



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
FACTORES LABORALES ASOCIADOS EN
PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL COVID-19 DE
INFECTOLOGÍA DEL CMN LA RAZA**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**EN:
EPIDEMIOLOGÍA**

**PRESENTA:
CÉSAR CRUZ USCANGA**

**ASESOR:
DRA. BLANCA SANDRA RUIZ BETANCOURT**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DR. IVAN ABIMAEI JIMENEZ MARTINEZ
DRA. BLANCA SANDRA RUIZ BETANCOURT
DRA. MARIA DEL CARMEN SILVA ESCAMILLA**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice de contenidos

Resumen.....	05
Introducción.....	08
Antecedentes y marco teórico	10
Justificación	23
Planteamiento del problema	24
Hipótesis.....	26
Objetivos	27
Material y métodos	29
Aspectos éticos	53
Recursos humanos y financieros	55
Resultados.....	56
Discusión.....	75
Conclusiones.....	86
Referencias bibliográficas.....	88
Anexos	96

Índice de tablas

Tabla 1 Prevalencia global y estratificada de síntomas de depresión y ansiedad en personal de salud, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	110
Tabla 1.1 Características sociodemográficas del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.	111
Tabla 1.2 Características laborales del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	112
Tabla 1.3 Características del estilo de vida durante la pandemia del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	114
Tabla 1.4 Características clínicas del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	115
Tabla 1.5 COVID-19 en personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	116
Tabla 1.6 Características del apoyo y relaciones sociales del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.	117
Tabla 2.1 Características del personal de salud de acuerdo con el grado de síntomas de Depresión, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	118
Tabla 2.2 Características del personal de salud de acuerdo con el grado de síntomas de Ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.	121
Tabla 3.1 Asociación de las características sociodemográficas, laborales, del estilo de vida y de apoyo con la presencia de síntomas de Depresión en personal de salud participante, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	124
Tabla 3.2 Asociación de las características sociodemográficas, laborales, del estilo de vida y de apoyo con la presencia de síntomas de Ansiedad en personal de salud participante, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	127
Tabla 4.1 Análisis estratificado por género de las características laborales con la presencia de síntomas de Depresión, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	130
Tabla 4.2 Análisis estratificado por el antecedente personal o familiar de depresión de las características laborales con la presencia de síntomas de Depresión, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.	131
Tabla 4.3 Asociación de las características laborales con la presencia de	

síntomas de Depresión ajustado por variables del estilo de vida, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.	132
Tabla 5.1 Análisis estratificado por género de las características laborales con la presencia de síntomas de Ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	133
Tabla 5.2 Análisis estratificado por el antecedente personal o familiar de ansiedad de las características laborales con la presencia de síntomas de Ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.....	134
Tabla 5.3 Asociación de las características laborales con la presencia de síntomas de Ansiedad ajustado por variables del estilo de vida, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.	135

2. Resumen

Título: “Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza”

Ruiz-Betancourt Blanca Sandra*, Silva-Escamilla María del Carmen**, Cruz-Uscanga César***.

*Coordinadora de programas médicos, División de Información estratégica, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. **Médico Epidemiólogo del Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” del CMN La Raza. ***Residente de tercer año de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, HGR1 Dr. Carlos MacGregor.

Antecedentes: La COVID-19 ha tenido consecuencias psicológicas entre el personal de salud, dentro de las que se incluyen la depresión y la ansiedad, que constituyen los problemas de salud mental más frecuentes que afectan a la población. Los trabajadores de la salud que se encuentran en primera línea y están directamente involucrados en el diagnóstico, tratamiento y manejo de pacientes con COVID-19 están sujetos a diversos factores de estrés emocional, psicológico y asociados al lugar de trabajo. Estos factores están imponiendo un impacto adverso en su salud mental, lo cual puede obstaculizar su desempeño personal y profesional, afectando la calidad de la atención médica brindada, por lo cual estos problemas inevitablemente tendrán efectos negativos en el personal y en la atención de los pacientes. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, y su asociación con factores laborales en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico del 1 de junio del 2021 al 31 de agosto del 2021, en 413 participantes, correspondientes a personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” del CMN La Raza. Se excluyó al personal de salud que se encontrara en domicilio por acuerdo de contingencia COVID-19, y a aquellos que no hayan estado presentes por lo menos en una de las oleadas críticas de la pandemia, y se eliminó al personal con cuestionarios incompletos con datos faltantes relacionados con los

síntomas de depresión y ansiedad o aspectos laborales. La información fue recopilada a través de un cuestionario en línea auto aplicado. Los síntomas de depresión se evaluaron a través del Inventario de Depresión de Beck y los de ansiedad por medio de la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizado de 7 preguntas (GAD-7). Los factores laborales como, la ocupación, antigüedad laboral, tipo de contrato, turno laboral, horas de trabajo a la semana, turnos extras, tiempo en llegar al trabajo, carga laboral percibida y la presencia de otro trabajo fueron obtenidos mediante auto reporte, mientras que el estrés se evaluó a través de la Escala de Estrés Percibido (PSS). Se recolectaron otras variables correspondientes a características sociodemográficas, del estilo de vida, clínicas, relacionadas a la pandemia por COVID-19 y de relaciones sociales y de apoyo. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias simples y porcentajes para las variables cualitativas, mientras que las cuantitativas fueron reportadas como mediana y percentil 25 y 75, como medida de tendencia central y dispersión, respectivamente; para estimar la diferencia entre las variables cualitativas se utilizó la prueba de V de Kramer o Tau-c de Kendall y para las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis; para estimar la asociación se utilizaron Razones de Momios de Prevalencia (RMP) con Intervalos de Confianza al 95% (IC95%), con prueba de Chi cuadrada de Pearson o Prueba exacta de Fisher como estimador del valor de p , con significancia estadística <0.05 ; se realizó un análisis estratificado, al igual que se calcularon RMPa con IC95% ajustado por variables con significancia estadística en el análisis bivariado y que contaran con plausibilidad biológica para explicar la asociación. **Resultados:** Se incluyeron 413 trabajadores de la salud, en los cuales, la prevalencia global de síntomas de depresión fue del 35.3% (IC95% 30.6-39.9), mientras que para los síntomas de ansiedad fue de 62.7% (IC95% 58.0-67.3). La prevalencia más alta para sintomatología de depresión se encontró en el grupo de 40 a 49 años con 41.2% (IC95% 36.4-45.9), y en el grupo mayor o igual a 60 años con 66.6% (IC95% 62.0-71.1) para síntomas de ansiedad. Para la asociación de los factores laborales con la presencia de síntomas de depresión, pertenecer a la categoría de enfermería RMPa 1.49 (IC95% 0.90-2.49), ser médico RMPa 0.90 (IC95% 0.44-1.84), trabajar más de 40 horas a la semana RMPa 0.93 (IC95% 0.56-1.54),

realizar turnos extras RMPa 1.16 (IC95% 0.70-1.90), carga laboral moderada RMPa 4.68 (IC95% 0.49-44.17), carga laboral severa RMPa 5.81 (IC95% 0.63-53.17), y percepción de estrés, RMPa 24.03 (IC95% 3.17-181.83). Para la asociación de los factores laborales con la presencia de síntomas de ansiedad, pertenecer a la categoría de enfermería RMPa 1.44 (IC95% 0.87-2.38), ser médico RMPa 0.99 (IC95% 0.50-1.97), trabajar más de 40 horas a la semana RMPa 1.27 (IC95% 0.76-2.11), realizar turnos extras RMPa 1.67 (IC95% 1.01-2.79), carga laboral moderada RMPa 4.02 (IC95% 0.85-19.07), carga laboral severa RMPa 5.48 (IC95% 1.19-25.14), percepción de estrés RMPa 22.87 (IC95% 8.36-62.56), y presencia de otro trabajo RMPa 0.94 (IC95% 0.53-1.66). **Conclusiones:** Los efectos de la COVID-19 han repercutido gravemente en la salud mental de la población, principalmente en los trabajadores de la salud. Este estudio encontró una alta prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, sin embargo, los factores laborales analizados mostraron resultados no significativos, motivo por el cual nuestros resultados deben ser tomados con cautela al momento de su interpretación. Este estudio ayuda a aportar evidencia de la necesidad urgente de implementar estrategias de abordaje y prevención específica para los trabajadores de la salud, dada las altas prevalencias de síntomas reportadas, con el fin de prevenir o aminorar las consecuencias en la salud mental a corto, mediano y largo plazo.

Palabras clave: Coronavirus, COVID-19, Health care workers, Mental health, Depression, Anxiety.

3. Introducción

La pandemia causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 ha ido en aumento, causando una gran repercusión en la salud de la población a nivel mundial, provocando no solo millones de contagios, sino también millones de defunciones en todo el mundo. Esta enfermedad también ha provocado efectos a mediano y largo plazo en la salud mental de la población, principalmente en aquellas personas que se ven involucradas en el manejo directo y control de esta pandemia, tal es el caso de los trabajadores de la salud. Esta crisis sanitaria colocó a este grupo de personas en un riesgo sustancialmente mayor de presentar síntomas de depresión y ansiedad. La alta prevalencia de estos síntomas en los trabajadores es motivo de gran preocupación, dado que puede tener repercusiones en su entorno personal y laboral, ya que, la falta de salud mental entre el personal de salud puede obstaculizar su desempeño profesional y afectar la calidad de la atención médica brindada, por lo cual estos problemas inevitablemente tendrán efectos negativos en el personal y en la atención de los pacientes.

El personal de salud es vulnerable a desarrollar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, estudios realizados desde antes de la pandemia de COVID-19, han evaluado algunos de los factores de riesgo implicados, observándose en algunos estudios un componente de tipo laboral. Sin embargo, las condiciones actuales derivadas de la pandemia, como son el aumento en la carga de trabajo, mayor demanda de servicios, saturación de los servicios, al igual que mayores niveles de estrés, pueden incrementar el riesgo de padecer dichos síntomas.

El presente estudio se trata de un trabajo de investigación del área clínica epidemiológica enfocada en la rama de la salud mental, cuyo objetivo, en primer lugar, fue estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, a nivel institucional en trabajadores de un Hospital 100% COVID-19 y con ello, tener una referencia para otras unidades en condiciones similares al Hospital de Infectología, que prestan atención a pacientes con COVID-19 por motivo de la pandemia. En segundo lugar, este estudio buscó analizar la asociación de

factores laborales con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, esto con la finalidad de identificar qué factores relacionados al entorno laboral del trabajador se asocian con un mayor riesgo, y así poder ejercer medidas de prevención. Ya que, en la actualidad, existe poca información relacionada a la prevención de dichos síntomas en trabajadores de la salud.

Por último, para la realización de este estudio, se tomó en cuenta las inconsistencias reportadas en algunos artículos, así como la metodología empleada en la medición de las variables de interés.

4. Marco teórico y antecedentes

4.1 Salud mental en el personal de salud

La salud mental es un estado de bienestar mental en el que las personas afrontan correctamente las tensiones de la vida, siendo capaces de expresar su propio potencial, y funcionar de manera productiva y fructífera. Esto facilita que desempeñen funciones clave dentro de las familias, comunidades y sociedades. Cuando alguna crisis afecta la vida y las comunidades de las personas, se esperan altos niveles de estrés. La adversidad es un factor de riesgo bien establecido para problemas de salud mental a corto, mediano y largo plazo (1).

Los trastornos de ansiedad y depresión son los problemas de salud mental más frecuentes que afectan la salud humana (2). Los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo, cerca de un 10% de la población mundial está afectado, más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. Estos trastornos representan un 30% de la carga mundial de la enfermedad no mortal. En México la prevalencia de depresión es de 1,721.96 casos por 100,000 habitantes, mientras que la prevalencia de ansiedad es de 2,997.39 casos por 100,000 habitantes (3,4).

Las alteraciones en la salud mental se han convertido en uno de los problemas médicos más comunes en todo el mundo porque tiene una influencia importante en la calidad de vida de los trabajadores y la productividad en el lugar de trabajo y puede resultar en costos económicos directos (5).

El personal de salud es vulnerable a algunos trastornos mentales como la ansiedad, la depresión y el agotamiento laboral, probablemente debido a su exposición a altos niveles de estrés laboral. La salud mental adversa entre los médicos puede obstaculizar su desempeño profesional y afectar la calidad de la atención médica brindada. Estos problemas inevitablemente tendrán efectos negativos sobre la salud de los pacientes (6,7).

Varios estudios han evaluado la salud mental del personal de salud en países desarrollados como Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, Noruega, Japón y Holanda. Estudios previos indicaron que la prevalencia de síntomas depresivos entre los médicos osciló entre el 10% y el 15% en Estados Unidos, Gran Bretaña, Noruega y Japón (8-14). Una investigación holandesa reciente concluyó que la ansiedad y los síntomas depresivos eran prevalentes en el 24% y el 29% de los médicos, respectivamente (15).

En otro estudio realizado en China, se estimó que el 25.67% de los médicos presentaban síntomas de ansiedad, el 28.13% presentaban síntomas depresivos y el 19.01% presentaban tanto síntomas de ansiedad como síntomas depresivos (6).

La depresión se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Depresión. El trastorno de depresión mayor, comúnmente denominado depresión, es una enfermedad común que limita severamente el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida. Según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (16), esta se diagnostica cuando: cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos o más semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer: 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta, o aumento de peso, o disminución o aumento del apetito casi todos los días. 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada casi todos los días. 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días. 9. Pensamientos recurrentes de muerte,

ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

En cuanto a su fisiopatología, la comprensión de esta ha progresado considerablemente, pero ningún mecanismo único puede explicar satisfactoriamente todos los aspectos de la enfermedad. Un modelo que se relaciona con el tema abordado en este trabajo es la del medio ambiente, que describe, el papel potencial de eventos de la vida que pueden precipitar y posiblemente causar un trastorno depresivo mayor (17).

Existen varios instrumentos validados que sirven para identificar sintomatología de depresión, algunos de ellos son:

INSTRUMENTO	CARACTERISTICAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS	α^*
Inventario de depresión de Beck (BDI)	-Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. -21 afirmaciones. -De 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa).	-Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. -Validado en población mexicana. -Sus preguntas son de fácil comprensión. -Tiempo de realización es de 10-15 minutos. -Se puede contestar de manera auto aplicada.		0.87
Escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor	-Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. Mide la variación de los efectos de la depresión, desde un abatimiento ligero hasta una desesperación extrema, así como la sensación consistente de insuficiencia y de falta de ánimo. -18 afirmaciones. -De Siempre (0) a Nunca (2).	-Validado en población mexicana.	-Su uso se ve limitado principalmente a población infantil y adolescente.	0.85

Escala de depresión	-Evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. -23 afirmaciones. -De Ningún día (1) a 5-7 días a la semana (4).	-Validado en población mexicana.	-Es una escala poco conocida y aplicada.	0.78.
---------------------	--	----------------------------------	--	-------

* α de Cronbach

Algunos factores de riesgo que se han descrito en artículos para el desarrollo de depresión en personal de salud son: insuficiencia de función alta (OR 2.15, IC 95% 1.66–2.78), mala relación médico-paciente (OR 2.07, IC 95% 1.62–2.64), tener una enfermedad crónica (OR 1.73, IC 95% 1.31–2.27), rol serio (OR 1.54, IC 95% 1.21–2.00), sobrecarga de roles (OR 1.42, IC 95% 1.11–1.81), altas demandas psicológicas (OR 2.76 [IC95% 1.90-4.01] en hombres y OR 2.04 [IC95%1.59-2.62] en mujeres), bajo apoyo social (OR 1.63 [IC95% 1.13-2.36] en hombres y OR 1.55 [IC95% 1.19-2.02] en mujeres), baja remuneración (OR 2.00 [IC95% 1.40-2.84] en hombres y OR 2.05 [IC95% 1.61-2.61] en mujeres), sobre compromiso (OR 3.71 [IC95% 2.58-5.35] en hombres y OR 2.61 [IC95% 2.04-3.36] en mujeres), conflicto de roles (OR 1.55 [IC95% 1.09-2.22] en hombres y OR 1.31 [IC95% 1.03-1.67] en mujeres), demandas emocionales (OR 2.61 [IC95% 1.81-3.76] en hombres y OR 2.42 [IC95% 1.86-3.15] en mujeres), conflictos éticos (OR 1.44 [IC95% 1.01-2.06] en hombres y OR 2.07 [IC95% 1.62-2.65] en mujeres), inseguridad laboral (OR 2.02 [IC95% 1.41-2.90] en hombres y OR 2.12 [IC95% 1.64-2.74] en mujeres, desequilibrio trabajo-vida (OR 1.62 [IC95% 1.12-2.37] en hombres y OR 1.67 [IC95% 1.29-2.16] en mujeres); se asociaron positivamente con síntomas depresivos; mientras que el afrontamiento racional adecuado (OR 0.58, IC 95% 0.45-0.76) y el apoyo social (OR 0.75, IC 95% 0.57-0.98) se asociaron negativamente con la presencia de síntomas depresivos (18,19).

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos.

Ansiedad. El trastorno de ansiedad generalizada según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (16) se diagnostica cuando: A. Ansiedad y

preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades. 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 al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño. 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 ni a otra afección médica. F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

La fisiopatología de la ansiedad es poco conocida. Se supone que la sobregeneralización del miedo condicionado y los déficits en la extinción del miedo condicionado contribuyen al desarrollo de trastornos de ansiedad. Los estudios de imágenes cerebrales tienden a sugerir hiperactividad en las regiones límbicas, como la amígdala y la ínsula, durante el procesamiento de los estímulos emocionales, y la conectividad funcional aberrante entre estas regiones y entre sí y otras regiones en el cerebro, como la corteza prefrontal medial (20).

Existen varios instrumentos validados que sirven para identificar sintomatología de ansiedad, algunos de ellos son:

INSTRUMENTO	CARACTERISTICAS	VENTAJAS	DESVENTAJAS	α^*
Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS)	-Evalúa la intensidad de la ansiedad. -La severidad de la ansiedad es interpretada con el resultado final de la suma de los reactivos. -14 preguntas. -De 0 a 4.	-Validado en población mexicana.	-Administración hetero aplicado.	0.86

<p>Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)</p>	<p>-Evalúa la ansiedad generalizada en las 2 semanas previas. -7 reactivos. -4 opciones de respuesta: nunca, algunos días, la mitad de los días y casi todos los días.</p>	<p>-Validado en población mexicana. -Es de corta duración. -Formato auto aplicado.</p>		0.86
<p>Inventario de ansiedad de Beck (BAI)</p>	<p>-Evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad y los de depresión. Puede utilizarse en estudios clínicos o experimentales, tanto en población psiquiátrica como normal. -21 síntomas. -De 0 a 3</p>	<p>-Validado en población mexicana. -Formato auto aplicado. -Discrimina entre síntomas de ansiedad y de depresión.</p>	<p>-No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y con ansiedad.</p>	0.87

* α de Cronbach

Algunos factores de riesgo establecidos para el desarrollo de ansiedad en personal de salud son: altas demandas psicológicas (OR 3.91 [IC95% 2.52-6.07] en hombres y OR 2.30 [IC95% 1.76-3.01] en mujeres), bajo apoyo social (OR 2.14 [IC95% 1.46-3.14] en hombres y OR 1.89 [IC95% 1.44-2.48] en mujeres), baja remuneración (OR 2.49 [IC95% 1.70-3.65] en hombres y OR 1.59 [IC95% 1.23-2.06] en mujeres), sobre compromiso (OR 3.92 [IC95% 2.63-5.84] en hombres y OR 2.89 [IC95% 2.2-3.78] en mujeres), trabajo nocturno (OR 1.40 [IC95% 0.93-2.11] en hombres y OR 1.51 [IC95% 1.03-2.21], conflicto de roles (OR 2.19 [IC95% 1.47-3.27] en hombres y OR 1.75 [IC95% 1.34-2.28] en mujeres), demandas emocionales (OR 2.95 [IC95% 1.98-4.39] en hombres y OR 2.86 [IC95% 2.13-3.84] en mujeres), conflictos éticos (OR 2.01 [IC95% 1.38-2.94] en hombres y OR 2.01 [IC95% 1.55-2.61] en mujeres), inseguridad laboral (OR 2.64 [IC95% 1.80-3.88] en hombres y OR 1.76 [IC95% 1.33-2.33] en mujeres, desequilibrio trabajo-vida (OR 2.14 [IC95% 1.45-3.18] en hombres y OR 1.64 [IC95% 1.25-2.16] en mujeres) (21).

En un estudio con 2,641 médicos de hospitales públicos en Shenzhen, en el sur de China, se evidenció que, en comparación con los médicos varones, las mujeres tuvieron mayores probabilidades de desarrollar síntomas de ansiedad con un OR de 1.81 (IC95% 1.37-2.38) y síntomas depresivos con un OR de 1.57 (IC95% 1.21-2.03). Los factores de riesgo como inactividad física [OR de 1.53 (IC95%

1.10–2.13) y OR de 1.39 (IC95% 1.03–1.86)], mayor exposición a violencia en el trabajo [OR de 6.72 (IC95% 4.38–10.30) y OR de 3.95 (IC95% 2.69–5.82)], más de sesenta horas de trabajo por semana [OR de 1.94 (IC95%1.30–2.90) y OR de 1.90 (IC95% 1.31–2.77)] y dos o más turnos nocturnos por semana [OR de 1.52 (IC95% 1.08–2.14) y OR de 1.40 (IC95% 1.02–1.93)] se asociaron con síntomas de ansiedad o depresión. Además, los participantes que no dormían lo suficiente tenían más probabilidades de experimentar síntomas de ansiedad que sus contrapartes con un OR de 2.70 (IC95% 1.51–4.83). Los participantes con síntomas depresivos eran más propensos a ser fumadores actuales con un OR de 1.57 (IC95% 1.18–2.09) (6).

