. [internet] 2021 [consultado el 18 octubre 2021]: 1-6. Disponible en: <https://bit.ly/3vnO0g5>

46. Gobierno de México. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. [internet] 14 octubre 2021 [consultado el 17 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3jo7DzL>

47. Gobierno de México. Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. [internet] 2 abril 2014 [consultado el 17 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3G6tqj>

48. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [internet] 1979 [consultado el 17 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3aXAtCA>

49. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. [internet] 1947 [consultado el 17 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3E3VojF>

50. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [internet] [consultado el 17 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3G9JZAL>

-
51. Fernández V, Zárate R, Lartigue T. ¿Para qué estudiar el síndrome de burnout en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una línea de investigación. *Enferm. Univ.* [internet] 2010 [consultado el 15 octubre 2021]; 7(1): 23-35. Disponible en: <https://bit.ly/3viXYzi>
52. Gobierno de México. Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México. Versión 4.0. [internet] 11 enero 2021 [consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3ADKgYJ>
53. Gómez A. Trastornos de ansiedad. Agorafobia y crisis de pánico. *Farm Prof.* [internet] 2012 [consultado el 10 octubre 2021]; 26(6): 32-39. Disponible en: <https://bit.ly/3FlmKOa>
54. López A, Vacunas reducen enfermedad grave en tercera ola de epidemia de COVID-19. Conferencia presidente AMLO [video de internet] 13 julio 2021 [consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3AGrPmb>
55. Sánchez G. El Hospital General de México: una historia iconográfica. *Bol Mex His Fil Med* [internet] 2002 [consultado el 14 octubre 2021]; 5(1):16-24. Disponible en: <https://bit.ly/3DKqaxX>
56. Secretaría de salud. COVID-19 México. Comunicado técnico diario. 14 octubre, 2021. [internet] 2021 [consultado el 14 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3FGGxNQ>
57. Secretaría de salud. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Evidencias y recomendaciones. CENETEC [internet] 2010 [consultado el 11 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3p05PRi>
58. Secretaría de salud. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor. Evidencias y recomendaciones. CENETEC [internet] 2019 [consultado el 11 octubre 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3awXeNo>

59. Torres J. ¿Cuál es el origen del SARS-CoV-2? Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet] 2020 [consultado el 13 octubre 2021]; 58(1): 1-2. Disponible en: <https://bit.ly/3BJJXNt>



XI. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ANSIEDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE HOSPITALES COVID-19 DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Justificación. La importancia de realizar esta investigación radica en que los profesionales de la salud tienen riesgo de desarrollar efectos adversos para la salud mental en el contexto de la pandemia por COVID-19, como estrés postraumático, ansiedad y depresión, sin embargo, los datos relacionados con esta problemática en México son escasos. La salud mental y el bienestar psicológico de los profesionales de enfermería cobran importante relevancia en el contexto actual y son una pieza clave en el desarrollo adecuado de sus funciones en el cuidado de los pacientes y en pro de su salud, ya que la ansiedad relacionada con la COVID-19 puede interferir con el desempeño de las enfermeras, reducir su autoeficacia y poner en riesgo la seguridad de los pacientes.

Objetivo. Conocer la prevalencia de los síntomas de ansiedad en el personal de enfermería de hospitales COVID de la Ciudad de México que brinda y ha brindado atención a pacientes con COVID-19.

Molestias y riesgos esperados. La presente investigación no representa molestias ni riesgos para la salud de los participantes.

Beneficios potenciales. Los datos obtenidos permitirán identificar la presencia de estados emocionales no deseables en profesionales de enfermería que atienden y han atendido a pacientes con COVID-19.

Los participantes que acepten participar en la presente investigación tienen el derecho de recibir respuesta a cada pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, y otros asuntos relacionados con la investigación. De igual manera, tendrán la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio.

Se garantiza la seguridad de no identificar al sujeto y mantener en todo momento la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad, pues todos los datos

que proporcione, así como su identidad, serán utilizados de manera anónima, y se analizarán siempre de manera grupal, nunca individual.

Si tiene preguntas sobre la información del proyecto de investigación puede contactar al investigador principal:

-PSS. LEO. Rogelio Rogel Alvarado.
-Correo electrónico: rogelalvaradorogelio.leo@gmail.com

He leído y comprendido la información proporcionada en relación a la justificación y objetivo del estudio "ANSIEDAD EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE HOSPITALES COVID-19 DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-CoV-2". Quedo satisfecho(a) con la información recibida y otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para participar en el presente estudio. Conozco mi derecho a retirar mi participación en el momento que yo lo desee sin que se me someta a algún tipo de penalización. Si se publica la información obtenida de este estudio, los datos de mi participación serán utilizados con carácter estrictamente confidencial por lo que el reporte será redactado de tal forma que nadie pueda identificar mis datos personales e identidad.

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

Anexo 2: Instrumento de valoración



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Folio: _____

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

Llene los siguientes datos colocando una "X" en los espacios que corresponda o llenando los datos que se le solicitan.

1. **Sexo:** Hombre ____ Mujer ____
2. **Edad:** _____ años
3. **Estado civil:** Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Unión libre ____
4. **¿Tiene hijos?** No ____ Sí ____ ¿cuántos? _____
5. **Escolaridad:** Técnico ____ Licenciatura ____ Postécnico ____ Especialidad ____
Maestría ____ Doctorado ____
6. **Años laborando como profesional de enfermería:** _____
7. **Hospital en el que labora o laboró en atención a pacientes con COVID-19:**

8. **Tipo de contratación:** Eventual ____ Base ____
9. **Turno en el que labora:** Matutino ____ Vespertino ____ Nocturno ____ Mixto ____
10. **Señale durante qué ola pandémica brindó atención a pacientes con COVID-19 (puede marcar más de una opción):** Primera ola (abril-agosto 2020) ____ Segunda ola (octubre 2020-enero 2021) ____ Tercera ola (julio-agosto 2021) ____ Cuarta ola (enero-febrero 2022) ____
11. **¿Actualmente sigue brindando atención a pacientes con COVID-19?** Sí ____ No ____
12. **Tiempo que brindó o ha brindado atención a pacientes COVID-19 (meses):** _____
13. **Durante el tiempo en el que trabajó en la atención a pacientes COVID, ¿contó siempre con EPP suficiente y adecuado para la atención de los mismos?** Sí ____
No ____

Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada
(Spitzer, Kroenke, Williams, et al., 2006)

A continuación se presenta una serie de afirmaciones que describe cómo se ha sentido en los últimos 15 días, lea cuidadosamente cada afirmación y marque con una "X" el recuadro que mejor represente su propio sentir.

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No ha podido dejar de preocuparse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido dificultad para relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha irritado o enfadado con facilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Ansiedad por Coronavirus
(Lee, 2020)

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada afirmación y marque con una "X" el recuadro que mejor represente su propio sentir en relación a la siguiente pregunta: ¿Con qué frecuencia ha experimentado las siguientes molestias en las últimas dos semanas?

	Ninguna	Menos de un día o dos	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días durante las últimas 2 semanas
1. Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Perdí interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>