Los médicos que padecen enfermedades mentales no solo ven disminuida su calidad de vida, sino que también aumentan la probabilidad de cometer errores médicos, amenazando la seguridad de los pacientes tratados (2,18,22). Además, los errores médicos son una fuente importante de morbilidad y representan miles de millones de dólares en pérdidas financieras para los sistemas de salud cada año. En una revisión sistemática y metaanálisis se incluyeron once estudios en los que participaron un total de 21,517 médicos. La combinación metaanalítica de las asociaciones entre los síntomas depresivos y los errores médicos produjo un RR de 1.95 (IC95% 1.63-2.33) (23).

Por otra parte, el daño en la salud mental, también se relaciona con la pérdida de productividad, absentismo, incremento de accidentes laborales y de la utilización de los servicios de salud, jubilación anticipada, un posible abuso de sustancias y alcohol, y una menor satisfacción (24).

Mejorar la salud mental del personal de salud se ha convertido en una preocupación social cada vez mayor por la calidad de vida no solo de los propios médicos, sino también de toda la población en general (7).

3.2 La pandemia: COVID-19

A principios de diciembre de 2019, fueron identificados los primeros casos de neumonía de origen desconocido en Wuhan, la capital de la provincia de Hubei. El

patógeno fue identificado como un nuevo betacoronavirus de ARN con envoltura, actualmente denominado Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-CoV-2), que tiene una similitud filogenética con el SARS-CoV (25). El 12 de febrero de 2020, la OMS denominó la enfermedad como COVID-19, abreviatura de “Enfermedad por coronavirus 2019”, por sus siglas en inglés (26). La rápida propagación de COVID-19 ha atraído la atención mundial. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la decretó como una emergencia de salud pública de interés internacional, siendo confirmados para ese momento 9,700 casos en la República Popular de China, y 106 casos confirmados en 19 países más. La rápida propagación en China y en el mundo, ha ocasionado que el número de casos crezca exponencialmente (26-28).

Para el 27 de septiembre del 2021, a nivel mundial se han reportado 231,703,120 casos confirmados y 4,746,620 defunciones. La tasa de letalidad global es del 2%. Hasta la fecha, se han reportado casos en 224 países, territorios y áreas. En México, de acuerdo con el Comunicado Técnico Diario, emitido por la Dirección General de Epidemiología, se han confirmado 3,635,807 casos, de los cuales 275,676 han sido defunciones, con una tasa de incidencia de casos acumulados de 2,819.1 por cada 100,000 habitantes (29).

La pandemia de COVID-19 se considera la calamidad de salud mundial más crucial del siglo y el mayor desafío que enfrentó la humanidad desde la Segunda Guerra Mundial. No solo se ha convertido en la mayor amenaza para la salud pública mundial del siglo, sino que también ha llegado a considerarse como un indicador de inequidad y deficiencia del avance social (30).

Además de COVID-19, la civilización humana ha sido testigo de al menos cinco pandemias en el siglo actual: AH1N1 en 2009, poliomielitis en 2014, Ébola (brote en África Occidental) en 2014, Zika (2016) y Ébola (República Democrática del Congo) en 2019. Estos brotes mundiales provocaron una gran cantidad de muertes y morbilidades y costaron miles de millones de dólares. Sin embargo, en comparación con otras enfermedades y sus respectivas cargas, es probable que el COVID-19 cause tanto o más sufrimiento humano que otras enfermedades

contagiosas en todo el mundo. Las pandemias en general no son simplemente un problema grave de salud pública, sino que desencadenan desastrosas crisis socioeconómicas y políticas en los países infectados. El brote de COVID-19 se ha convertido en una amenaza clínica para la población común y los trabajadores de la salud en todo el mundo (30).

3.3 COVID-19 y la salud mental

La crisis de COVID-19 es, en primera instancia, una crisis de salud física, aunque también puede desembocar en una gran crisis de salud mental, si no se toman medidas apropiadas.

En epidemias pasadas tales como la del SARS y MERS, se documentó el impacto negativo en la salud mental de las personas. Durante cualquier brote de una enfermedad infecciosa, la reacción psicológica de la población desempeña un papel fundamental en la forma de propagación de la enfermedad. A la larga, se puede observar la aparición de angustia emocional y trastornos sociales durante y después del brote. A pesar de esto, normalmente no se proporcionan recursos suficientes para controlar o atenuar los efectos de las pandemias en la salud mental y el bienestar.

Si bien, la falta de atención puede ser comprensible en la fase aguda de un brote, cuando los sistemas de salud priorizan la reducción de la transmisión, la realización de pruebas y la atención crítica de los afectados; las necesidades psicológicas y psiquiátricas no deben pasarse por alto durante ninguna fase de la pandemia. Se sabe que los factores psicológicos juegan un papel importante en el cumplimiento de las medidas de salud pública, y en la forma en que las personas hacen frente a la amenaza de infección y a las pérdidas consiguientes. Estos son temas claramente cruciales para considerar en el manejo de cualquier enfermedad infecciosa, incluido COVID-19. Las reacciones psicológicas a las pandemias incluyen conductas desadaptativas, angustia emocional y respuestas defensivas (31).

3.4 COVID-19 y salud mental en el personal de salud

Grupos de poblacionales específicos muestran altos grados de angustia psicológica relacionada con COVID-19, entre ellos se encuentran los trabajadores de la salud, quienes juegan un papel crucial en la lucha contra la pandemia. Ellos se encuentran bajo un estrés excepcional, ya que están expuestos a numerosos factores, como la continua propagación de COVID-19, el riesgo de infectarse y transmitirlo a otras personas, el aumento de la carga de trabajo, el agotamiento físico, la escasez de equipos de protección personal, la necesidad de tomar decisiones éticamente difíciles sobre la atención de los pacientes (32), el uso de equipo protector pesado (incluyendo mascarilla N95) que hace mucho más difícil llevar a cabo operaciones o procedimientos médicos que en condiciones normales (33). Además, podrían estar enfrentando un posible aislamiento, y discriminación social (34). Todos estos factores se pueden incrementar los factores que ya de por sí tiene esta población para el desarrollo de enfermedades mentales.

Por todo lo anterior, los trabajadores de la salud son susceptibles a reacciones emocionales complejas y el desarrollo de varios trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, lo que puede influir profundamente en su estado físico y mental.

3.5 Antecedentes

En un estudio transversal realizado por Rossi y colaboradores, realizado del 27 al 31 de marzo de 2020, el cual tuvo como objetivo informar sobre el estado de salud mental entre trabajadores sanitarios en Italia. Para esto analizaron a 1379 individuos utilizando las escalas GPS, PHQ-9, GAD-7 ISI y PSS; de estos sujetos 472 fueron enfermeras, 433 médicos y 112 asistentes de salud con una edad media de 39 años (DE 16.0) utilizando muestreo por bola de nieve. Reportaron incidencias de 49.38% de estrés postraumático, 24.73% con síntomas de depresión, 19.8% con síntomas de ansiedad y 8.27% con insomnio. Este estudio tuvo limitaciones como la imposibilidad de determinar el error de muestro o realizar inferencias sobre las poblaciones por la técnica de muestreo utilizada (35).

Dorsil-Santamaría y colaboradores realizaron un estudio en España entre el 1ro y 10 de abril de 2020 con el objetivo de evaluar los factores que pueden desestabilizar la salud mental de los profesionales sanitarios, así como evaluar los niveles de estrés, ansiedad y alteraciones del sueño en personal sanitario tratante de pacientes expuestos a COVID-19. En este estudio transversal aplicaron las escalas DASS-21 y ASI en 421 individuos, 338 mujeres con media de edad de 42.6 (DE 10.2) y 83 hombres con media de edad de 47.4 (DE 13.4). De los individuos estudiados 46.7% presentó estrés, 37% ansiedad, 24.7 % depresión y 28.9% problemas de sueño. Este estudio presenta algunas limitaciones, la mayoría de la muestra fueron mujeres (<80%), por lo cual la generalización de resultados está limitada, así como la participación voluntaria por lo que puede existir sesgo en la información ya que las personas impactadas pudieran verse más influenciadas a participar (36).

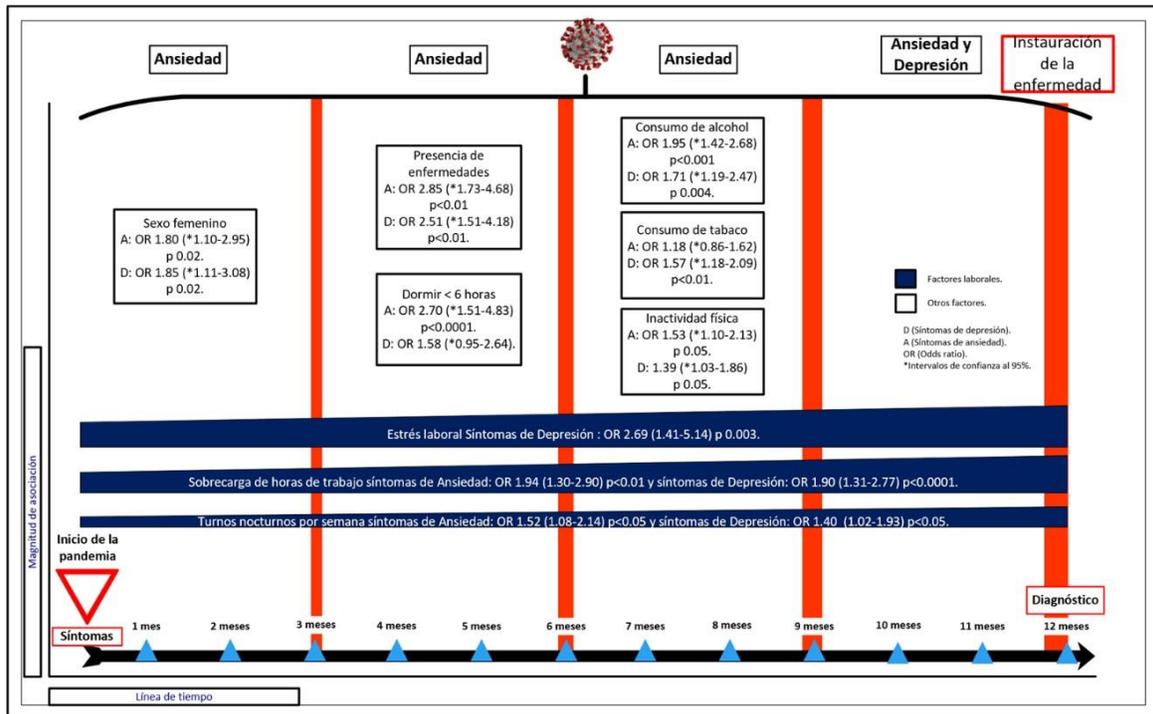
Otro estudio transversal realizado en Singapur e India por N.W.S Chew, y colaboradores del 19 de febrero al 17 de abril de 2020 tuvo como objetivo investigar la asociación entre los resultados psicológicos y los síntomas físicos entre los trabajadores de la salud. Para esto aplicaron las escalas DASS-21 y IES-R en 906 individuos (583 mujeres y 323 hombres) de los cuales 268 fueron médicos, 355 enfermeras, 96 personal aliado de atención médica, 40 técnicos, 56 administrativos y 52 trabajadores de mantenimiento, con una mediana de 29 años (RIC 25-35) utilizando muestreo no probabilístico en bola de nieve. Entre los individuos estudiados se presentaron incidencias de 15.7% de ansiedad (55.6% moderada a muy severa), 10.6% depresión (50% de moderada a muy severa) y 5.2% estrés (42.6% moderado a severo). La naturaleza transversal de este estudio no permitió la interpretación de causalidad, así como tampoco se evaluó si los participantes tomaron licencia médica o si se sometieron a prueba diagnóstica para COVID-19 al manifestar los síntomas. Entre otras limitantes de este estudio el nivel educativo y socioeconómico no fue registrado (37).

Jianming Guo y colaboradores realizaron un estudio transversal del 18 al 20 de febrero de 2020 para examinar el impacto psicológico del brote de COVID-19 en el

personal médico en China. Para esto utilizaron las escalas SAS y SDS en 11118 individuos de los cuales 5900 fueron enfermeras, 3367 médicos, 757 estudiantes de medicina, 464 asistentes de salud, 450 administrativos, 128 personal de logística y 52 familiares, utilizando muestreo no probabilístico. Los resultados mostraron niveles de ansiedad medio-alto en 98% y depresión en niveles medio y alto en 13.47%. Sin embargo, este estudio muestra sesgo de selección y no se revisó el historial médico de los participantes para identificar antecedentes de patologías entre los participantes (38).

Un estudio transversal realizado en China entre el 29 de enero y 3 de febrero de 2020 por Jianbo y colaboradores fue realizado para evaluar la salud mental entre trabajadores de salud tratantes de pacientes con COVID-19, cuantificando la magnitud de síntomas como depresión, ansiedad, insomnio y angustia, así como analizar los factores de riesgo asociados con éstos. Se aplicaron las escalas PHQ-9, GAD-7, ISI y IES-R en una N de 1257 (964 mujeres y 293 hombres), de los cuales 764 fue personal de enfermería y 493 médicos, utilizando muestreo no probabilístico. De los individuos estudiados se encontró que 50.4% presentaba síntomas de depresión, 44.6% ansiedad, 34.0% insomnio y 71.5% angustia. Como limitantes se presenta que los resultados no pueden ser generalizados ya que 81.2% de los participantes fueron de Hubei, así como los síntomas de los trabajadores de salud que podrían volverse más graves, tampoco se pudo distinguir los síntomas preexistentes de salud mental versus los de reciente aparición. Cabe recalcar la tasa de respuesta del estudio que fue de 68.7% (39).

3.6 Diagrama causal



En el presente diagrama se muestra la interacción de algunos factores inmersos en el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de salud. Los factores laborales con sus respectivas medidas de asociación son mostrados en las barras azules, como se puede observar estas van incrementando su grosor, lo cual sugiere un aumento en el riesgo que confieren con el paso del tiempo. En la parte inferior se muestra una línea de tiempo que abarca hasta 12 meses, esto es debido a que si el estímulo que desencadena la sintomatología depresiva o ansiosa persiste de manera prolongada a lo largo de ese tiempo puede lograr la instauración permanente de dichas patologías. En los cuadros blancos se plasman factores sociodemográficos, clínicos y del estilo de vida, que de igual manera están asociados a la presencia de estos síntomas. Se debe recordar que la presencia de COVID-19 constituye una característica de la población, sin embargo, puede potenciar los factores de riesgo previamente establecidos en esta población, lo cual acorta los periodos a través de los cuales se desencadenan los síntomas.

5. Justificación

El presente estudio aporta información sobre la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en el personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” del CMN La Raza. Asimismo, permite evaluar los factores asociados al trabajo que aportan mayor influencia para el desarrollo de síntomas de estas patologías. Del mismo modo, los hallazgos pueden ser utilizados como referencia para otras unidades en condiciones similares al Hospital de Infectología (aquellas convertidas en unidades de atención 100% COVID-19 por motivo de la pandemia) que pretendan continuar en esta línea de investigación, pues el personal de salud que labora en estas unidades está sometido a condiciones laborales semejantes.

Por otro lado, una de las principales contribuciones de este estudio radica en identificar al personal de salud que presenta manifestaciones clínicas sugestivas de depresión y/o ansiedad. El personal de salud en cuestión fue referido al Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (SPPSTIMSS), con el fin de que recibiera atención y orientación adecuada y, en consecuencia, se reduzca el riesgo de complicaciones, derivadas de una inadecuada salud mental. Se realizó, además, la difusión de información sobre síntomas de depresión y/o ansiedad, dirigida al personal de salud sin dichos síntomas, con objeto de promover el autorreconocimiento de los síntomas y, por ende, su detección oportuna.

Este estudio permite dimensionar el impacto negativo que tienen las crisis sanitarias en los aspectos laborales, y por ende en el bienestar mental de los trabajadores de la salud, con esto se pueden establecer las bases para la elaboración de un protocolo de actuación previo ante estas situaciones.

6. Planteamiento del problema

Estudios indican que la prevalencia de síntomas de depresión entre el personal de salud oscila entre el 10 y el 30%, mientras que para los síntomas de ansiedad la prevalencia se sitúa alrededor del 25%. No obstante, estudios realizados durante la pandemia de COVID-19, han efectuado el cálculo de dichas prevalencias con rangos que fluctúan desde 10.6 a 50.4% para depresión y 4.98 a 44.6% para ansiedad. La gran variación en ambas prevalencias puede ser consecuencia del empleo de diversas escalas de medición y de la falta de muestreo; además, la mayoría de los estudios se realizaron durante los primeros meses de la pandemia, lo que pudo infra o supra estimar dichas frecuencias, y son pocos los estudios que han efectuado cálculos para estimar medidas de efecto.

Las alteraciones en la salud mental pueden obstaculizar el desempeño profesional y se han relacionado con el absentismo, el incremento de accidentes laborales, eventos adversos y de la utilización de los servicios de salud; jubilación anticipada, un posible abuso de sustancias y alcohol, y una menor satisfacción. El personal de salud es particularmente vulnerable a presentar síntomas de ansiedad y depresión, probablemente debido a su exposición a altos niveles de estrés laboral, y mayor carga de trabajo, así como a otros factores entre los que se enlistan: tener más horas de trabajo por semana, trabajar turnos nocturnos, realizar turnos extras, no dormir lo suficiente, entre otros. La presentación de estos síntomas puede afectar la calidad de la atención médica brindada y devenir en errores médicos que, inevitablemente, tendrán efectos negativos sobre la salud de los pacientes.

Epidemias pasadas han mostrado el impacto negativo de los brotes de enfermedades infecciosas en la salud mental de las personas, especialmente de los trabajadores de la salud, quienes están expuestos a numerosos factores, como: la continua propagación de COVID-19, el riesgo de infectarse y transmitirlo a otras personas, el aumento de la carga de trabajo, el agotamiento físico, la escasez de equipos de protección personal, la necesidad de tomar decisiones éticamente difíciles sobre la atención de los pacientes, el uso de equipo de protección personal que dificulta la ejecución de procedimientos médicos, y un

posible aislamiento y discriminación social. Todos estos factores pueden sumarse a los factores de riesgo propios de las enfermedades mentales, aumentando, así, el riesgo de desarrollar síntomas de depresión y/o ansiedad.

Por lo tanto, el conocer las prevalencias de los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de salud es prioritario para ejercer medidas pertinentes y así evitar la progresión de dichas enfermedades, ya que dichas patologías son prevenibles. El mejorar la salud mental del personal de salud se ha convertido en una preocupación social cada vez mayor por la calidad de vida, no solo de los propios médicos, sino también de toda la población en general. Actualmente el Instituto no cuenta con un plan estratégico que aborde el manejo que deben tener los trabajadores ante crisis de salud poblacional.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, y su asociación con los factores laborales en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza?

7. Hipótesis

La prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad será mayor o igual al 30%, y factores como el estrés laboral y la carga de trabajo, se asociarán a un mayor riesgo de síntomas en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza.

8. Objetivos

Objetivo general

Estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, y su asociación con factores laborales en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza.

Objetivos específicos

- 1) Estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza.
- 2) Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, número de hijo y personas con las que vive), laborales (ocupación, antigüedad laboral, tipo de contrato, turno laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, tiempo en llegar al trabajo, carga laboral percibida, estrés laboral percibido, otro trabajo), estilo de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, horas de sueño, calidad percibida del sueño, actividad física), clínicas (antecedente de enfermedades, antecedente de depresión y/o ansiedad, antecedente familiar de depresión y/o ansiedad, percepción del estado de salud), COVID-19 (antecedente de COVID-19, familiares o conocidos con antecedente de COVID-19, familiares o conocidos fallecidos por COVID-19) y de apoyo (apoyo social, apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo) del personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología.
- 3) Analizar la diferencia entre las variables cualitativas (sexo, estado civil, nivel socioeconómico, ocupación, antigüedad laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, carga laboral percibida, estrés laboral percibido, otro trabajo, horas de sueño, calidad percibida del sueño, actividad física, antecedente de enfermedades, antecedente de depresión, antecedente de ansiedad, antecedente familiar de depresión, antecedente familiar de ansiedad, familiares o conocidos fallecidos por COVID-19) y cuantitativas (edad,

antigüedad laboral, horas de trabajo semanal) de acuerdo con el grado de sintomatología de depresión y ansiedad.

- 4) Analizar la asociación de las variables ocupación, antigüedad laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, carga laboral percibida, estrés percibido, otro trabajo, horas de sueño, calidad percibida del sueño con la presencia de síntomas de depresión en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología.
- 5) Analizar la asociación de las variables ocupación, antigüedad laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, carga laboral percibida, estrés percibido, otro trabajo, horas de sueño, calidad percibida del sueño con la presencia de síntomas de ansiedad en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología.
- 6) Estimar la asociación entre la presencia de síntomas de depresión y factores laborales (ocupación, antigüedad laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, carga laboral percibida, estrés percibido, otro trabajo) ajustado por variables potencialmente confusoras (modelo 1: edad y sexo, modelo 2: edad, sexo, antecedente personal y familiar de depresión) en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología.
- 7) Estimar la asociación entre la presencia de síntomas de ansiedad y factores laborales (ocupación, antigüedad laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, carga laboral percibida, estrés percibido, otro trabajo) ajustado por variables potencialmente confusoras (modelo 1: edad y sexo, modelo 2: edad, sexo, antecedente personal y familiar de ansiedad) en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología.

9. Material y método

1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, y analítico para estimación de medidas de asociación mediante razones de momios de prevalencia y cálculo de la prevalencia de los síntomas de las enfermedades depresión y ansiedad.

Población objeto de estudio

La población objeto de este estudio fue el personal de salud que labora en el Hospital de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” del Centro Médico Nacional “La Raza” del IMSS. Dicha unidad cuenta con 745 trabajadores de la salud, de los cuales 349 son personal de enfermería, 81 personal médico, y 315 son otras categorías (administrativos, limpieza e higiene, camilleros, mensajeros, asistentes, técnicos, laboratoristas, inhaloterapeutas, trabajadoras sociales, auxiliares de oficina, nutricionistas, entre otros).

Esta Unidad hospitalaria fue la primera en reconvertirse como Hospital 100% COVID-19 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y probablemente sea la última del Instituto en brindar atención a este tipo de pacientes, por lo cual representa un sitio ideal para el desarrollo de estudios epidemiológicos de COVID-19.

Bases del estudio

El estudio se realizó:

- Tiempo: del 1 de junio del 2021 al 31 de agosto del 2021.
- Lugar: en el Hospital COVID-19 de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” del CMN La Raza.
- Persona: en personal de salud.

Criterios de selección

Inclusión:

- Personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza.
- Personal que haya sido enviado de otras unidades para apoyo en la contingencia.

Exclusión:

- Personal de salud que se encontrara en domicilio por acuerdo de contingencia COVID-19.
- Personal que no haya estado presente por lo menos en una de las oleadas críticas de la pandemia (junio - agosto del 2020 y noviembre – febrero 2021).

Eliminación:

- Cuestionarios incompletos con datos faltantes relacionados con los síntomas de depresión y/o ansiedad o aspectos laborales.

Tipo de muestreo y cálculo del tamaño mínimo de muestra

Se realizó el cálculo de tamaño de muestra para población finita (40), empleando la fórmula para estudios cuya variable principal es de tipo cualitativo, que se reporta mediante la proporción del fenómeno de referencia, la muestra se calculó a través de la fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Donde:

n : tamaño de la muestra.

N : tamaño de la población (**745**).

Z : valor de Z crítico, calculado en las tablas del área de la curva normal (nivel de confianza) (**1.96**).

p : proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia (**0.5**)*.

q : proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p) (**0.5**).

d : nivel de precisión absoluta (**0.05**).

$$n = \frac{(745)(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2(745 - 1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} \quad n = 254$$

Además, se calculó una tasa del 10% de posibles pérdidas por cuestionarios incompletos:

$$Pérdidas (10\%) = \frac{1}{1 - 0.1} (N) \quad Pérdidas (10\%) = 282$$

Por lo que se obtuvo un tamaño de muestra total de 282 participantes.

Para el muestreo, se utilizó el consecutivo, donde se incluyeron a la mayor cantidad de trabajadores que cumplieran con los criterios de inclusión.

*Se tomó una proporción del evento del 50% debido a la gran variabilidad que existe en diversos artículos para la población de interés.

2. Definición, operacionalización y clasificación de las variables

Variables dependientes

Depresión

- Definición conceptual: conjunto de síntomas de predominio afectivo, caracterizados por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
- Definición operacional: se evaluó mediante el Inventario de Depresión de Beck compuesto por 21 ítems indicativos de síntomas. El formato de los ítems es de tipo Likert con 4 categorías de respuestas ordenadas que se codifican de 0-3, la puntuación es la suma de los 21 ítems, si una persona ha elegido varias opciones en un ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. El rango de puntuaciones va de 0-63 puntos cuanto más alta sea la puntuación mayor será la severidad de los síntomas depresivos.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1= 1-10 Estos altibajos son considerados normales, 2= 11-16 Leve perturbación del estado de ánimo, 3= 17-20 Estados de depresión intermitentes, 4= 21-30 Depresión moderada, 5= 31-40 Depresión grave, 6= + 40 Depresión extrema.

Ansiedad

- Definición conceptual: estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos.
- Definición operacional: se evaluó mediante las escalas Hamilton y GAD-7. La escala de Hamilton consta de 14 preguntas, con valores que van de 0 a 4; la severidad de la ansiedad es interpretada con el resultado final de la suma de los reactivos, presentando una ansiedad mínima con un valor menor o igual a 17, mínima a moderada con valores de 18 a 24, moderada

con valores de 25 a 30 y severa con un valor mayor a 30. La escala de GAD-7, valora el estado de ansiedad en las últimas 2 semanas, está conformada por 7 preguntas, con valores de 0 a 3, e igualmente la severidad de la ansiedad es interpretada por la sumatoria de los reactivos, reportando una ansiedad mínima con valores entre 5 y 9, moderada con valores entre 10 y 14, y severa con 15 o más reactivos.

- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1= 0-4 No se aprecian síntomas de ansiedad, 2= 5-9 Síntomas de ansiedad leves, 3= 10-14 Síntomas de ansiedad moderados, 4= 15-21 Síntomas de ansiedad severos.

Variables independientes

Estrés laboral percibido

- Definición conceptual: respuesta física y emocional a un daño causado por el desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias en el ámbito laboral.
- Definición operacional: se midió a través de la Escala de Estrés Percibido (PSS), la cual evalúa el estrés precedido durante el último mes; consta de 14 ítems con formato de respuesta de 5 puntos. La puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1=De vez en cuando estresado, 2=A menudo estresado, 3=Muy a menudo estresado.

Carga laboral

- Definición conceptual: constituyen el conjunto de requerimientos

psicofísicos a los que se ve sometido un trabajador a lo largo de su jornada laboral.

- Definición operacional: se medirá a través de las horas de trabajo y la cantidad de actividades realizadas durante la jornada laboral. Asimismo, se preguntará la percepción de la carga de trabajo durante esta pandemia.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1=Leve, 2=Moderada, 3=Severa.

Horas de trabajo semanal

- Definición conceptual: número de horas que labora un individuo en su área de trabajo durante el lapso de una semana.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Cuántas horas en promedio trabajó a la semana esta pandemia?
- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: razón.
- Indicador: número de horas a la semana.

Número de actividades realizadas por jornada

- Definición conceptual: número de actividades realizadas durante la jornada laboral.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Cuánto es el número de actividades que realizó aproximadamente en una jornada de trabajo en esta pandemia?
- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: razón.
- Indicador: número de actividades.

Otras variables

Edad

- Definición conceptual: período de tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta la fecha en la que conteste el instrumento.

- Definición operacional: se interrogará a través de una pregunta abierta la edad en años.
- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: discreta, de razón.
- Indicador: años cumplidos.

Sexo

- Definición conceptual: clasificación biológica de los caracteres sexuales con los que nace un individuo.
- Definición operacional: se interrogará a través de una pregunta de opción múltiple.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Masculino, 2=Femenino.

Estado civil

- Definición conceptual: condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- Definición operacional: el reportado por el encuestado al momento de contestar el instrumento.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Soltero (a), 2=Casado (a), 3=Viudo (a), 4=Divorciado (a), 5=Unión libre, 6=Separado (a).

Nivel socioeconómico

- Definición conceptual: medición del nivel de bienestar de un hogar, es decir, el nivel en el cual están satisfechas las necesidades de una familia, integrado por varios elementos: desarrollo intelectual, finanzas y prevención, comunicación y entretenimiento, comodidad y practicidad, salud e higiene, y espacio.
- Definición operacional: se obtendrá a través del cuestionario AMAI-NSE

2018 (este cuestionario produce un índice que clasifica a los hogares en siete niveles, considerando las siguientes seis características del hogar: escolaridad del jefe del hogar, número de dormitorios, número de baños completos, número de personas ocupadas de 14 años y más, número de autos, y tenencia de internet).

- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1=A/B, 2=C+, 3=C, 4=C-, 5=D+, 6=D, 7=E

Escolaridad

- Definición conceptual: nivel máximo de estudios alcanzados por una persona.
- Definición operacional: se interrogará el nivel máximo de estudios alcanzado a través de una pregunta de opción múltiple.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1=Sin estudios, 2=Primaria incompleta, 3=Primaria completa, 4=Secundaria incompleta, 5=Secundaria completa, 6=Preparatoria incompleta, 7=Preparatoria completa, 8=Carrera comercial o técnica, 9=Licenciatura incompleta, 10=Licenciatura completa, 11=Posgrado.

Número de hijos que tiene

- Definición conceptual: número de individuos que descienden en línea directa de otro.
- Definición operacional: se interrogará a través de una pregunta abierta.
- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: razón.
- Indicador: número de hijos.

Personas con las que vive

- Definición conceptual: número de personas con las que comparte vivienda.
- Definición operacional: se interrogará a través de una pregunta abierta.

- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: razón.
- Indicador: número de personas.

Actividad física

- Definición conceptual: cualquier tipo de movimiento corporal producido por los músculos que exija gasto de energía.
- Definición operacional: se evaluará a través del cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) en su versión corta.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1=Actividad física alta, 2=Actividad física moderada, 3=Actividad física baja.

Horas de sueño

- Definición conceptual: es el tiempo en horas designado al acto de reposo de un individuo, y se contrapone a lo que se denomina estado de vigilia o estar despierto.
- Definición operacional: obtenida a través de la pregunta de cantidad de horas que duerme al día.
- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: razón.
- Indicador: número de horas de sueño.

Calidad de sueño

- Definición conceptual: se refiere al hecho de dormir bien durante la noche y tener un buen funcionamiento durante el día.
- Definición operacional: se medirá a partir de test de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI), el cual consta de 19 interrogantes agrupadas en 10 preguntas. Las 19 interrogantes se combinan para formar 7 áreas con una puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0-3 puntos. En todos los casos una puntuación de “0”

indica facilidad, mientras que una de “3” indica dificultad severa dentro de sus respectivas áreas. La puntuación de las 7 áreas se suma finalmente para dar una puntuación global, que oscila entre 0 y 21 puntos.

- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Muy buena, 2=Bastante buena, 3=Bastante mala, 4=Muy mala.

Consumo de tabaco

- Definición conceptual: forma de consumo de tabaco en la que, bien por su cantidad, su frecuencia y/o por la propia situación del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor o su entorno.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Cómo ha sido su consumo de tabaco durante esta pandemia?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Con la misma frecuencia, 2=Ha reducido, 3=Ha aumentado, 4=No consume tabaco.

Consumo de alcohol

- Definición conceptual: forma de consumo de alcohol en la que, bien por su cantidad, su frecuencia y/o por la propia situación del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor o su entorno.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Cómo ha sido su consumo de alcohol durante esta pandemia?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Con la misma frecuencia, 2=Ha reducido, 3=Ha aumentado, 4=No consume alcohol.

Antecedente de enfermedad psiquiátrica

- Definición conceptual: antecedente de alguna patología que produzca

anomalías de las funciones psicológicas, manifestadas como alteraciones en los procesos del razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad, las emociones o la relación con los demás, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo.

- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Cuenta usted con algún diagnóstico de enfermedad psiquiátrica? ¿Cuál? ¿Hace cuánto tiempo lo diagnosticaron? ¿Consume o consumió algún tratamiento para esta patología? ¿Cuál?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Antecedente de depresión

- Definición conceptual: antecedente de padecer depresión caracterizada por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Alguna vez un profesional de la salud lo ha diagnosticado con depresión? ¿Hace cuánto tiempo lo diagnosticaron? ¿Consume o consumió algún tratamiento para esta patología? ¿Cuál?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Antecedente de ansiedad

- Definición conceptual: antecedente de padecer depresión caracterizada por un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Alguna vez un

profesional de la salud lo ha diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada? ¿Hace cuánto tiempo lo diagnosticaron? ¿Consume o consumió algún tratamiento para esta patología? ¿Cuál?

- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Antecedente familiar de depresión

- Definición conceptual: contar con algún familiar que haya sido diagnosticado en algún momento de su vida con depresión.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con depresión? ¿Quién?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Antecedente familiar de ansiedad

- Definición conceptual: contar con algún familiar que haya sido diagnosticado en algún momento de su vida con trastorno de ansiedad generalizado.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizado? ¿Quién?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Antecedente de enfermedades

- Definición conceptual: antecedente de algún estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano.
- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Cuenta usted con alguna enfermedad? ¿Cuál? ¿Hace cuánto tiempo lo diagnosticaron?

¿Consume o consumió algún tratamiento para esta patología? ¿Cuál?

- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Percepción de la salud

- Definición conceptual: impresión que puede percibir un individuo acerca de su estado de salud.
- Definición operacional: ¿Cuál es la percepción que tiene de su estado de salud actual?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: ordinal.
- Indicador: 1=Bastante bueno, 2=Bueno, 3=Regular, 4=Malo, 5=Bastante malo.

Ocupación

- Definición conceptual: conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo, independientemente de la rama de actividad donde aquélla se lleve a cabo y de las relaciones que establezca con los demás agentes productivos y sociales.
- Definición operacional: se interrogará a través de la pregunta ¿Cuál es su ocupación?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Médico, 2=Médico residente, 3=Enfermera, 4=Laboratorista, 5=Administrativo, 6=Camillero, 7=Personal de higiene y limpieza, 8=Otro.

Tipo de contrato

- Definición conceptual: documento escrito que formaliza un acuerdo por el cual un trabajador se compromete a realizar obras o servicios para una persona física o jurídica denominada empleador bajo la dependencia y

subordinación de este, quien, a su vez se obliga al pago de una remuneración determinada.

- Definición operacional: se evaluará a través de la pregunta ¿Cuál es su tipo de contrato?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Base, 2=Contrato 02, 3=Contrato 08, 4=Otros

Años de trabajo

- Definición conceptual: duración en años del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador.
- Definición operacional: se preguntará al trabajador los años laborados en la institución.
- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: continua.
- Indicador: años de trabajo.

Turno laboral

- Definición conceptual: tiempo a lo largo del día en que trabaja un empleado.
- Definición operacional: se preguntará al trabajador su turno laboral.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Matutino, 2=Vespertino, 3=Nocturno, 4=Jornada acumulada.

Turno extra

- Definición conceptual: tipo de trabajo que se realiza por turnos en horas extraordinarias, más allá de su horario habitual.
- Definición operacional: se preguntará al trabajador si trabaja en turnos extras.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Trabajo extra

- Definición conceptual: tipo de trabajo que se realiza en horas extraordinarias, diferente al lugar de trabajo habitual.
- Definición operacional: se preguntará al trabajador si labora en otro lugar.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Servicio

- Definición conceptual: área hospitalaria a la que se encuentra asignado un trabajador.
- Definición operacional: se evaluará a través de una pregunta directa.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, politómica.
- Indicador: 1=Triaje respiratorio, 2=Admisión continua, 3=Infectología Adultos, 4=Neumología, 5=Pediatría, 6= UCIA 7=Laboratorio, 8=Área administrativa.

Tiempo de distancia al trabajo

- Definición conceptual: tiempo que tarda en recorrer entre su lugar de vivienda al sitio de trabajo.
- Definición operacional: se preguntará cuál es el tiempo que tarda para llegar a su trabajo y se reportará.
- Clasificación según naturaleza: cuantitativa.
- Clasificación según escala de medición: continua.
- Indicador: minutos u horas.

Antecedente de COVID

- Definición conceptual: contar con antecedente de una prueba positiva de PCR para SARS-CoV-2.
- Definición operacional: se evaluará a través de una pregunta directa.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.

- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Familiares con COVID

- Definición conceptual: personas relacionadas entre sí por parentesco sanguíneo o legal y que salieron positivas a prueba de PCR para SARS-CoV-2.
- Definición operacional: se evaluará a través de una pregunta directa.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Familiares fallecidos por COVID

- Definición conceptual: personas relacionadas entre sí por parentesco sanguíneo o legal y que salieron positivas a prueba de PCR para SARS-CoV-2 y que fallecieron a causa de esta patología.
- Definición operacional: se evaluará a través de una pregunta directa.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Conocidos con COVID

- Definición conceptual: personas con quien se tiene trato o comunicación, y que salieron positivas a prueba de PCR para SARS-CoV-2.
- Definición operacional: se evaluará a través de una pregunta directa.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Conocidos fallecidos por COVID

- Definición conceptual: personas con quien se tiene trato o comunicación, y que salieron positivas a prueba de PCR para SARS-CoV-2, y que

fallecieron a causa de esta patología.

- Definición operacional: se evaluará a través de una pregunta directa.
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Incapacidad durante la etapa crítica de la pandemia

- Definición conceptual: pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo, y que esta se haya dado durante la etapa de mayor presencia de casos de la pandemia.
- Definición operacional: se evaluará a través de las preguntas: Durante la etapa de mayores casos de la pandemia ¿Se encontraba usted trabajando en el hospital? Si la respuesta es no explique la razón. ¿En qué fecha sucedió esto?
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=Sí, 2=No.

Apoyo social

- Definición conceptual: percepción que tiene una persona, a partir de su inserción en redes sociales de ser cuidada, amada, valorada y estimada.
- Definición operacional: se obtendrá a partir del instrumento validado MOS Cuestionario de Apoyo Social, se considerará mal apoyo social si la puntuación es <57 y buen apoyo social si es ≥ 57 .
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=poco apoyo social, 2=buen apoyo social.

Apoyo emocional

- Definición conceptual: percepción que tiene una persona de demostración de amor, cariño y empatía.

- Definición operacional: se obtendrá a partir del instrumento validado MOS Cuestionario de Apoyo Social, se considerará mal apoyo emocional si la puntuación es <24 y buen apoyo emocional si es ≥ 24 .
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=poco apoyo emocional, 2=buen apoyo emocional.

Apoyo afectivo

- Definición conceptual: constituye todas las expresiones de afecto y amor que le son ofrecidas a los individuos por parte de su grupo más cercano.
- Definición operacional: se obtendrá a partir del instrumento validado MOS Cuestionario de Apoyo Social, se considerará mal apoyo afectivo si la puntuación es <9 y buen apoyo afectivo si es ≥ 9 .
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1=poco apoyo emocional, 2=buen apoyo emocional.

Estrés postraumático

- Definición conceptual: enfermedad mental crónica que generalmente se desarrolla después de estar expuesto a un trauma severo, está relacionado con recuerdos intrusivos, sueños angustiantes, estados de ánimo negativos, entre otros.
- Definición operacional: se obtendrá a partir de la escala de Trauma de Davidson, la cual está constituida por 17 ítems, en la que el sujeto debe puntuar dos aspectos de cada ítem: la frecuencia de presentación y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos (de 0, nunca o gravedad nula, a 4, a diario o gravedad extrema).
- Clasificación según naturaleza: cualitativa.
- Clasificación según escala de medición: nominal, dicotómica.
- Indicador: 1= Sí, 2= No.

3. Plan general de trabajo para la realización del proyecto

- 1) Elaboración del protocolo, presentación y aceptación por parte del comité tutorial de la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.
- 2) Presentación del protocolo y solicitud de permiso para la realización de este en el Hospital de Infectología del CMN La Raza, presentándose con el Director, y posteriormente con el Coordinador de Investigación y Educación en salud.
- 3) Evaluación por parte del Comité Local de Investigación del Hospital General del CMN La Raza, autorización y asignación de folio por parte de la Coordinación de Investigación en Salud.
- 4) Se brindó una explicación detallada al personal de su participación en el estudio.
- 5) En caso de aceptar participar en el estudio, el investigador asociado proporcionó a los sujetos el formato de consentimiento informado para su firma, con su correspondiente explicación. Asimismo, se entregó infografía con información correspondiente a depresión y ansiedad.
- 6) Una vez recabados los consentimientos informados debidamente firmados, se procedió a la aplicación del instrumento de medición, el cual fue contestado de manera auto aplicada.
- 7) En cuanto culminó la recepción de los cuestionarios se revisaron para descartar aquellos con datos faltantes. Los datos se codificaron y se introdujeron en la base de datos de Excel, posteriormente se ingresaron en el programa IBM SPSS Statistics 26 para su posterior análisis estadístico.
- 8) Se procedió a la difusión de resultados al personal.
- 9) Aquellos sujetos con presencia de síntomas sugestivos de depresión y/o ansiedad fueron referenciados al servicio de SPPSTIMSS para su valoración por psicología adscrita a ese servicio.

10) Se escribirán los resultados, y posteriormente se realizará la discusión crítica de los mismos con base en lo reportado en la bibliografía.

11) Los resultados serán presentados en el Hospital de Infectología del CMN La Raza y en la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica.

4. Instrumentos o encuestas para utilizar

A través de un formulario electrónico se aplicó el instrumento de recolección de datos, el cual fue contestado de manera personal por los participantes. Incluyó reactivos correspondientes a la ficha de identificación, características sociodemográficas, características laborales, entre otras.

En la medición de las variables dependientes se emplearon los siguientes instrumentos:

Para los síntomas de depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), el cual evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas. El BDI está conformado por 21 ítems tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta que van de cero (ausencia de síntomas depresivos) a tres (depresión severa). La versión 1993 del BDI se tradujo al español y se sometió a validación de 10 jueces expertos en depresión y psicometría. El análisis de consistencia interna arrojó un valor α de 0.87 (41).

En cuanto a los síntomas de ansiedad fueron evaluados a través de las escalas Hamilton y GAD-7. La Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) es un instrumento de 14 preguntas que evalúa la intensidad de la ansiedad, está conformada con valores que van de 0 a 4; la severidad de la ansiedad es interpretada con el resultado final de la suma de los reactivos. El análisis de consistencia interna arrojó un valor α de 0.86 (42). La escala GAD-7 por sus siglas en inglés "Generalized Anxiety Disorder 7-item scale", se emplea para medir la ansiedad generalizada en las 2 semanas previas; es una escala tipo Likert de 7 puntos con 4 opciones de respuesta: nunca, algunos días, la mitad de los días y casi todos los días. El análisis de consistencia interna arrojó un α de 0.86 (43).

En la medición de algunas otras variables se emplearon los siguientes instrumentos:

El estrés laboral se midió a través de la Escala de Estrés Percibido (PSS), la cual constituye un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes; consta de 14 ítems con formato de respuesta de 5 puntos, y es una escala que tiene una adecuada consistencia interna α de 0.83 (44).

La actividad física se evaluó a través del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) en su versión corta de 9 ítems, el cual proporciona información sobre el tiempo empleado al caminar, en actividades de intensidad moderada y vigorosa y en actividades sedentarias. Este cuestionario pregunta sobre los minutos de actividad física de intensidad moderada y vigorosa realizados durante los últimos siete días y acumulados en intervalos de al menos 10 minutos continuos. El IPAQ ha sido validado en adultos mexicanos ($r=0.55$, $p 0.01$) (45).

La calidad de sueño se midió a partir del test de calidad de sueño de Pittsburg (PSQI), que evalúa tanto aspectos cualitativos como cuantitativos de la calidad del sueño en el mes previo a la aplicación de este, consta de 19 interrogantes agrupadas en 10 preguntas. Las 19 interrogantes se combinan para formar 7 áreas con una puntuación correspondiente, cada una de las cuales muestra un rango comprendido entre 0-3 puntos. El test de Pittsburg tiene un coeficiente de confiabilidad satisfactorio α de 0.78 (46).

El apoyo social, emocional y afectivo se evaluaron a partir del instrumento validado MOS Cuestionario de Apoyo Social, es un cuestionario autoadministrado que permite investigar el apoyo global y sus cuatro dimensiones: a) afectiva, b) de interacción social positiva, c) instrumental, y d) informativa. Está constituido por 20 ítems, con una consistencia interna medida α de 0.97 (47) para la puntuación total, permite conocer la red familiar y extrafamiliar.

El estrés postraumático se obtuvo a partir de la escala de Trauma de Davidson, la cual está constituida por 17 ítems, en la que el sujeto debe puntuar dos aspectos

de cada ítem: la frecuencia de presentación y la gravedad utilizando una escala Likert de 5 puntos. Posee una consistencia interna general α de 0.99 (48).

5. Análisis estadístico

Análisis univariado

- Variables cualitativas: las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, número de hijos, número de personas con las que vive), laborales (ocupación, antigüedad laboral mayor o igual a 10 años, tipo de contrato, turno laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, tiempo en llegar al trabajo, carga laboral percibida, estrés percibido, otro trabajo), estilo de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, horas de sueño, calidad percibida del sueño, actividad física), clínicas (antecedente de enfermedades, antecedente de depresión, antecedente de ansiedad, antecedente familiar de depresión, antecedente familiar de ansiedad, percepción del estado de salud), COVID-19 (antecedente de COVID-19, familiares con antecedente de COVID-19, familiares fallecidos por COVID-19, conocidos con antecedente de COVID-19, conocidos fallecidos por COVID-19), y apoyo (apoyo social, apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo) fueron reportadas como frecuencias simples y porcentajes. (objetivo específico 2).
- Variables cuantitativas: edad en años, antigüedad laboral en años, y horas de trabajo semanal fueron reportadas como mediana y percentil 25 y 75, como medida de tendencia central y dispersión, respectivamente; dado que su distribución evaluada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov fue no normal. (objetivo específico 2).
- Se estimó la prevalencia con intervalo de confianza al 95% de la presencia de síntomas de depresión y ansiedad (objetivo específico 1).

Análisis bivariado

- Variables cualitativas: Para estimar la diferencia entre las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, número de hijos, número de personas con las que vive), laborales (ocupación, antigüedad laboral mayor o igual a 10 años, tipo de contrato, turno laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, tiempo en llegar al trabajo, carga laboral percibida, estrés percibido, otro trabajo), estilo de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, horas de sueño, calidad percibida del sueño, actividad física), clínicas (antecedente de enfermedades, antecedente de depresión, antecedente de ansiedad, antecedente familiar de depresión, antecedente familiar de ansiedad, percepción del estado de salud), COVID-19 (antecedente de COVID-19, familiares con antecedente de COVID-19, familiares fallecidos por COVID-19, conocidos con antecedente de COVID-19, conocidos fallecidos por COVID-19), y apoyo (apoyo social, apoyo emocional, ayuda material, relaciones sociales de ocio y distracción, apoyo afectivo) respecto a las categorías de síntomas de depresión y ansiedad se utilizó la prueba de V de Kramer o Tau-c de Kendall. (objetivo específico 3).
- Variables cuantitativas: Para estimar la diferencia entre las variables edad en años, antigüedad laboral en años, y horas de trabajo semanal respecto a las categorías de síntomas de depresión y ansiedad se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis dada la distribución no normal que presentaron dichas variables. (objetivo específico 3).
- Medida de efecto: Para estimar la asociación de las variables ocupación, antigüedad laboral, horas de trabajo semanal, turnos extras, carga laboral percibida, estrés percibido, otro trabajo, con la presencia de sintomatología de depresión o ansiedad se utilizaron Razones de Momios de Prevalencia (RMP) con Intervalos de Confianza al 95% (IC95%), con prueba de Chi cuadrada de Pearson o Prueba exacta de Fisher como estimador del valor de p. (objetivo específico 4 y 5).

Análisis multivariado

- RMP ajustados (RMPa) con IC95% ajustado por variables con significancia estadística en el análisis bivariado y que cuenten con plausibilidad biológica (modelo 1: edad y sexo, modelo 2: edad, sexo, antecedente personal y familiar de depresión y/o ansiedad). (objetivo específico 6 y 7).

10. Aspectos éticos

El presente proyecto estuvo de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la 64a Asamblea General de la Asociación Médica Mundial del año 2013 y códigos y normas Internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”, capítulo I, artículo 16 durante este estudio se protegió la privacidad del individuo sujeto a investigación, identificándose solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17, fracción II, se consideró esta investigación como de “riesgo mínimo”, debido a que los datos de interés se obtuvieron por medio de un cuestionario y existió la probabilidad de afectar a los sujetos de estudio de manera psicológica al momento de la entrevista.

El estudio se sometió a evaluación por el comité de Investigación de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital General “Gaudencio González Garza” Centro Médico Nacional La Raza, y se apegó a las recomendaciones de la Coordinación Local de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se brindó una explicación detallada al personal de su participación en el estudio, y en caso de aceptar participar, se le proporcionó un formato de consentimiento informado para su firma, con su respectiva explicación.

En todo momento se preservó la confidencialidad de la información de los participantes, dicha información se conservó en registro aparte por el investigador principal bajo archivo cifrado, de igual forma al difundir los resultados de ninguna manera se expondrá información con datos sensibles.

En cuanto a los posibles beneficios, los casos en los que fue detectada una persona con sintomatología sugestiva de depresión y/o ansiedad, fue notificada y se solicitó su consentimiento para dar a conocer dicha información al personal encargado para darle seguimiento por psicología del servicio de SPPSTIMSS. No

existieron inconvenientes para los participantes. Asimismo, se realizó la difusión de información sobre síntomas de depresión y/o ansiedad, dirigida al personal de salud sin dichos síntomas, con objeto de promover el autorreconocimiento de los síntomas y, por ende, su detección oportuna.

En cuanto al balance riesgo-beneficio se consideró favorable, puesto que fue un estudio sin riesgo para los participantes, y sirvió para identificar a aquellos a los cuales se les pudo brindar atención especializada.

11. Recursos humanos, físicos y financieros:

Para la realización de este estudio se necesitaron los siguientes recursos humanos:

- Investigador principal: Dra. María del Carmen Silva Escamilla. Médico Epidemiólogo.
- Investigador asociado y asesor metodológico: Dra. Blanca Sandra Ruiz Betancourt. Médico Epidemiólogo.
- Investigador asociado: Dr. César Cruz Uscanga. Residente de 3er año de Epidemiología, el cual se encargó de aplicar el instrumento de recolección de datos, almacenamiento, análisis e interpretación de estos.

Para la realización de este estudio se necesitaron los siguientes recursos físicos:

- Formato de consentimiento informado.
- Instrumento de recolección de datos.
- Infografía.
- Sistemas informáticos de captura y análisis de datos: (Excel, SPSS).
- Impresora.
- Computadora.

Cualquier recurso financiero que fue necesitado para la realización de este estudio fue cubierto en su totalidad por los investigadores.

12. Resultados

De 745 personas que conforman la plantilla laboral del Hospital COVID-19 de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” del CMN La Raza, se eliminaron a 68 trabajadores, los cuales se encontraban en domicilio por acuerdo de contingencia COVID-19, y a 25 por no haber estado presente por lo menos en alguna de las oleadas críticas de la pandemia. Por lo cual, quedó un total de 652 trabajadores de la salud elegibles para este estudio, de los cuales se entrevistaron a 466 que cumplían con los criterios de inclusión. De estos, se eliminaron 53 cuestionarios, ya que contenían datos faltantes relacionados con los síntomas de depresión y ansiedad o aspectos laborales. Quedando una muestra total de 413 trabajadores para el análisis de los resultados. El resto de los trabajadores, correspondientes a 186, no se entrevistaron porque finalizó el tiempo destinado para tal efecto. (Figura 1).

Prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad

La tabla 1 muestra la prevalencia global y estratificada de síntomas de depresión y ansiedad. En cuanto a los síntomas de depresión, la prevalencia global fue del 35.3% (IC95% 30.6-39.9), mientras que para ansiedad fue de 62.7% (IC95% 58.0-67.3). Cuando se realizó un análisis estratificado por grupos de edad, se observó que la prevalencia más alta para sintomatología de depresión se encontró en el grupo de 40 a 49 años con una prevalencia de 41.2% (IC95% 36.4-45.9), seguida de 37.2% (IC95% 32.5-41.8) en el grupo de 20 a 29 años. Mientras que para los síntomas de ansiedad la prevalencia más alta se encontró en el grupo mayor o igual a 60 años con una prevalencia de 66.6% (IC95% 62.0-71.1), seguida de 66.0% (IC95% 61.4-70.5) en el grupo de 30 a 39 años. Para el cálculo de la prevalencia de síntomas por ocupación, se encontró que la prevalencia más alta de síntomas fue en la categoría de enfermería con 40.5% (IC95% 35.7-45.2) para depresión y 67.6% (63.0-72.1) para ansiedad, mientras que en el personal médico se presentó una prevalencia de síntomas de 32.2% (IC95% 27.6-36.7) y 61.2% (IC95% 56.5-65.8), respectivamente.

Características sociodemográficas

Respecto a la muestra total, la mediana de edad fue de 39 (percentil 25/75 [32/46]) años; la mayor proporción de trabajadores correspondían al sexo femenino con 60.8% (n=251); estado civil soltero(a) con 35.4% (n=146); escolaridad licenciatura con 35.6% (n=147) y nivel socioeconómico C+ con 31.2% (n=129); el 33.7% refirió no contar con hijos y el 32.9% vivir con cuatro o más personas. Para la descripción de las características de acuerdo con la presencia o ausencia de síntomas, la mediana de edad para trabajadores con y sin síntomas de depresión fue de 39 (percentil 25/75 [32/45]) años y 39 (percentil 25/75 [32/48]) años, respectivamente. En el grupo con síntomas de depresión, la mayoría de los trabajadores fueron del sexo femenino con 69.9% (n=102); estado civil soltero(a) con 38.4% (n=56); escolaridad licenciatura y carrera técnica, ambas con 35.6% (n=52) y nivel socioeconómico C+ con 30.1% (n=44); el 32.2% refirió no contar con hijos y el 30.8% vivir con cuatro o más personas. Mientras para aquellos sin síntomas de depresión sexo femenino con 55.8% (n=149); estado civil soltero(a) con 33.7% (n=90); escolaridad licenciatura con 35.6% (n=95) y nivel socioeconómico C+ con 31.8% (n=85); el 34.5% refirió no contar con hijos y el 34.1% vivir con cuatro o más personas. En cuanto a la presencia o ausencia de síntomas de ansiedad la mediana de edad fue de 39 (percentil 25/75 [33/46]) años y 40 (percentil 25/75 [32/49]) años, respectivamente. En el grupo con síntomas de ansiedad, la mayoría de los trabajadores fueron del sexo femenino con 64.9% (n=168); estado civil casado(a) con 34.0 % (n=88); escolaridad licenciatura con 37.1% (n=96) y nivel socioeconómico C+ con 32.0% (n=83); el 30.9% refirió no contar con hijos y el 30.1% vivir con cuatro o más personas. Mientras para aquellos sin síntomas de depresión sexo femenino con 53.9% (n=83); estado civil soltero(a) con 38.3% (n=59); escolaridad licenciatura con 33.1% (51) y nivel socioeconómico C+ con 29.9% (n=46); el 38.3% refirió no contar con hijos y el 37.7% vivir con cuatro o más personas. (Tabla 1.1)

Características laborales

La mayor proporción de trabajadores correspondieron a la categoría de enfermería con el 41.2% (n=170), tanto en la muestra total, como en los grupos de acuerdo con la presencia o ausencia de síntomas de depresión y ansiedad. En cuanto a la antigüedad laboral, la muestra total presentó una mediana de 3 (percentil 25/75 [1/9]) años, se observó una mediana mayor en los grupos con presencia de síntomas de depresión y ansiedad de 4 (percentil 25/75 [1/9]) años en ambos grupos, en comparación con aquellos sin presencia de síntomas con mediana de 3 (percentil 25/75 [1/10]) años y 3 (percentil 25/75 [1/9]) años, respectivamente. Solo el 23.5% (n=97) de la muestra total refirió tener una antigüedad laboral mayor o igual a 10 años, 19.2% (n=28) en aquellos trabajadores con síntomas de depresión y 22.8% (n=59) con presencia de síntomas de ansiedad. El tipo de contrato más frecuente en la muestra total fue de base con el 66.1% (n=273), mientras que el turno laboral con mayor predominio fue el matutino con el 52.1% (n=215). Para las horas de trabajo semanal durante la pandemia, la muestra total presentó una mediana de 40 (percentil 25/75 [36/48]) años, se observó una mediana igual en los grupos con presencia y ausencia de síntomas de depresión y ansiedad. El 30.5% (n=126) de la muestra total refirió haber trabajado más de 40 horas a semana, 32.9% (n=48) en aquellos trabajadores con síntomas de depresión y 33.6% (n=87) con presencia de síntomas de ansiedad. El 31.7% (n=131) del total de los trabajadores refirieron haber realizado turnos extras, de los cuales 36.3% (n=53) presentaron síntomas de depresión y 36.7% (n=95) de ansiedad, en comparación con 29.2% (n=78) y 23.4% (n=36) que no presentaron síntomas de depresión ni ansiedad, respectivamente. La mayor proporción de la muestra (37.3%) refirió un tiempo de 30 a 59 minutos en llegar al trabajo, seguido de una a dos horas (31.2%). En cuanto a la carga laboral percibida durante la pandemia, el 69.2% (n=286) de la muestra total percibió una carga laboral severa, dicha percepción se mantuvo en aquellos trabajadores con síntomas de depresión y ansiedad, con 76.7% (n=112) y 74.5% (n=193), respectivamente; así como en aquellos sin presencia de dichos síntomas con 65.2% (n=174) y 60.4% (n=93). Para el estrés percibido, 61.0% (n=252) de los trabajadores refirieron de vez en

cuando sentirse estresados, de estos, 43.2% tuvieron presencia de síntomas de depresión y 60.2% síntomas de ansiedad. Solo el 21.1% (n=87) de la muestra total dijo contar con otro trabajo, con presencia de síntomas de depresión y ansiedad solamente en el 17.8% (n=26) y 21.2% (n=55) de ellos. (Tabla 1.2)

Características del estilo de vida

En cuanto al consumo de tabaco durante la pandemia, el 75.3% (n=311) manifestó no consumir tabaco, dicho patrón se mantuvo incluso en aquellos grupos con presencia de síntomas de depresión con 74.7% (n=109) y de ansiedad con 71.8% (n=186). Un comportamiento similar estuvo presente al interrogar el consumo de alcohol, ya que el 47.9% (n=198) refirió no consumir alcohol, mientras que el 21.3% (n=88) consumió con la misma frecuencia; para el grupo con presencia de síntomas de depresión, el 24.0% (n=35) refirió haber aumentado su consumo, mientras que, para aquellos con síntomas de ansiedad, solo el 17.4% (n=45) lo hizo. En relación con la calidad percibida del sueño, para el grupo con presencia de síntomas de depresión, el 82.2% (n=120) manifestó tener una mala calidad, mientras que aquellos en el grupo sin presencia de síntomas, una mala calidad solo fue referida en un 31.5% (n=84) de los trabajadores; en relación con la presencia de síntomas de ansiedad, 68.0% (n=176) refirió una mala calidad percibida del sueño, en comparación con 18.2% (n=28) perteneciente al grupo sin síntomas. Del total de la muestra, 33.2% (n=137) reportó dormir de 5 a 6 horas por las noches, para los grupos con presencia de síntomas de depresión y ansiedad, la mayor proporción refirió dormir menos de cinco horas, con el 44.5% (n=65) y 36.3% (n=94), respectivamente. Respecto a la actividad física, solo el 16.0% (n=66) de la muestra total refirió realizar actividad física alta, de los cuales, 17.1% (n=25) presentaron síntomas de depresión y 15.1% (n=39) de ansiedad. (Tabla 1.3)

Características clínicas

La tabla 1.4 muestra las características clínicas de los trabajadores de la salud,

33.7% (n=139) de la muestra total mencionó tener el antecedente de alguna enfermedad, en los grupos con presencia de síntomas de depresión y ansiedad, el antecedente de enfermedades fue de 45.2% (n=66) y 40.5% (n=105), en comparación con aquellos grupos sin presencia de síntomas donde dicho antecedente que fue de 27.3% (n=73) y 22.1% (n=34), respectivamente. De los trabajadores con presencia de síntomas de depresión, el 24.7% (n=36) refirieron contar con el antecedente personal de dicha patología y 31.5% (n=46) con al antecedente familiar, en comparación con el grupo sin síntomas donde dichos antecedentes estuvieron presentes en el 11.6% (n=31) y el 19.5% (n=52) de los trabajadores. Al realizar estas descripciones en los grupos con presencia y ausencia de síntomas de ansiedad, el 22.4% (n=58) de los participantes refirieron el antecedente personal de ansiedad y el 17.4% (n=45) el antecedente familiar en el primer grupo y 4.5% (n=7) y 11.7% (n=18) en el segundo. En cuanto a la percepción del estado de salud de la muestra total, el 59.1% refirieron una percepción buena, el 35.6% una percepción regular y el 5.3% una percepción mala de su estado de salud; en aquellos trabajadores con presencia de síntomas de depresión, la mayor proporción manifestó una percepción regular de su estado de salud con el 56.8% (n=83), dicha percepción fue similar en el grupo con síntomas de ansiedad con el 47.9% (n=124).

COVID-19

El antecedente de COVID-19 estuvo presente en el 43.1% (n=178) de los trabajadores entrevistados, 65.4% (n=270) refirieron tener familiares con antecedente de COVID-19, y 22.5% (n=93) familiares fallecidos por esta causa. Mientras que, 95.9% (n=396) refirieron tener conocidos con antecedente de COVID-19, y 85.2%% (n=352) conocidos fallecidos por esta causa. (Tabla 1.5)

Características del apoyo y relaciones sociales

En cuanto a las redes de apoyo, el 46.6% (n=68) del grupo de trabajadores con presencia de síntomas de depresión refirió contar con un mal apoyo social, 51.4%

(n=75) con mal apoyo emocional, y 32.9% (n=48) con mal apoyo afectivo; en comparación con el grupo sin presencia de síntomas cuyas proporciones oscilaron en casi la mitad, con valores de 21.3% (n=57), 26.2% (n=70), y 14.2% (n=38), respectivamente. Para aquellos con presencia de síntomas de ansiedad, el 38.6% (n=100) refirió contar con un mal apoyo social, 42.1% (n=109) con mal apoyo emocional, y 26.6% (n=69) con mal apoyo afectivo; comparando con aquellos trabajadores que no presentaron síntomas de ansiedad, las proporciones oscilaron de igual manera en casi la mitad, con valores de 16.2% (n=25), 23.4% (n=36), y 11.0% (n=17). Para la ayuda material, la mayor proporción del total de la muestra manifestó recibir mucha ayuda material y tener buenas relaciones de ocio y distracción. (Tabla 1.6)

Relación de las características del personal de salud de acuerdo con el grado de síntomas de depresión

Los grados de síntomas de depresión fueron: ausentes (n=267), leves (n=100), moderados (n=37), y graves (n=9). En cuanto a la edad, la mediana fue mayor en los grupos con síntomas de depresión ausentes y leves, con valores de 39 (percentil 25/75 [32/48]) y 39.5 (percentil 25/75 [32/45]) años, respectivamente, los grupos con síntomas de depresión moderados y graves presentaron medianas similares con valores de 37 (percentil 25/75 [33.5/45.5]) y 37 (percentil 25/75 [32.5/43]) años, p entre grupos de 0.596. El sexo femenino predominó en todos los grupos, observándose 55.8% (n=149) en el grupo con ausencia de síntomas de depresión, 69.0% (n=69) en el de síntomas leves, 70.3% (n=26) en el de síntomas moderados, y 77.8% (n=7) en el de síntomas graves, p 0.044. Para el estado civil, la presencia de pareja predominó en los grupos con ausencia de síntomas y en aquellos con síntomas de depresión graves, con proporciones de 53.2% (n=142) y 55.6% (n=5), respectivamente; por otra parte, la ausencia de pareja predominó en aquellos con síntomas leves con 55.0% (n=55) y síntomas moderados con 51.4% (n=19), p entre grupos de 0.551. El nivel socioeconómico se estratificó en los niveles A/B, C y D, el nivel C predominó en todos los grupos con valores de 66.3% (n=177), 77.0% (n=77), 64.9% (n=24), y 55.6% (n=5), respectivamente, p 0.219.

Respecto a la ocupación, la categoría más frecuente en todos los grupos fue la de enfermería, con 37.8% (n=101) para el grupo con ausencia de síntomas, 50.0% (n=50) para síntomas leves, 43.2% (n=16) para síntomas moderados, y 33.3% (n=3) para síntomas graves, p 0.544. En cuanto a la antigüedad laboral, la mediana en años fue menor en el grupo con síntomas ausentes con un valor de 3 (percentil 25/75 [1/10]), los grupos con síntomas leves y moderados tuvieron medianas similares de 4 (percentil 25/75 [1/9]) años, mientras que la mediana en el grupo de síntomas graves fue del doble, en comparación con el grupo de ausencia de síntomas, con un valor de 6 (percentil 25/75 [2.5/8]) años, p entre grupos de 0.917. La mayor proporción entre los grupos refirió tener una antigüedad laboral menor a 10 años, p 0.227. Para las horas de trabajo semanal durante la pandemia, la mediana en horas fue similar en todos los grupos, con valores de 40 (percentil 25/75 [36/48]), 40 (percentil 25/75 [36/47.7]), 40 (percentil 25/75 [36/50]), y 40 (percentil 25/75 [36/48]), respectivamente, p entre grupos de 0.086. La mayor proporción entre los grupos refirió haber trabajado 40 horas o menos a la semana, p 0.752. El 68.3% (n=282) de la muestra total refirió no realizar turnos extras, en comparación con el 29.2% (n=78), 35.0% (n=35), 40.5% (n=15), y 33.3% (n=3) en los diversos grupos que refirieron sí haber realizado turnos extras, p 0.456. Para la carga laboral percibida durante la pandemia, del total de la muestra, 3.1% (n=13) percibió una carga laboral leve, 27.6% (n=114) una carga moderada, y 69.2% (n=286) una carga severa; al realizar la comparación entre grupos de acuerdo con el grado de síntomas de depresión, la carga laboral percibida severa predominó, con el 65.2% (n=174), 76.0% (n=76), 78.4% (n=29), y 77.8% (n=7), respectivamente, p 0.007. Para el estrés percibido, el 15.0% (n=62) refirió percibir estrés casi nunca o nunca, 61.0% (n=252) de vez en cuando, 23.0% (n=95) a menudo, y 1.0% (n=4) percibió estrés muy a menudo; el estrés percibido de vez en cuando predominó en el grupo con ausencia de síntomas de depresión y en aquellos con presencia de síntomas leves, con 70.8% (n=189) y 56.0% (n=56), respectivamente, mientras que en el grupo con síntomas moderados y graves predominó la percepción del estrés a menudo, con 81.1% (n=30) y 55.6% (n=5), p <0.001. Para la presencia de otro trabajo, el 77.2% (n=206) de los trabajadores con ausencia de síntomas de depresión refirió no contar con otro trabajo, mientras

para aquellos grupos con presencia de síntomas leves, moderados y graves las proporciones fueron 83.0% (n=83), 78.4% (n=29) y 88.9% (n=8), respectivamente, p 0.563. En relación con las horas de sueño referidas por los participantes, del total de la muestra, el 33.2% (n=137) refirió dormir de cinco a seis horas, al realizarse el análisis por grupos, en aquellos sin presencia de síntomas, el 33.3% (n=89) refirió dormir de cinco a seis horas, mientras que, en los grupos con presencia de síntomas, las mayores proporciones, correspondientes a 41.0% (n=41), 54.1% (n=20) y 44.4% (n=4) refirieron dormir menos de cinco horas, p <0.001. La calidad percibida del sueño fue referida como buena en el 68.5% (n=183) de los trabajadores correspondientes al grupo sin presencia de síntomas, en comparación con los grupos con presencia de síntomas donde la calidad percibida del sueño fue referida como mala en el 75.0% (n=75), 97.3% (n=36) y 100% (n=9) de los casos, p <0.001. La realización de actividad física fue reportada como baja en el 41.9% (n=112), 49.0% (n=49), 59.5% (n=22), y 66.7% (n=6) de los grupos, respectivamente, p 0.114. En referencia al antecedente de enfermedades, el 72.7% (n=194) del grupo sin presencia de síntomas refirió no contar con alguna enfermedad, sin embargo, en los grupos con presencia de síntomas las proporciones fueron menores con 57.0% (n=57) y 51.4% (n=19) en aquellos con síntomas de depresión leves y moderados, por otro parte, en el grupo con presencia de síntomas graves la proporción de trabajadores que refirió el antecedente de enfermedades fue de 55.6% (n=5), p 0.002. El antecedente de depresión estuvo presente en el 11.6% (n=31) de los trabajadores con ausencia de síntomas, sin embargo, se vio incrementado en los grupos con presencia de síntomas, con proporciones de 17.0% (n=17), 40.5% (n=15), hasta llegar al 44.4% (n=4), p <0.001. Se observó un comportamiento similar al interrogar el antecedente familiar de depresión, las proporciones de trabajadores que refirieron el antecedente familiar de esta patología fueron 19.5% (n=52), 32.0% (n=32), 27.0% (n=10), y el 44.4% (n=4), en cada grupo respectivamente, p 0.032. Para la presencia de familiares fallecidos por COVID-19, el 77.5% (n=320) de la muestra total, negó la presencia de esta característica, en el análisis por grupos, las proporciones fueron similares, con el 79.4% (n=212) para aquellos sin presencia de síntomas, 73.0% (n=73) en el grupo de síntomas leves, 75.7% (n=28) con

síntomas moderados y 77.8% (n=7) con síntomas graves, p 0.618. Por último, referente a la presencia de conocidos fallecidos por COVID-19, la mayor proporción de participantes en los grupos manifestó contar con alguno, con proporciones de 83.5% (n=223), 87.0% (n=87), 89.2% (n=33), y el 100% (n=9), respectivamente, p 0.409. (Tabla 2.1)

Relación de las características del personal de salud de acuerdo con el grado de síntomas de ansiedad

Los grados de síntomas de ansiedad fueron: ausentes (n=154), leves (n=147), moderados (n=77), y graves (n=35). En cuanto a la edad, la mediana fue mayor en el grupo con ausencia de síntomas de ansiedad, con un valor de 40 (percentil 25/75 [32/49]) años, mientras que, en los grupos con síntomas leves y moderados, las medianas fueron similares, con valores de 39 (percentil 25/75 [33/47]) y 39 (percentil 25/75 [32.5/45]) años, respectivamente, mientras que la mediana más baja se presentó en el grupo con síntomas graves, con un valor de 37 (percentil 25/75 [33/43]) años, p 0.521. El sexo femenino predominó en todos los grupos, observándose 53.9% (n=83) en el grupo con ausencia de síntomas, 59.9% (n=88) en el de síntomas leves, 70.1% (n=54) en el de síntomas moderados, y 74.3% (n=26) en el de síntomas graves, p 0.035. Referente al estado civil, la ausencia de pareja predominó en los grupos sin síntomas de ansiedad, síntomas leves, y síntomas graves, con proporciones de 50.6% (n=78), 52.4% (n=77), y 54.3% (n=19), respectivamente; por otro lado, la presencia de pareja predominó en el 62.3% (n=48) en aquellos con síntomas moderados, p 0.159. El nivel socioeconómico se estratificó en los niveles A/B, C y D, el nivel C predominó en todos los grupos con valores de 70.8% (n=109), 64.6% (n=95), 74.0% (n=57), y 62.9% (n=22), respectivamente, p 0.420. En cuanto a la ocupación, la categoría más frecuente que se presentó en todos los grupos fue la de enfermería, con 35.7% (n=55) para el grupo con ausencia de síntomas, 44.2% (n=65) para síntomas leves, 48.1% (n=37) para síntomas moderados, y 37.1% (n=13) para síntomas graves, p 0.662. Referente a la antigüedad laboral, la mediana en años fue menor en los grupos sin presencia de síntomas y aquellos con síntomas

moderados, con valores de 3 (percentil 25/75 [1/9.2]) y 3 (percentil 25/75 [1/9]) años, respecto a los grupos con síntomas leves y graves, cuyas medianas fueron de 4 (percentil 25/75 [1/10]) y 4 (percentil 25/75 [2/9]) años, p entre grupos de 0.560. Una antigüedad laboral mayor o igual a 10 años, fue referida solamente en cada grupo con proporciones de 24.7% ($n=38$), 25.2% ($n=37$), 20.8% ($n=16$), y 17.1% ($n=6$), respectivamente, p 0.694. En cuanto a las horas de trabajo semanal durante la pandemia, la mediana en horas fue similar en todos los grupos, con valores de 40 (percentil 25/75 [36/42.7]), 40 (percentil 25/75 [36/50]), 40 (percentil 25/75 [36/48]), y 40 (percentil 25/75 [36/45]) horas, respectivamente, p 0.262. Trabajar más de 40 horas a la semana fue referido solamente en el 25.3% ($n=39$), 36.1% ($n=53$), 31.2% ($n=24$), y 28.6% ($n=10$) de los trabajadores en cada grupo, respectivamente, p 0.244. En cuanto a la realización de turnos extras, el 68.3% ($n=282$) de la muestra total refirió no haber realizado turnos extras, mientras que el 23.4% ($n=36$) del grupo con ausencia de síntomas, 36.7% ($n=54$) con síntomas leves, 37.7% ($n=29$) con síntomas moderados, y 34.3% ($n=12$) con síntomas graves, refirieron sí haber realizado turnos extras, p 0.046. En referencia a la carga laboral percibida durante la pandemia, el 3.1% ($n=13$) percibió una carga laboral leve, 27.6% ($n=114$) una carga moderada, y 69.2% ($n=286$) una carga severa del total de la muestra, la carga laboral percibida severa predominó, con el 60.4% ($n=93$) en el grupo sin síntomas, 70.1% ($n=103$) en el de síntomas leves, 79.2% ($n=61$) en el de síntomas moderados, y 82.9% ($n=29$) en el de graves, p <0.001 . El estrés percibido de vez en cuando predominó en el grupo con ausencia de síntomas de ansiedad y en aquellos con presencia de síntomas leves, con 62.3% ($n=96$) y 78.9% ($n=116$), respectivamente, mientras que en el grupo con síntomas moderados y graves predominó la percepción del estrés a menudo, con 57.1% ($n=44$) y 65.7% ($n=23$), p <0.001 . En relación con la presencia de otro trabajo, el 20.8% ($n=32$) de los trabajadores con ausencia de síntomas, el 19.7% ($n=29$) con síntomas leves, el 26.0% ($n=20$) con síntomas moderados, y el 17.1% ($n=6$) con síntomas graves de ansiedad, refirieron contar con otro trabajo, p 0.658. Para las horas de sueño referidas por los participantes, del total de la muestra, el 33.2% ($n=137$) refirió dormir de cinco a seis horas, seguida del 28.3% ($n=117$) que refirió dormir menos de cinco horas, la mayor proporción de trabajadores en los

grupos con ausencia de síntomas, síntomas leves y síntomas moderados refirieron dormir de cinco a seis horas, con proporciones de 29.2% (n=45), 34.0% (n=50), y 39.0% (n=39), respectivamente, mientras que en el grupo con síntomas graves, el 54.3% (n=19) manifestó dormir menos de cinco horas, $p < 0.001$. La calidad percibida del sueño fue referida como buena en el 81.8% (n=126) de los trabajadores correspondientes al grupo sin presencia de síntomas, en comparación con los grupos con presencia de síntomas, donde la calidad percibida del sueño fue referida como mala en el 51.7% (n=76), 85.7% (n=66) y 97.1% (n=34) de los casos, $p < 0.001$. La realización de actividad física fue reportada como baja en el 42.9% (n=66), 44.9% (n=66), 49.4% (n=38), y 54.3% (n=19) de los grupos, respectivamente, $p = 0.248$. Para el antecedente de enfermedades, el 77.9% (n=120) de los trabajadores en el grupo sin presencia de síntomas refirieron no contar con alguna enfermedad, sin embargo, en los grupos con presencia de síntomas leves y moderados, las proporciones fueron menores con 66.0% (n=97) y 53.2% (n=41), respectivamente, mientras que, en el grupo con síntomas graves, la proporción de trabajadores que refirió el antecedente de enfermedades fue de 54.3% (n=19), $p < 0.001$. El antecedente de ansiedad estuvo presente en el 4.5% (n=7) de los trabajadores con ausencia de síntomas, sin embargo, dicho antecedente se vio incrementado en los grupos con presencia de síntomas, con proporciones de 17.0% (n=25), 24.7% (n=19), hasta llegar al 40.0% (n=14), $p < 0.001$. El antecedente familiar de ansiedad estuvo presente en el 11.7% (n=18) del grupo con ausencia de síntomas, en el 15.0% (n=22) del grupo con síntomas leves, 22.1% (n=17) con síntomas moderados, y 17.1% (n=6) en el grupo con presencia de síntomas graves de ansiedad, $p = 0.222$. La presencia de familiares fallecidos por COVID-19 estuvo presente en el 22.5% (n=93) de la muestra total, presentando valores similares en el análisis por grupos, con 18.2% (n=28), 25.2% (n=37), 24.7% (n=19), y 25.7% (n=9), respectivamente, $p = 0.447$. Respecto a la presencia de conocidos fallecidos por COVID-19, la mayor proporción de participantes manifestó contar con alguno, 79.2% (n=122) en el grupo con ausencia de síntomas de ansiedad, 90.5% (n=133) en aquellos con presencia de síntomas leves, 87.0% (n=67) en los de síntomas moderados, y 85.7% (n=30) en el grupo con síntomas graves de ansiedad, $p = 0.050$. (Tabla 2.2)

Asociación de las características sociodemográficas con la presencia de síntomas de depresión

En cuanto a la edad, se realizó una categorización por décadas, tomando como referencia el grupo de edad de 20 a 29 años, se obtuvieron las siguientes RMP; para el grupo de 30 a 39 años se obtuvo una RMP de 0.96 con un IC95% de 0.52 a 1.80; de 40 a 49 años una RMP de 1.17 con un IC95% de 0.62 a 2.21; de 50 a 59 años una RMP de 0.41 con un IC95% de 0.18 a 0.93; y para el grupo mayor a 60 años una RMP de 0.33 con un IC95% de 0.03 a 3.06, p 0.047. En relación con el género, tomando como referencia al masculino, el femenino obtuvo una RMP de 1.83 con un IC95% de 1.19 a 2.81, p 0.005. Respecto al estado civil, tomando como referencia la presencia de pareja, el no contar con una pareja obtuvo una RMP de 1.30 con un IC95% de 0.87 a 1.95, p 0.199. Por último, en relación con el nivel socioeconómico, tomando como referencia al nivel A/B, se obtuvieron las siguientes RMP; el nivel C obtuvo una RMP de 1.54 con un IC95% de 0.93 a 2.53; y el nivel D una RMP de 1.71 con un IC95% de 0.73 a 4.01, p 0.203 y p de tendencia de 0.093. (Tabla 3.1)

Asociación de las características laborales con la presencia de síntomas de depresión

Respecto a la ocupación, tomando como referencia a otras categorías (administrativo, asistente médico / trabajo social, auxiliar administrativo, nutrición y manejo de alimentos, servicios de apoyo clínico y diagnóstico, y servicios básicos), se obtuvieron las siguientes RMP; la categoría de enfermería obtuvo una RMP de 1.48 con un IC95% de 0.95 a 2.30, mientras que la categoría de médico (a) una RMP de 1.03 con un IC95% de 0.55 a 1.92, p 0.176. Para una antigüedad laboral mayor a 10 años, se obtuvo una RMP de 0.68 con un IC95% de 0.41 a 1.11, p 0.127. El trabajar más de 40 horas a la semana, obtuvo una RMP de 1.18 con un IC95% de 0.76 a 1.83, p 0.440. El realizar turnos extras, obtuvo una RMP de 1.38 con un IC95% de 0.90 a 2.11, p 0.139. En cuanto a la carga laboral percibida

durante la pandemia, tomando como referencia la carga laboral leve, se obtuvieron las siguientes RMP; para el grupo con carga laboral moderada se obtuvo una RMP de 4.88 con un IC95% de 0.61 a 39.12 y para el grupo con carga laboral severa una RMP de 7.72 con un IC95% de 0.99 a 60.22, p 0.017 y p de tendencia de 0.005. Para la percepción de estrés se obtuvo una RMP de 42.93 con un IC95% de 5.88 a 313.27, p <0.001. Contar con otro trabajo obtuvo una RMP de 0.73 con un IC95% de 0.43 a 1.22, p 0.230. (Tabla 3.1)

Asociación de las características del estilo de vida y de apoyo con la presencia de síntomas de depresión

En relación con el número de horas de sueño, tomando como referencia el dormir más de siete horas, se obtuvieron las siguientes RMP; dormir más de seis a siete horas obtuvo una RMP de 1.09 con un IC95% de 0.50 a 2.36; dormir de cinco a seis horas obtuvo una RMP de 2.15 con un IC95% de 1.12 a 4.13; y dormir menos de cinco horas obtuvo una RMP de 5.00 con un IC95% de 2.58 a 9.65, p <0.001 y p de tendencia <0.001. Respecto a la calidad percibida del sueño, tomando como referencia la buena calidad, una mala calidad percibida del sueño obtuvo una RMP de 10.05 con un IC95% de 6.12 a 16.51, p <0.001. Para la actividad física realizada, tomando como referencia la actividad alta, la actividad moderada obtuvo una RMP de 0.63 con un IC95% de 0.34 a 1.16, en comparación con la actividad baja donde se obtuvo una RMP de 1.12 con un IC95% de 0.63 a 2.00, p 0.039. Para el antecedente de enfermedades se obtuvo una RMP de 2.19 con un IC95% de 1.43 a 3.34, p <0.001. El antecedente de depresión obtuvo una RMP de 2.49 con un IC95% de 1.46 a 4.23, p 0.001; mientras que el antecedente familiar de depresión obtuvo una RMP de 1.90 con un IC95% de 1.19 a 3.01, p 0.006. La presencia de familiares fallecidos por COVID-19 obtuvo una RMP de 1.35 con un IC95% de 0.84 a 2.17, p 0.207; en comparación con la presencia de conocidos fallecidos por esta misma causa, que obtuvo una RMP de 1.49 con un IC95% de 0.82 a 2.72, p 0.186. (Tabla 3.1)

Asociación de las características sociodemográficas con la presencia de síntomas de ansiedad

En cuanto a la edad, se realizó una categorización por décadas, tomando como referencia el grupo de edad de 20 a 29 años, se obtuvieron las siguientes RMP; para el grupo de 30 a 39 años se obtuvo una RMP de 1.15 con un IC95% de 0.61 a 2.15; de 40 a 49 años una RMP de 1.09 con un IC95% de 0.58 a 2.07; de 50 a 59 años una RMP de 0.57 con un IC95% de 0.27 a 1.19; y para el grupo mayor a 60 años una RMP de 1.18 con un IC95% de 0.20 a 7.03, p 0.215. En relación con el género, tomando como referencia al masculino, el género femenino obtuvo una RMP de 1.57 con un IC95% de 1.05 a 2.37, p 0.027. Respecto al estado civil, tomando como referencia la ausencia de pareja, el contar con una pareja obtuvo una RMP de 1.10 con un IC95% de 0.73 a 1.63, p 0.639. Por último, en relación con el nivel socioeconómico, tomando como referencia al nivel A/B, se obtuvieron las siguientes RMP; el nivel C obtuvo una RMP de 0.97 con un IC95% de 0.61 a 1.56; y el nivel D una RMP de 2.01 con un IC95% de 0.78 a 5.14, p 0.260 y p de tendencia 0.352. (Tabla 3.2)

Asociación de las características laborales con la presencia de síntomas de ansiedad

Respecto a la ocupación, tomando como referencia a otras categorías (administrativo, asistente médico / trabajo social, auxiliar administrativo, nutrición y manejo de alimentos, servicios de apoyo clínico y diagnóstico, y servicios básicos), se obtuvieron las siguientes RMP; la categoría de enfermería obtuvo una RMP de 1.47 con un IC95% de 0.95 a 2.28, mientras que la categoría de médico (a) una RMP de 1.12 con un IC95% de 0.62 a 2.02, p 0.207. Para una antigüedad laboral mayor a 10 años, se obtuvo una RMP de 0.90 con un IC95% de 0.56 a 1.43, p 0.660. El trabajar más de 40 horas a la semana, obtuvo una RMP de 1.49 con un IC95% de 0.95 a 2.32, p 0.078. El realizar turnos extras, obtuvo una RMP de 1.89 con un IC95% de 1.20 a 2.97, p 0.005. En cuanto a la carga laboral percibida durante la pandemia, tomando como referencia la carga laboral leve, se obtuvieron

las siguientes RMP; para el grupo con carga laboral moderada se obtuvo una RMP de 4.12 con un IC95% de 1.07 a 15.75 y para el grupo con carga laboral severa una RMP de 6.92 con un IC95% de 1.85 a 25.73, $p < 0.001$ y p de tendencia < 0.001 . Para la percepción de estrés se obtuvo una RMP de 29.85 con un IC95% de 11.61 a 76.69, $p < 0.001$. Contar con otro trabajo obtuvo una RMP de 1.03 con un IC95% de 0.62 a 1.67, p 0.912. (Tabla 3.2)

Asociación de las características del estilo de vida y de apoyo con la presencia de síntomas de ansiedad

En relación con el número de horas de sueño, tomando como referencia el dormir más de siete horas, se obtuvieron las siguientes RMP; dormir más de seis a siete horas obtuvo una RMP de 0.87 con un IC95% de 0.47 a 1.64; dormir de cinco a seis horas obtuvo una RMP de 2.25 con un IC95% de 1.28 a 3.97; y dormir menos de cinco horas obtuvo una RMP de 4.51 con un IC95% de 2.39 a 8.50, $p < 0.001$ y p de tendencia < 0.001 . Respecto a la calidad percibida del sueño, tomando como referencia la buena calidad, una mala calidad percibida del sueño obtuvo una RMP de 9.54 con un IC95% de 5.87 a 15.50, $p < 0.001$. Para la actividad física realizada, tomando como referencia la actividad alta, la actividad moderada obtuvo una RMP de 1.10 con un IC95% de 0.61 a 1.97, en comparación con la actividad baja donde se obtuvo una RMP de 1.29 con un IC95% de 0.72 a 2.29, p 0.625. Para el antecedente de enfermedades se obtuvo una RMP de 2.40 con un IC95% de 1.52 a 3.79, $p < 0.001$. El antecedente de ansiedad obtuvo una RMP de 6.05 con un IC95% de 2.68 a 13.65, $p < 0.001$; mientras que el antecedente familiar de ansiedad obtuvo una RMP de 1.58 con un IC95% de 0.88 a 2.85, p 0.120. La presencia de familiares fallecidos por COVID-19 obtuvo una RMP de 1.50 con un IC95% de 0.91 a 2.47, p 0.104; en comparación con la presencia de conocidos fallecidos por esta misma causa, que obtuvo una RMP de 2.08 con un IC95% de 1.20 a 3.59, p 0.008. (Tabla 3.2)

Análisis estratificado por género de las características laborales con la presencia de síntomas de depresión

Respecto a la ocupación, para el género masculino, la categoría de enfermería obtuvo una RMP de 1.73 con un IC95% de 0.75 a 3.97, p 0.193 y la categoría de médico(a) una RMP de 0.62 con un IC95% de 0.23 a 1.68, p 0.350; mientras que, en el género femenino, se obtuvo una RMP de 1.18 con un IC95% de 0.67 a 2.05, p 0.556 y una RMP de 1.57 con un IC95% de 0.67 a 3.68, p 0.295, respectivamente. Trabajar más de 40 horas a la semana, obtuvo una RMP de 1.40 con un IC95% de 0.68 a 2.86, p 0.353 y 1.17 con un IC95% de 0.67 a 2.06, p 0.573 en el género masculino y femenino, respectivamente. Realizar turnos extras, en el género masculino obtuvo una RMP de 1.78 con un IC95% de 0.88 a 3.59, p 0.108 y en el género femenino una RMP de 1.33 con un IC95% de 0.76 a 2.33, p 0.309. En cuanto a la carga laboral percibida durante la pandemia, para el género masculino, la carga laboral moderada obtuvo una RMP de 2.84 con un IC95% de 0.32 a 24.78 p 0.344 y en el grupo con carga laboral severa una RMP de 3.93 con un IC95% de 0.47 a 32.36, p 0.203. La percepción de estrés obtuvo una RMP de 31.00 con un IC95% de 4.17 a 230.44, p <0.001 en el género femenino. (Tabla 4.1)

Análisis estratificado por el antecedente personal o familiar de depresión de las características laborales con la presencia de síntomas de depresión

En la ocupación, la categoría de enfermería obtuvo una RMP de 1.71 con un IC95% de 0.97 a 3.00, p 0.060, y la categoría de médico(a) una RMP de 1.01 con un IC95% de 0.41 a 2.47, p 0.980 para el grupo sin antecedentes de depresión; en comparación con aquellos con antecedentes, donde se obtuvo una RMP de 1.03 con un IC95% de 0.49 a 2.18, p 0.929 y 0.70 con un IC95% de 0.28 a 1.76, p 0.457, para ambas categorías, respectivamente. Trabajar más de 40 horas a la semana obtuvo una RMP de 1.02 con un IC95% de 0.58 a 1.81, p 0.930 en el grupo sin antecedentes y de 1.52 con un IC95% de 0.73 a 3.13, p 0.255 en el grupo con antecedentes. Realizar turnos extras, obtuvo una RMP de 1.23 con un

IC95% de 0.70 a 2.13, p 0.463 y de 1.88 con un IC95% de 0.90 a 3.91, p 0.092 para el grupo sin y con antecedentes de depresión. Para a la carga laboral percibida durante la pandemia, la carga moderada obtuvo una RMP de 0.52 con un IC95% de 0.30 a 9.00, p 0.653, mientras que, la carga severa una RMP de 1.17 con un IC95% de 0.07 a 19.29, p 0.911 en el grupo con antecedentes. La percepción de estrés obtuvo una RMP de 13.40 con un IC95% de 1.69 a 106.14, p 0.014 en aquellos con antecedentes de depresión. (Tabla 4.2)

Asociación de las características laborales con la presencia de síntomas de depresión ajustado por variables del estilo de vida

Se realizó un modelo ajustado por las categorías de horas de sueño y la calidad de este, donde se obtuvieron las siguientes RMPa; la categoría de enfermería obtuvo una RMPa de 1.49 con un IC95% de 0.90 a 2.49, p 0.120, y la categoría de médico(a) una RMPa de 0.90 con un IC95% de 0.44 a 1.84, p 0.783. Trabajar más de 40 horas a la semana, RMPa de 0.93 con un IC95% de 0.56 a 1.54, p 0.783. Realizar turnos extras, RMPa de 1.16 con un IC95% de 0.70 a 1.90, p 0.555. Carga laboral percibida moderada, RMPa de 4.68 con un IC95% de 0.49 a 44.17, p 0.177, y la carga laboral severa, RMPa de 5.81 con un IC95% de 0.63 a 53.17, p 0.119. Percepción de estrés, RMPa de 24.03 con un IC95% de 3.17 a 181.83, p 0.002. (Tabla 4.3)

Análisis estratificado por género de las características laborales con la presencia de síntomas de ansiedad

Respecto a la ocupación, para el género masculino, la categoría de enfermería obtuvo una RMP de 1.18 con un IC95% de 0.53 a 2.61, p 0.681 y la categoría de médico(a) una RMP de 1.12 con un IC95% de 0.50 a 2.49, p 0.777; mientras que, en el género femenino, se obtuvo una RMP de 1.37 con un IC95% de 0.77 a 2.42, p 0.276 y una RMP de 1.12 con un IC95% de 0.46 a 2.71, p 0.792, respectivamente. Trabajar más de 40 horas a la semana, obtuvo una RMP de 1.11 con un IC95% de 0.58 a 2.13, p 0.745 y 2.14 con un IC95% de 1.12 a 4.09, p

0.200 en el género masculino y femenino, respectivamente. Realizar turnos extras, en el género masculino obtuvo una RMP de 2.09 con un IC95% de 1.07 a 4.05, p 0.029 y en el género femenino una RMP de 1.98 con un IC95% de 1.05 a 3.74, p 0.340. En cuanto a la carga laboral percibida durante la pandemia, para el género masculino, la carga laboral moderada obtuvo una RMP de 2.52 con un IC95% de 0.58 a 10.90 p 0.214 y en el grupo con carga laboral severa una RMP de 3.61 con un IC95% de 0.88 a 14.80, p 0.074. La percepción de estrés obtuvo una RMP de 19.43 con un IC95% de 7.18 a 52.55, p <0.001 en el género femenino. La presencia de otro trabajo obtuvo una RMP de 1.44 con un IC95% de 0.72 a 2.88, p 0.293 y 0.86 con un IC95% de 0.42 a 1.76, p 0.683 en el género masculino y femenino, respectivamente. (Tabla 5.1)

Análisis estratificado por el antecedente personal o familiar de ansiedad de las características laborales con la presencia de síntomas de ansiedad

En la ocupación, la categoría de enfermería obtuvo una RMP de 1.72 con un IC95% de 1.04 a 2.82, p 0.032, y la categoría de médico(a) una RMP de 0.90 con un IC95% de 0.43 a 1.87, p 0.791 para el grupo sin antecedentes de ansiedad; en comparación con aquellos con antecedentes, donde se obtuvo una RMP de 0.82 con un IC95% de 0.30 a 2.27, p 0.713 y 0.97 con un IC95% de 0.28 a 3.29, p 0.965, para ambas categorías, respectivamente. Trabajar más de 40 horas a la semana obtuvo una RMP de 1.46 con un IC95% de 0.89 a 2.42, p 0.132 en el grupo sin antecedentes y de 2.22 con un IC95% de 0.69 a 7.10, p 0.178 en el grupo con antecedentes. Realizar turnos extras, obtuvo una RMP de 2.17 con un IC95% de 1.30 a 3.60, p 0.003 y de 1.60 con un IC95% de 0.54 a 4.73, p 0.393 para el grupo sin y con antecedentes de depresión. Para a la carga laboral percibida durante la pandemia, la carga moderada obtuvo una RMP de 3.71 con un IC95% de 0.74 a 18.57, p 0.110, mientras que, la carga severa una RMP de 6.35 con un IC95% de 1.31 a 30.66, p 0.021 en el grupo sin antecedentes; y una RMP de 5.33 con un IC95% de 0.42 a 66.26, p 0.193, y una RMP de 10.15 con un IC95% de 0.85 a 120.40, p 0.066 en el grupo con antecedentes. La percepción de estrés obtuvo una RMP de 34.37 con un IC95% de 10.40 a 113.58, p <0.001 y de

18.32 con un IC95% de 3.50 a 95.87, p 0.001 en aquellos sin y con antecedentes de ansiedad. La presencia de otro trabajo obtuvo una RMP de 0.84 con un IC95% de 0.48 a 1.47, p 0.554 en el grupo sin antecedentes y 3.30 con un IC95% de 0.71 a 15.20, p 0.126 en el grupo con antecedentes. (Tabla 5.2)

Asociación de las características laborales con la presencia de síntomas de ansiedad ajustado por variables del estilo de vida

Se realizó un modelo ajustado por las categorías de horas de sueño y la calidad de este, donde se obtuvieron las siguientes RMPa; la categoría de enfermería obtuvo una RMPa de 1.44 con un IC95% de 0.87 a 2.38, p 0.152, y la categoría de médico(a) una RMPa de 0.99 con un IC95% de 0.50 a 1.97, p 0.988. Trabajar más de 40 horas a la semana, RMPa de 1.27 con un IC95% de 0.76 a 2.11, p 0.356. Realizar turnos extras, RMPa de 1.67 con un IC95% de 1.01 a 2.79, p 0.047. Carga laboral percibida moderada, RMPa de 4.02 con un IC95% de 0.85 a 19.07, p 0.079, y la carga laboral severa, RMPa de 5.48 con un IC95% de 1.19 a 25.14, p 0.029. Percepción de estrés, RMPa de 22.87 con un IC95% de 8.36 a 62.56, p <0.001. Presencia de otro trabajo, RMPa de 0.94 con un IC95% de 0.53 a 1.66, p 0.834. (Tabla 5.3)

13. Discusión

Los efectos del COVID-19 han repercutido gravemente en la salud de la población, provocando no solo millones de contagios, sino también millones de defunciones a nivel mundial. Esta enfermedad también ha provocado efectos a mediano y largo plazo en la salud mental de la población, principalmente en aquellas personas involucradas directamente en el manejo de esta pandemia, como lo son los trabajadores de la salud. La pandemia de COVID-19 colocó a los trabajadores de la salud en un riesgo sustancialmente mayor de presentar síntomas de depresión y ansiedad. Este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, y su asociación con factores laborales en 413 trabajadores de la salud del hospital de Infectología del CMN La Raza. Constituye uno de los pocos estudios que aborda el cálculo de la prevalencia de estos síntomas en trabajadores de la salud al igual que su asociación con factores relacionados al trabajo a nivel nacional y principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Este estudio estimó una prevalencia global de síntomas de depresión del 35.3%, mientras que para los síntomas de ansiedad fue del 62.7%. Lo cual es semejante con lo reportado en un estudio transversal realizado en población mexicana, por Robles y colaboradores (49), en el cual se incluyeron a 5,938 trabajadores de la salud mexicanos, donde se reportó una prevalencia de 33.7% para depresión y 12.5% para ansiedad en trabajadores de hospitales COVID-19. La prevalencia de síntomas de depresión fue similar a la reportada en nuestro estudio, sin embargo, para los síntomas de ansiedad fue cerca de cinco veces menor a los encontrados por nosotros.

Diferentes estudios han realizado el cálculo de las prevalencias para los síntomas de depresión y ansiedad en el personal de salud. En una revisión sistemática de la evidencia global de diez revisiones sistemáticas conformadas por 100 estudios únicos, donde se incluyeron 169,157 trabajadores de la salud de 35 países, Fernández R y colaboradores (50) reportaron una prevalencia de depresión entre

todos los trabajadores, que osciló entre el 17.9% (IC95% 17.1%-18.8%) y el 36% (IC95% 34.9%-37.1%), mientras que para ansiedad fue del 22.2% (IC95% 21.3%-23.1%) y el 33.0% (IC95% 31.9%-34.1%). Dada la superposición de estudios en las revisiones sistemáticas, no realizaron el cálculo de las prevalencias combinadas de depresión o ansiedad. Por otra parte, estudios realizados en Latinoamérica han encontrado prevalencias distintas, en un estudio transversal realizado en Chile por Urzúa y colaboradores (51), mediante la aplicación de encuestas en línea durante las dos últimas semanas de abril del 2020, se encontró que en 125 trabajadores de la salud hubo prevalencias globales de 65.6% para síntomas de depresión y 74.4% para síntomas de ansiedad. Mientras que en otro estudio transversal (52) realizado en Paraguay en 126 trabajadores de la salud mediante un formulario en línea del 4 al 28 de abril del 2020, los porcentajes de participantes que reportaron síntomas clasificables como moderados y severos fueron de un 32.2% para depresión, y 41.3% para ansiedad. Como se puede observar existe gran variabilidad con las prevalencias reportadas en nuestro estudio, en relación con los estudios antes mencionados, esto puede ser explicado por varias razones, dentro de las que se encuentran, el uso de varios instrumentos para medir los síntomas de depresión y ansiedad, los cuales en la mayoría de los casos están basados en población occidental y las definiciones empleadas para dichos síntomas puede variar por regiones geográficas. Asimismo, las prevalencias podrían verse modificadas de acuerdo con el comportamiento de la pandemia con relación a las diferentes tasas de mortalidad e infección entre los países donde se realizaron los estudios, al igual que en el tiempo en el cual fueron desarrollados, esto debido a que, en los primeros meses de la pandemia, el desconocimiento de la enfermedad al igual que su manejo pudo haberse asociado a un incremento de estos síntomas. En el caso de nuestro estudio fue realizado durante los meses de junio y agosto del 2021, tiempo en el cual dichos factores pudieran no verse relacionados con la presencia de síntomas, sin embargo, otros como aquellos inherentes al aumento en la carga de trabajo, así como otros aspectos relacionados al estrés pudieron verse inmersos.

Al realizar un análisis de la prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad

por categorías de ocupación, nuestro estudio encontró que la prevalencia más alta de síntomas fue en la categoría de enfermería con 40.5% para depresión y 67.6% para ansiedad, mientras que en el personal médico se presentó una prevalencia de síntomas de 32.2% y 61.2%, respectivamente, y el pertenecer a otras categorías reportó una prevalencia de 31.4% para depresión y 58.5% para ansiedad. Resultados similares fueron reportados en una revisión sistemática y metarregresión de Salari y colaboradores (53), donde se incluyeron 29 estudios con un total de 22,380 trabajadores de la salud que atendieron a pacientes con COVID-19, la prevalencia global de depresión fue del 24.3%, y la de ansiedad del 25.8%. La prevalencia de depresión y ansiedad en el personal de enfermería fue del 28% y 22.8%, respectivamente, mientras que para el personal médico fueron del 40.4% y del 19.8%, y aquel personal perteneciente a otras categorías obtuvo una prevalencia de depresión del 20.6% y de ansiedad del 27%. A diferencia del estudio anterior, nuestros resultados muestran una mayor prevalencia de síntomas tanto de depresión, como de ansiedad en el personal de enfermería. Una revisión sistemática y metaanálisis (54) que incluyó 71 estudios calculó una prevalencia combinada de ansiedad en trabajadores de la salud del 25%, al realizar el análisis por categorías laborales, la mayor prevalencia fue encontrada en el personal de enfermería con un 27%, en comparación con el personal médico, cuya prevalencia fue del 17%. Al igual que en el estudio anterior, en nuestro estudio la prevalencia de síntomas fue mayor en la categoría de enfermería. Una posible explicación de lo anterior es que el personal de enfermería presenta mayor sintomatología tal vez debido a que su trabajo implica un contacto más cercano y frecuente con el paciente, además de una mayor sobrecarga laboral que implica muchas veces trabajar más horas de lo usual. (39). Sin embargo, en algunos de los artículos el personal de enfermería presentaba menores síntomas de depresión y ansiedad, en relación con esto, en una revisión sistemática (55) de la literatura en la cual se incluyeron 22 artículos, menciona que el hecho de que las enfermeras tuvieran frecuencias más bajas de dichos síntomas sugiere que puedan tener algunos factores de protección relacionados con el trabajo, como lo es una cultura profesional que enfatiza el apoyo mutuo entre colegas.

Cuando se efectuó un análisis de la prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad, estratificado por grupos de edad, nuestro estudio encontró que la prevalencia más alta de síntomas de depresión fue en el grupo de 40 a 49 años, con el 41.2%, seguido del grupo de 30 a 39 años. Mientras que, para ansiedad, el grupo con edad mayor o igual a 60 años obtuvo una prevalencia del 66.6%, seguida del 66.0% en el grupo de 30 a 39 años.

Un segundo objetivo de este estudio fue analizar la asociación de factores laborales con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en los 413 trabajadores de la salud del hospital de Infectología del CMN La Raza. Pocos son los estudios que analizan la asociación de diversos factores relacionados al trabajo en personal de salud con la presencia de dichos síntomas. En un estudio transversal de Chen y colaboradores (56), en 902 trabajadores de la salud encuestados entre el 9 de febrero de 2020 y el 11 de febrero de 2020, se encontró mediante regresión logística que la sensación de aumento de la carga de trabajo se asoció con un mayor riesgo para el desarrollo de depresión y de ansiedad con un OR de 1.99 (IC95% 1.32–3.01) y 2.23 (IC95% 1.50–3.36), respectivamente. En nuestro estudio se realizó el análisis de la carga laboral percibida, clasificada como leve, moderada y severa con el desarrollo de síntomas de depresión y de ansiedad, tomando como referencia la carga leve, se obtuvo una RMP de 4.88 (IC95% 0.61-39.12) para la carga moderada y de 7.72 (IC95% 0.99-60.22) para la carga severa, lo anterior para el desarrollo de síntomas de depresión, mientras que para los síntomas de ansiedad se obtuvieron RMP de 4.12 (IC95% 1.07-15.75) y 6.92 (IC95% 1.85-25.73), respectivamente, como se puede observar solo se encontró una asociación significativa para la presencia de síntomas de ansiedad. En el estudio de Chen y colaboradores, al igual que en el nuestro, el aumento en la carga laboral fue evaluada de manera subjetiva, sin embargo, en nuestro estudio dicha variable también fue valorada a través del aumento de las horas de trabajo a la semana, donde trabajar más de 40 horas a la semana se asoció con un mayor riesgo para desarrollar síntomas de depresión y de ansiedad, con RMP de 1.18 (IC95% 0.76-1.83) y 1.49 (IC95% 0.95-2.32), respectivamente, sin embargo, con intervalos de confianza no significativos.

En un estudio transversal efectuado del 27 de enero al 3 de febrero del 2020, Zheng y colaboradores (57) seleccionaron a un total de 3,228 enfermeras en la provincia de Sichuan y la ciudad de Wuhan, en este estudio, se valoró de manera subjetiva la carga de trabajo relacionado con el COVID-19, la cual se asoció a un mayor riesgo de síntomas de depresión, con un OR de 1.31 (IC95% 1.16–1.49), y de ansiedad, con un OR de 1.43 (IC95% 1.21–1.68), sin embargo, en este estudio no se realizaron modelos de ajuste para dichos análisis. A diferencia de nuestro estudio, donde se realizaron análisis estratificados y un modelo de ajuste por estilos de vida para esa variable. Cuando se estratificó por género, la carga laboral percibida moderada y severa se asoció con un mayor riesgo para la presencia de síntomas de depresión con una RMP de 2.84 (IC95% 0.03-24.78) y 3.93 (IC95% 0.47-32.46), mientras que para la ansiedad, una RMP de 2.52 (IC95% 0.58-10.90) para la carga laboral moderada y 3.61 (IC95% 0.88-14.80) para la carga laboral severa. Al realizar un modelo ajustado por estilos de vida, para el desarrollo de síntomas de depresión, se obtuvo una RMPa de 4.68 (IC95% 0.49-44.17) para la carga laboral moderada y 5.81 (IC95% 0.63-53.17) para la severa, sin embargo, como se puede observar en nuestros resultados pese a realizar la estratificación o el ajuste, las asociaciones fueron no significativas. Sin embargo, para la presencia de síntomas de ansiedad respecto a la carga laboral severa, se presentó una RMPa de 5.48 (IC95% 1.19-25.14).

Liu y colaboradores (58) mediante un estudio transversal encuestaron en línea a un total de 1,090 miembros del personal médico; las prevalencias de síntomas de depresión y ansiedad calculadas fueron del 18.4% y 13.3%, respectivamente; las cuales fueron menores en comparación con las encontradas en nuestro estudio. En cuanto a los factores laborales asociados a los síntomas de depresión y ansiedad que investigaron, los resultados de este estudio mostraron que el personal médico que percibió un mayor nivel de estrés tiende a desarrollar síntomas de depresión y ansiedad, con un OR de 9.70 (IC95% 6.20-15.20) y 14.40 (IC95% 7.80-26.40), respectivamente, lo cual es acorde con los resultados encontrados en nuestro estudio, en donde la presencia de estrés se asoció a un mayor riesgo para la presencia de dichos síntomas, con un ORa de 24.04 (IC95%

3.17-181.83) y 22.87 (IC95% 8.36-62.56), respectivamente. Otros factores laborales que se evaluaron en el estudio de Liu para el desarrollo de síntomas de depresión fueron el ser médico, el cual presentó un OR de 1.10 (IC95% 0.70-1.80) y la experiencia laboral de 5 a 15 años, que se asoció con un OR de 0.90 (IC95% 0.50-1.60). Cuando se analizaron las mismas variables para la presencia de síntomas de ansiedad, el ser médico presentó un OR de 1.10 (IC95% 0.60-1.90), y la experiencia laboral de 5 a 15 años un OR de 1.10 (IC95% 0.40-3.00), como se puede observar esas variables fueron no significativas. Situación similar ocurrió en nuestro estudio, el ser médico y el tener una antigüedad laboral mayor a 10 años (que fue lo evaluado en nuestro estudio) se asoció con un menor riesgo para el desarrollo de síntomas, con una RMPa de 0.90 (IC95% 0.44-1.84) y RM de 0.68 (IC95% 0.41-1.11) para depresión y una RMPa de 0.99 (IC95% 0.50-1.97) y RM de 0.90 (IC95% 0.56-1.43) para ansiedad. Una probable explicación de esto para los resultados de nuestro estudio, con relación a la antigüedad laboral, es que, en el Hospital de Infectología, un gran porcentaje de trabajadores fueron enviados a domicilio como parte de un acuerdo de contingencia, motivo por el cual se incorporó al Hospital personal de apoyo proveniente de otras unidades, los cuales en su gran mayoría tuvieron contratos recientes por el Instituto.

En un estudio transversal (59) se evidenció que ser trabajador de primera línea se asoció con un mayor riesgo de síntomas de depresión, con un OR de 1.55 (IC95% 1.16-2.07). Con relación a la categoría laboral, el personal de enfermería es más susceptible a la presencia de síntomas de depresión y ansiedad, en nuestro estudio, un análisis estratificado por género mostró que pertenecer a la categoría de enfermería se asocia a un mayor riesgo de síntomas de depresión, con una RMP de 1.73 (IC95% 0.75-3.97) en hombres y de 1.18 (IC95% 0.67-2.05) en mujeres, mientras que para la presencia de síntomas de ansiedad, una RMP de 1.18 (IC95% 0.53-2.61) en hombres y en mujeres una RMP de 1.37 (IC95% 0.77-2.42), sin embargo las asociaciones no fueron no significativas. En comparación, con un estudio transversal efectuado por Ahn y colaboradores (60), en 1,783 trabajadores de la salud, en el cual pertenecer a la categoría de enfermería, se asoció con un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos, con un ORa de

1.37 (IC95% 1.02-1.98).

El tercer objetivo de este estudio fue analizar la asociación de otros factores de riesgo con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad. Con relación a los factores sociodemográficos, en nuestro estudio el grupo de edad 40 a 49 años se asoció con un mayor riesgo de síntomas de depresión, con una RMP de 1.17 (IC95% 0.62-2.21), sin embargo, la asociación no fue significativa. Mientras que en los grupos de 30 a 39, 50 a 59 y mayor de 60 años se asociaron a un menor riesgo para el desarrollo de dichos síntomas, con RMP de 0.96 (IC95% 0.52-1.80), 0.41 (IC95% 0.18-0.93), y 0.33 (0.03-3.06), respectivamente. En cuanto a los síntomas de ansiedad, el grupo de edad de 30 a 39, 40 a 49, y mayor de 60 años se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de ansiedad, con RMP de 1.15 (IC95% 0.61-2.15), 1.09 (IC95% 0.58-2.07), y 1.18 (IC95% 0.20-7.03), respectivamente, en comparación con el grupo de 50 a 59 años que se asoció a un menor riesgo de síntomas de ansiedad, con una RMP de 0.57 (IC95% 0.27-1.19). Resultados similares se observaron en un estudio de N.J. Roberts y colaboradores (61), donde se incluyeron 250 participantes correspondientes a personal de enfermería, en dicho estudio se encontró que el 51.9% de los participantes experimentó síntomas de depresión mínimos, 30.9% síntomas leves y 17.2% síntomas de moderados a graves, mientras que, para ansiedad, el 50.3% experimentó síntomas de ansiedad mínimos, 28.8% síntomas leves y 20.9% síntomas de ansiedad de moderados a severos. En dicho estudio se realizó la asociación de la edad con la presencia de dichos síntomas, para los síntomas de depresión, tomando como referencia la edad de 18 a 35 años, tener de 35 a 50 años presentó un ORa de 0.45 (IC95% 0.15-1.38), y tener más de 50 años ORa de 1.69 (IC95% 0.26-10.99), mientras que, para ansiedad, ORa de 0.23 (IC95% 0.07-0.70) y ORa de 0.41 (IC95% 0.07-2.25), respectivamente. Dichos estimadores fueron calculados a través de un modelo de regresión, ajustado por las variables edad, años de servicio, apoyo económico del hogar y realizar procedimientos que generen aerosoles. Cabe señalar, que el cálculo de los ORa fueron ajustados por la variable edad, lo que implicaría un sobreajuste en dichas estimaciones, y aunque en nuestro estudio no se realizó el ajuste de dicha

variable, los resultados fueron similares a los reportados en ese artículo.

En cuanto a otros factores de riesgo para el desarrollo de síntomas de depresión y ansiedad, en un estudio transversal (60) en trabajadores de la salud, se encontró que ser mujer, y ser soltero se asoció con un mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión, con un ORa de 1.11 (IC95% 0.68-1.80), y 1.51 (IC95% 1.05-2.16), respectivamente. Esto fue consistente con lo encontrado en nuestro estudio, en el cual, ser mujer se asoció con un mayor riesgo para el desarrollo de síntomas de depresión con una RMP de 1.83 (IC95% 1.19-2.81), y no tener pareja presentó una RMP de 1.30 (IC95% 0.87-1.95) para la presencia de dichos síntomas, sin embargo, para este último la asociación fue no significativa. En otro estudio transversal en personal médico, Liu y colaboradores (58) encontraron que, no vivir solo se asoció con un menor riesgo para síntomas de depresión, con un OR de 0.40 (IC95% 0.30-0.70), mientras que estar casado se asoció con un mayor riesgo para el desarrollo de síntomas de ansiedad, con un OR de 2.30 (IC95% 1.20-4.40) y no vivir solo OR de 0.40 (IC95% 0.20-0.70). En nuestro estudio la presencia de pareja se asoció a un mayor riesgo para desarrollar síntomas de ansiedad, con una RMP de 1.10 (IC95% 0.73-1.63), de acuerdo con lo reportado en la literatura y en consistencia con lo encontrado en nuestro estudio, la ausencia de pareja se asocia a un mayor riesgo para el desarrollo de síntomas de depresión, mientras que la presencia de ésta se asocia con los síntomas de ansiedad.

En un estudio transversal realizado en Turquía entre el 23 de abril y 23 de mayo del 2020, Mustafa Kürşat y colaboradores (59), encontraron en 939 trabajadores de la salud una prevalencia del 77.6% para síntomas de depresión y del 60.2% para ansiedad. Dentro de los factores de riesgo que analizaron, se evidenció que el sexo femenino y los antecedentes de enfermedad psiquiátrica se asociaron con un mayor riesgo de síntomas de depresión y ansiedad. Para los síntomas de depresión, el ser mujer presentó un OR de 2.21 (IC95% 1.62-3.01), y el antecedente de enfermedad psiquiátrica un OR de 1.90 (IC95% 1.28-2.82). Mientras que, para los síntomas de ansiedad, ser mujer un OR de 1.98 (IC95% 1.43-2.75), y el antecedente de enfermedad psiquiátrica OR de 2.43 (IC95% 1.64-

3.61). En nuestro estudio el antecedente de enfermedad psiquiátrica se valoró a través del antecedente personal de depresión o ansiedad, el antecedente de depresión se asoció a un mayor riesgo de desarrollar síntomas de depresión, con una RMP de 2.49 (IC95% 1.46-4.23), al igual que el antecedente de ansiedad el cual presentó una RMP de 6.05 (IC95% 2.68-13.65) para el desarrolla de síntomas de ansiedad. Un aspecto importante que mencionar es que, en el estudio de Mustafa al igual que en el nuestro, la presencia de dichos antecedentes se evaluó mediante autoreporte, lo cual pudo afectar las asociaciones obtenidas, esto debido a que muchas veces el personal de salud realiza autodiagnósticos de enfermedades sin ser valorados o confirmados por otras personas.

Kibret y colaboradores (62), realizaron un estudio transversal del 15 de mayo al 15 de junio de 2020 en 305 trabajadores de la salud en un Hospital de Etiopía. Realizaron el cálculo de la prevalencia general de ansiedad entre los trabajadores, la cual fue aproximadamente del 63%. Al realizar un análisis por el grado de síntomas, el 11.1% de ellos desarrolló ansiedad severa, mientras que el 26.2% fue leve y el 25.6% moderado. Mediante un análisis logístico multivariado, obtuvieron que la edad mayor de 30 años, estar casado, la presencia de enfermedad crónica, y tener familiares sospechosos de COVID-19, se asociaron con la presencia de ansiedad. Este estudio reveló que la edad de 30 a 39 años presentó un ORa de 3.05 (IC95% 1.70-5.47), edad mayor a 40 años ORa de 11.32 (IC95% 3.37-37.98), estar casado ORa de 3.56 (IC95% 2.30-6.38), tener una enfermedad crónica ORa de 3.43 (IC95% 1.59-7.43), tener familiares sospechosos de COVID-19 ORa de 5.20 (IC95% 2.11-12,78), se asociaron de forma estadísticamente significativa con la ansiedad. En comparación con nuestro estudio, con relación a la presencia de síntomas de ansiedad, los diferentes grupos de edades y la presencia de pareja se asociaron con un mayor riesgo de presencia de síntomas, sin embargo, dichas asociaciones fueron no significativas. En cuanto al antecedente de enfermedades, la presencia de éstas presenta una RMP de 2.40 (IC95% 1.52-3.79), sin embargo, al igual que lo descrito para el antecedente de depresión y ansiedad, dicho antecedente fue obtenido mediante autoreporte.

En un análisis secundario realizado en este estudio, se realizó el cálculo de la prevalencia de estrés postraumático, la cual fue del 4.8% (IC95% 2.7-6.9), dicha prevalencia es casi cuatro veces menor a la reportada por Lu M y colaboradores (63), quienes, en un estudio transversal realizado a 500 trabajadores de la salud, encontraron una prevalencia del 15.4%.

Este estudio cuenta con varias fortalezas dentro de las cuales se mencionan las siguientes. Primero, el tamaño de la muestra fue relativamente grande, abarcando más del 70% del personal de salud elegible del Hospital de Infectología, presentando una cantidad suficiente de sujetos para realizar asociaciones de los factores laborales abordados. Segundo, en la medición de algunas variables se utilizaron escalas validadas en población mexicana, las cuales presentaron valores de α de Cronbach desde 0.78 a 0.99, lo cual fue suficiente para garantizar la fiabilidad de la escala. Tercero, se realizaron análisis estratificados y modelos de regresión logística para controlar la presencia de variables confusoras. Cuarto, este estudio presentó una adecuada tasa de respuesta, la cual osciló alrededor del 80%. Quinto, el instrumento de recolección de datos, aunque fue auto aplicado mediante un cuestionario en línea, se pudo hacer la entrevista cara a cara, lo que permitió una forma más efectiva de lograr la cooperación de los participantes encuestados y la aplicación de instrumentos más extensos.

Existen ciertas limitaciones en este estudio que deben ser tomadas en consideración. Primero, dado que el presente estudio fue de tipo transversal, se debe tomar con cautela el hacer inferencias de causalidad, fundamentalmente por la presencia de ambigüedad temporal, sin embargo, esto se trató de reducir al medir la mayoría de las variables de manera retrospectiva. Segundo, escasa representatividad poblacional, si bien los trabajadores de la salud del Hospital de Infectología comparten características similares con los trabajadores de otros hospitales, han estado expuestos a una mayor carga de factores relacionados con la atención de pacientes con COVID-19, a nivel Institucional dicho Hospital fue el primero en reconvertirse en unidad 100% COVID-19 y probablemente sea el último en atender a pacientes con esta característica, por lo tanto, se ve

comprometida la validez externa de este estudio. Asimismo, la utilización de un muestro no probabilístico de tipo consecutivo para la obtención de la muestra podría estar sobrestimando la frecuencia real de los síntomas de depresión y ansiedad, lo anterior, secundario a la limitación en la obtención de un registro de los trabajadores de la salud de dicha unidad. Tercero, no se pudieron realizar análisis de otras variables de importancia relacionadas con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad como lo son el consumo de ciertos medicamentos. Cuarto, sesgo de información no diferencial en la forma de medir algunas variables del estilo de vida, como el consumo de tabaco y alcohol durante la pandemia, además de la posible presencia de sesgo de deseabilidad social relacionado a dichas variables. Por otra parte, las variables correspondientes a los antecedentes clínicos fueron obtenidas por autoreporte, lo cual podría afectar las asociaciones analizadas, ya que la presencia de dichos antecedentes no pudo ser corroborada. Finalmente, debido al desconocimiento sobre la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los trabajadores de la salud antes de la pandemia, es difícil decir con certeza en qué medida estos hallazgos pueden atribuirse a los factores laborales durante esta crisis sanitaria, sin embargo, algunos factores de riesgo como la carga laboral percibida y el estrés fueron reportados como incrementados por los trabajadores.

14. Conclusiones

Este estudio permitió conocer en 413 trabajadores de la salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza, la prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad, y los factores laborales asociados a la presencia de dichos síntomas.

La prevalencia de síntomas globales de depresión fue de 35.3%, mientras que para ansiedad fue de 62.7%. Con relación a los factores laborales asociados a la presencia de síntomas de depresión, se encontró que pertenecer a la categoría de enfermería, el trabajar más de 40 horas a la semana, el realizar turnos extras, un aumento en la carga laboral percibida y la presencia de estrés se asociaron a mayor riesgo para el desarrollo de síntomas de depresión, mientras que, para los síntomas de ansiedad, además de los factores antes mencionados, se incluyó la presencia de otro trabajo. Sin embargo, se debe hacer mención que, aunque las estimaciones puntuales de dichos factores tienden hacia el riesgo, tras realizar estratificaciones y un modelo de ajuste, en la mayoría de los casos los resultados fueron no significativos, motivo por el cual nuestros resultados deben ser tomados con cautela al momento de su interpretación.

Diversos estudios han realizado asociaciones con factores laborales, semejantes o iguales a los analizados aquí, sin embargo, en algunos de ellos, solo han efectuado análisis bivariados, en comparación con el análisis estadístico que se realizó a nuestras variables.

Este estudio constituye uno de los pocos a nivel nacional, en abordar la asociación de diversos factores laborales con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad. Y si bien, nuestros resultados fueron no significativos, pueden ser empleados como sustento para la realización de otros estudios con mayor poder metodológico, en los cuales se pueda mejorar la validez en la medición de las variables.

Respecto a la variabilidad presente en las prevalencias de síntomas de depresión

y de ansiedad encontradas en este estudio, con relación a las descritas en la literatura, este estudio ayuda a aportar evidencia de la necesidad urgente de implementar estrategias de abordaje y prevención específica para los trabajadores de la salud, dada las altas prevalencias de síntomas reportadas, con el fin de prevenir o aminorar las consecuencias en la salud mental a corto, mediano y largo plazo, y en la creación de políticas públicas, ya que si estas condiciones permanecen por un tiempo prolongado, empezarán a causar mayores daños a la salud tanto mental como física de la persona, lo cual repercute en su entorno laboral y personal, y normalmente esta población no es considerada como sujetos de intervención.

15. Referencias bibliográficas

1. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. World Health Organization. 2020.
2. Shen LL, *et al.* A survey of anxiety and depression symptoms among primary-care physicians in China. *Int J Psychiatry Med.* 2012;44(3):257-270. doi: 10.2190/PM.44.3.f.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle: IHME, University of Washington; 2018. [consulta: 20/09/2020].
4. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> (consultado el 20/09/20).
5. Kudielka BM, *et al.* Health-related quality of life measured by the SF12 in working populations: associations with psychosocial work characteristics. *J Occup Health Psychol.* 2005 Oct;10(4):429-440. doi: 10.1037/1076-8998.10.4.429.
6. Gong Y, *et al.* Prevalence of anxiety and depressive symptoms and related risk factors among physicians in China: a cross-sectional study. *PLoS One.* 2014 Jul 22;9(7):e103242. doi: 10.1371/journal.pone.0103242.
7. Sun W, Fu J, Chang Y, Wang L. Epidemiological study on risk factors for anxiety disorder among Chinese doctors. *J Occup Health.* 2012;54(1):1-8. doi: 10.1539/joh.11-0169-oa.
8. Devi S. Doctors in distress. *Lancet.* 2011 Feb 5;377(9764):454-455. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60145-1. PMID: 21300592.
9. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S. Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth.* 2002 Dec;89(6):873-81. doi: 10.1093/bja/aef273.
10. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med.* 1994 Jul-Aug;12(4):559-65. doi: 10.1016/0736-4679(94)90360-3.

11. Ofili AN, Asuzu MC, Isah EC, Ogbeide O. Job satisfaction and psychological health of doctors at the University of Benin Teaching Hospital. *Occup Med (Lond)*. 2004 Sep;54(6):400-3. doi: 10.1093/occmed/kqh081.
12. Schwenk TL, Gorenflo DW, Leja LM. A survey on the impact of being depressed on the professional status and mental health care of physicians. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):617-20. doi: 10.4088/jcp.v69n0414.
13. Vaglum P, Falkum E. Self-criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *J Affect Disord*. 1999 Jan-Mar;52(1-3):153-9. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00081-0.
14. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, Akaho R, Kido M, Hosaka T. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints among Japanese physicians: a national cross-sectional survey. *Int J Behav Med*. 2011 Dec;18(4):384-90. doi: 10.1007/s12529-010-9132-7.
15. Ruitenburg MM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported work ability: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Aug 31;12:292-8. doi: 10.1186/1472-6963-12-292.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría. 2013.
17. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018 Nov 24;392(10161):2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2.
18. Wang JN, Sun W, Chi TS, Wu H, Wang L. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among Chinese doctors: a cross-sectional survey. *Int Arch Occup Environ Health*. 2010 Dec;83(8):905-11. doi: 10.1007/s00420-010-0508-4.
19. Murcia M, Chastang JF, Niedhammer I. Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: results from the French national SIP study. *J Affect Disord*. 2013 Apr 25;146(3):319-27. doi: 10.1016/j.jad.2012.09.014.
20. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016 Dec 17;388(10063):3048-

3059. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6.

21. Firth-Cozens J, Shore S, *et al.* Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth.* 2002 Dec;89(6):873-81. doi: 10.1093/bja/aef273.
22. Zhu Z, *et al.* COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine.* 2020 Jun 24;24:100443. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100443.
23. Pereira-Lima K, Mata DA, Loureiro SR, Crippa JA, Bolsoni LM, Sen S. Association Between Physician Depressive Symptoms and Medical Errors: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2019;2(11):e1916097. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.16097
24. Castellón-Leal E, Ibern-Regàs P, Gili-Planas M, Lahera-Forteza G, Sanz-González J, Saiz-Ruiz J. El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *J Psiq.* 2016;23(3):112–117
25. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, *et al.* Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020 Apr 30;382(18):1708-1720.
26. Zu ZY, Jiang MD, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, Zhang LJ. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China. *Radiology.* 2020 Aug;296(2):E15-E25.
27. Huang X, Wei F, Hu L, Wen L, Chen K. Epidemiology and Clinical Characteristics of COVID-19. *Arch Iran Med.* 2020 Apr 1;23(4):268-271. doi: 10.34172/aim.2020.09.
28. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected.
29. Informe Técnico Diario COVID-19 MÉXICO.
30. Chakraborty I, Maity P. COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. *Sci Total Environ.* 2020 Aug 1;728:138882. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.138882.
31. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM.* 2020 May 1;113(5):311-312. doi: 10.1093/qjmed/hcaa110.

32. Salman, *et al.* The psychological effects of COVID-19 on frontline healthcare workers and how they are coping: a web-based, cross-sectional study from Pakistan. medRxiv 2020.06.03.20119867.
33. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, Cheng ASK. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect.* 2020 May 20;148:e98. doi: 10.1017/S0950268820001107.
34. Zhu Z, *et al.* COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine.* 2020 Jun 24;24:100443. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100443.
35. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, Rossi A. Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Netw Open.* 2020 May 1;3(5):e2010185. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185. PMID: 32463467; PMCID: PMC7256664.
36. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Psychological impact of COVID-19 on a sample of Spanish health professionals. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed).* 2021 Apr-Jun;14(2):106-112. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.05.004.
37. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, Yeo LLL, Ahmad A, Ahmed Khan F, Napolean Shanmugam G, Sharma AK, Komalkumar RN, Meenakshi PV, Shah K, Patel B, Chan BPL, Sunny S, Chandra B, Ong JJY, Paliwal PR, Wong LYH, Sagayanathan R, Chen JT, Ying Ng AY, Teoh HL, Tsivgoulis G, Ho CS, Ho RC, Sharma VK. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun.* 2020 Aug;88:559-565. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.049.
38. Guo, JL, Lianming W, Baoguo L, Xiaoqiang G, Lianrui T, Zhu G, Qinghua Z,

- Mingyue W, Yingfeng Z, Jian G. Psychological Effects of COVID-19 on Hospital Staff: A National Cross-Sectional Survey of China Mainland. SSRN. Feb 2020.
39. Lai J, *et al.* Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020 Mar 2;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
 40. Aguilar-Barojas, Saraí, Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco.* 2005;11(1-2):333-338.
 41. Beltrán, María del Carmen, Freyre, Miguel-Ángel, Hernández-Guzmán, Laura, El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia Psicológica.* 2012;30(1):5-13.
 42. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Re *et al.* Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. *Med Clin Barc.* 2002;118(13): 493-499.
 43. Galindo-Vázquez O, Ramírez-Orozco M, Costas-Muñiz R, Mendoza-Contreras LA, Calderillo-Ruiz G, Meneses-García A. Symptoms of anxiety, depression and self-care behaviors during the COVID-19 pandemic in the general population. *Gac Med Mex.* 2020;156(4):298-305. doi: 10.24875/GMM.20000266.
 44. Ramírez MT, Hernández RL. Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. *Span J Psychol.* 2007 May;10(1):199-206. doi: 10.1017/s1138741600006466.
 45. Medina C, Barquera S, Janssen I. Validity and reliability of the International Physical Activity Questionnaire among adults in Mexico. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;34(1):21–8.
 46. Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, *et al.* Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gac Med Mex.* 2008;144(6):491-496.

47. Martínez Basurto, *et al.* Adaptación y Validación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes mexicanos con VIH+. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*. 2014;4(2):93-101.
48. Villafañe A, Milanesio MS, Marcellino CM, Amodei C. La evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático: aproximación a las propiedades psicométricas de la escala de trauma de Davidson. 2003;julio:80-93.
49. Robles R, *et al.* Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Braz J Psychiatry*. 2020 Dec 18:S1516-44462020005041204. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1346.
50. Fernandez R, Sikhosana N, Green H, *et al.* Anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic umbrella review of the global evidence. *BMJ Open* 2021;11:e054528. doi:10.1136/bmjopen-2021-054528.
51. Urzúa Alfonso, Samaniego Antonio, Caqueo-Urizar Alejandra, Zapata Pizarro Antonio, Irrázaval Domínguez Matías. Salud mental en trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en Chile. *Rev. méd. Chile*. 2020 Ago;148(8):1121-1127.
52. Samaniego A, Urzúa A, Buenahora M, Vera-Villaruel P. Symptomatology associated with mental health disorders in health workers in Paraguay: COVID-19 effect. *RIP/IJP*. 2020 May 5;54(1):e1298.
53. Salari N, *et al.* The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Hum Resour Health*. 2020 Dec 17;18(1):100. doi: 10.1186/s12960-020-00544-1.
54. Santabárbara J, *et al.* Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021 Apr 20;107:110244. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110244.
55. Brooks SK, Dunn R, Amlôt R, Rubin GJ, Greenberg N. A Systematic,

- Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak. *J Occup Environ Med.* 2018 Mar;60(3):248-257. doi: 10.1097/JOM.0000000000001235.
56. Chen J, *et al.* Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021 Jan;56(1):47-55. doi: 10.1007/s00127-020-01954-1.
57. Zheng R, *et al.* Prevalence and associated factors of depression and anxiety among nurses during the outbreak of COVID-19 in China: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2021 Feb;114:103809. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103809.
58. Liu Y, *et al.* Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. *J Affect Disord.* 2021 Jan 1;278:144-148. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.004.
59. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey. *J Community Health.* 2020 Dec;45(6):1168-1177. doi: 10.1007/s10900-020-00921-w.
60. Ahn MH, *et al.* High Work-Related Stress and Anxiety as a Response to COVID-19 Among Health Care Workers in South Korea: Cross-sectional Online Survey Study. *JMIR Public Health Surveill* 2021;7(10):e25489 doi: 10.2196/25489.
61. Roberts NJ, McAloney-Kocaman K, Lippiett K, Ray E, Welch L, Kelly C. Levels of resilience, anxiety and depression in nurses working in respiratory clinical areas during the COVID pandemic. *Respir Med.* 2021 Jan;176:106219. doi: 10.1016/j.rmed.2020.106219.
62. Kibret S, Teshome D, Fenta E, Hunie M, Tamire T. Prevalence of anxiety towards COVID-19 and its associated factors among healthcare workers in a Hospital of Ethiopia. *PLoS One.* 2020 Dec 8;15(12):e0243022. doi: 10.1371/journal.pone.0243022.

63. Lu MY, *et al.* The Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms, Sleep Problems, and Psychological Distress Among COVID-19 Frontline Healthcare Workers in Taiwan. *Front Psychiatry*. 2021 Jul 12;12:705657. doi: 10.3389/fpsy.2021.705657.

16. Anexos

1. Dictamen de aprobación



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3502.
HOSPITAL GENERAL Dr. GALDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 18 CI 09 002 001
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 027 2017101

FECHA Lunes, 31 de mayo de 2021

M.E. MARIA DEL CARMEN SILVA ESCAMILLA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-3502-071

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

ATENTAMENTE

Dr. Guillermo Careaga Reyna
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3502

Impreso

IMSS
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

2. Cronograma de actividades

Cronograma de actividades planteado para la realización del proyecto de investigación de 2020 a 2022.

ACTIVIDADES	2020	2021												2022		
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	
Realización del protocolo de investigación	RX															
Presentación en la CVE	RX															
Revisión y aceptación por el comité tutorial	RX															
Evaluación y aprobación por SIRELCIS				RX	RX	RX										
Recolección de la información							RX	RX								
Captura de Información en base de datos							RX	RX								
Análisis de la información									RX	RX	RX					
Presentación de resultados en la CVE											PX	PX	PX			
Redacción de resultados											PX	PX	PX	PX	PX	
Presentación de resultados en el Hospital de Infectología																PX

RX: Realizado **PX:** Pendiente

3. Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**Carta de consentimiento informado para
participación en protocolos de investigación
(adultos)**

Nombre del estudio:	“Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza”		
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.		
Lugar y fecha:	Ciudad de México, 2021.		
Número de registro:	R-2021—3502-071		
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El presente estudio dará información sobre el número de trabajadores de la salud del Hospital COVID-19 de Infectología “Dr. Daniel Méndez Hernández” del CMN La Raza que tienen síntomas de depresión y ansiedad; asimismo, permitirá conocer los factores del trabajo que aportan mayor riesgo para el desarrollo de estas enfermedades. El conocer el número de trabajadores afectados es importante para realizar acciones y así evitar que estas enfermedades avancen y dañen la salud del trabajador. También la falta de salud mental puede afectar su trabajo y daña la calidad de la atención médica brindada, por lo cual estos problemas inevitablemente tendrán efectos negativos sobre la atención de los pacientes.</p> <p>El objetivo de este estudio es conocer cuál es el número de casos de personas con síntomas de ansiedad y depresión, y conocer la manera en que se relacionan estas enfermedades con aspectos del trabajo.</p>		
Procedimientos:	Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda individualmente un cuestionario, con una duración aproximada de 20 minutos. Se le realizarán preguntas correspondientes a datos personales, laborales, clínicos, sociales y relacionados con la actual pandemia por covid-19.		
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno, debido a que la evaluación se realizará mediante un cuestionario no existe riesgo físico, ni daño a su salud.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Los resultados de este estudio permitirán valorar si usted cuenta con síntomas de depresión y/o ansiedad, y de ser así se le podrá brindar atención u orientación médica.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En caso de que usted desee obtener los resultados de su encuesta se proporcionará un resumen de ella.		
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria, si usted decide no participar no será afectado en ningún sentido, es decir, su decisión no afectará su trabajo.		
Privacidad y confidencialidad:	<p>Toda la información que sea proporcionada correspondiente a sus datos de identificación será manejada de manera confidencial y por separado, se le asignará un número para identificar sus datos y este número será usado en lugar de su nombre, de igual manera se guardará la confidencialidad de todas las respuestas que surjan al contestar el cuestionario.</p> <p>Las únicas personas que tendrán acceso a esta información serán los investigadores encargados de la elaboración de este estudio.</p>		
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td> <p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros. Conservando la</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros. Conservando la</p>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros. Conservando la</p>		

muestra hasta por _____ años tras lo cual se destruirá la misma.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica.

Beneficios al término del estudio:

Los resultados permitirán realizar una evaluación de algunos aspectos de su salud mental, servirán para conocer cuántos casos de personas con síntomas de depresión y ansiedad hay en el hospital, y que factores laborales se pueden relacionar al desarrollo de estos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. María Del Carmen Silva Escamilla. Área de Epidemiología del Hospital de Infectología del CMN La Raza. Teléfono: 57245900. Ext 23922. Correo electrónico: maria.silvaemss.gob.mx

Dra. Blanca Sandra Ruiz Betancourt. División de Información Epidemiológica, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Teléfono: 5557261700. Ext 15720. Correo electrónico: blanca.ruizb@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dr. César Cruz Uscanga. Médico residente de tercer año de la especialidad médica en Epidemiología, HGR1 Dr. Carlos MacGregor. Teléfono: 2291272412. Correo electrónico: uscanga_265@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en Investigación 3502 de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza" del Centro Médico Nacional (CMN) La Raza: Avenida Jacarandas sin número, Colonia La Raza. Delegación Azcapotzalco, Ciudad de México. Dirección de Investigación en Salud, teléfono: 57245900 extensión 24428.

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído el contenido de este formato de consentimiento a mi satisfacción. Al firmar este formato estoy de acuerdo con participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

4. Instrumento de recolección de información



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



"Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Folio Fecha

Escribir las iniciales de su nombre

Sexo Edad

2. SOCIODEMOGRÁFICAS

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste todas las preguntas.

Estado civil Escolaridad Número de Hijos

Número de personas con las que vive

Las siguientes preguntas ayudarán a conocer su nivel socioeconómico. Por favor conteste todas las preguntas con la mayor sinceridad posible. Gracias.

Pensando en el jefe (a) del hogar ¿Cuál fue el último año de estudios que aprobó en la escuela?

¿Cuántos baños completos con regadera y excusado hay en su vivienda?

¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas, o con cabina o caja?

Sin tomar en cuenta la conexión móvil que pudiera tener desde algún celular ¿su hogar cuenta con internet?

De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar, ¿cuántas trabajaron en el último mes?

En su vivienda, ¿cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

Las siguientes preguntas se refieren al consumo de tabaco y alcohol que ha tenido durante la pandemia.

¿Cómo ha sido su consumo de tabaco durante esta pandemia?

¿Cómo ha sido su consumo de alcohol durante esta pandemia?

Las siguientes preguntas hacen referencia a la manera en que ha dormido durante el último mes. Intente responder de la manera más exacta posible lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. Por favor conteste todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿cuál ha sido, usualmente, su hora de acostarse?

Durante el último mes, ¿cuánto tiempo ha tardado en dormirse en las noches del último mes?

Durante el último mes, ¿a que hora se ha estado levantando por la mañana?

¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes?

Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Por favor, conteste todas las preguntas.

Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido problemas para dormir a causa de:

No poder conciliar el sueño en la primera media hora:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Despertarse durante la noche o de madrugada:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Tener que levantarse para ir al sanitario:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

No poder respirar bien:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Toser o roncar ruidosamente:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Durante el último mes ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su dormir?

- Bastante buena
- Buena
- Mala
- Bastante mala

Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía o desarrollaba alguna otra actividad?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Sentir frío:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Sentir demasiado calor:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Tener pesadillas o "malos sueños":

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Sufrir dolores:

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Otras razones (por favor descríbalas a continuación):

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas para dormir?

- Ninguna vez en el último mes
- Menos de una vez a la semana
- Una o dos veces a la semana
- Tres o más veces a la semana

Durante el último mes, ¿ha representado para usted mucho problema el "tener ánimos" para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?

- Ningún problema
- Un problema muy ligero
- Algo de problema
- Un gran problema



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA



"Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

Las preguntas se referirán al tiempo que usted destinó a estar físicamente activo en los últimos 7 días. Por favor responda a cada pregunta aún si no se considera una persona activa. Por favor, piense acerca de las actividades que realiza en su trabajo, como parte de sus tareas en el hogar o en el jardín, moviéndose de un lugar a otro, o en su tiempo libre para la recreación, el ejercicio o el deporte.

Piense en todas las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades físicas intensas se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

#¿Nombre?

Ninguna actividad física intensa

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?

#¿Nombre?

No sabe/No está seguro

Piense en todas las actividades moderadas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos 10 minutos seguidos.

Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? No incluya caminar

#¿Nombre?

Ninguna actividad física intensa

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?

#¿Nombre?

No sabe/No está seguro

Piense en el tiempo que usted dedicó a caminar en los últimos 7 días. Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó por lo menos 10 minutos seguidos?

#¿Nombre?

Ninguna actividad física intensa

Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a caminar en uno de esos días?

#¿Nombre?

No sabe/No está seguro

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted sentado durante los días hábiles de los últimos 7 días. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

#¿Nombre?

No sabe/No está seguro



"Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

3. ESTADO DE SALUD

Para cada una de las siguientes preguntas, contestar con la mayor sinceridad posible. Por favor, conteste todas las preguntas.

¿Cuenta usted con alguna enfermedad? ¿Cuál o cuáles? Tiempo de diagnóstico

¿Consume o consumió algún tratamiento?

¿Cuenta usted con algún diagnóstico de enfermedad psiquiátrica? Cuál

¿Hace cuánto tiempo lo diagnosticaron? ¿Consume o consumió algún tratamiento?

Cuál

¿Alguna vez un profesional de la salud lo ha diagnosticado con depresión?

¿Hace cuánto tiempo lo diagnosticaron? ¿Consume o consumió algún tratamiento?

Cuál

¿Alguna vez un profesional de la salud lo ha diagnosticado con trastorno de ansiedad generalizada?

¿Hace cuánto tiempo lo diagnosticaron? ¿Consume o consumió algún tratamiento?

Cuál ¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado con depresión?

¿Quién? #¿Nombre? ¿Alguien en su familia ha sido diagnosticado con ansiedad?

¿Quién? #¿Nombre?

¿Cuál es la percepción que tiene de su estado de salud actual?



"Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

4. OCUPACIÓN	
¿Cuál es su ocupación?	<input type="text"/>
¿Cuál es su tipo de contrato?	<input type="text"/>
¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este Hospital?	<input type="text"/>
¿Cuál es su turno laboral?	<input type="text"/>
¿Trabaja usted turnos extras?	<input type="text"/>
¿En qué servicio se encuentra laborando?	<input type="text"/>
¿Trabaja usted en algún otro lugar que no sea el Hospital de Infectología?	<input type="text"/>
¿Cuánto es el tiempo que tarda para llegar a su trabajo?	<input type="text"/>
¿Cuántas horas en promedio trabajó a la semana esta pandemia?	<input type="text"/>
Número de actividades que realizó aproximadamente en una jornada de trabajo en esta pandemia	<input type="text"/>
¿Cuál es la carga de trabajo en promedio percibida durante la pandemia?	#¿Nombre? <input type="text"/>
Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.	
(0) Nunca (1) Casi nunca (2) De vez en cuando (3) A menudo (4) Muy a menudo	
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	<input type="text"/>
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	<input type="text"/>



" Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

5.COVID

¿Se ha enfermado de COVID-19?

¿Algún miembro de su familia ha enfermado de COVID-19?

¿Algún miembro de su familia ha fallecido por COVID-19?

¿Algún amigo o conocido ha enfermado de COVID-19?

¿Algún amigo o conocido ha fallecido por COVID-19?

Durante la etapa de mayores casos de la pandemia ¿Se encontraba usted trabajando en el hospital?

Si la respuesta es no explique la razón

¿En qué fecha sucedió esto?

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone.

Aproximadamente , ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

(1) Nunca (2) Pocas veces (3)Algunas veces (4) La mayoría de las veces (5) Siempre

Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama

Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar

Alguien que le aconseje cuando tenga problemas

Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita

Alguien que le muestre amor y afecto

Alguien con quién pasar un buen rato

Alguien que le informe y le ayude a entender una situación

Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones

Alguien que le abrace

Alguien con quien pueda relajarse

Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo

Alguien cuyo consejo realmente desee

Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas

Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo

Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos

Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales

Alguien con quién divertirse

Alguien que comprenda sus problemas

Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido



"Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

6. DEPRESIÓN

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

No me siento especialmente culpable.

Me siento culpable en bastantes ocasiones.

Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

Me siento culpable constantemente.

No creo que esté siendo castigado.

Me siento como si fuese a ser castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

No estoy decepcionado de mí mismo.

Estoy decepcionado de mí mismo.

Me da vergüenza de mí mismo.

Me detesto.

No me considero peor que cualquier otro.

Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

Continuamente me culpo por mis faltas.

Me culpo por todo lo malo que sucede

No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque llorara

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto

que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta

difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo

volverme a dormir.

No me siento más cansado de lo normal.

Me canso más fácilmente que antes.

Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

Estoy demasiado cansado para hacer nada.

Mi apetito no ha disminuido.

No tengo tan buen apetito como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

He perdido más de 2 kilos y medio.

He perdido más de 4 kilos.

He perdido más de 7 kilos.

_ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

Estoy preocupado por problemas físicos como dolores,

molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil

pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz

de pensar en cualquier cosa.

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo



"Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

7. ANSIEDAD

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:

0= Nunca 1=Menos de la mitad de los días 2=Más de la mitad de los días 3=Casi todos los días

*Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0 1 2 3
*No ha podido dejar de preocuparse	0 1 2 3
*Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0 1 2 3
*Ha tenido dificultad para relajarse	0 1 2 3
*Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0 1 2 3
*Se ha irritado o enfadado con facilidad	0 1 2 3
*Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0 1 2 3

Por favor anote la puntuación adecuada:

0 = Ausente 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy grave o totalmente incapacitante

1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.	0 1 2 3 4
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse.	0 1 2 3 4
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	0 1 2 3 4
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos.	0 1 2 3 4
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida.	0 1 2 3 4
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día.	0 1 2 3 4
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular.	0 1 2 3 4
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de mucha incomodidad.	0 1 2 3 4
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido.	0 1 2 3 4
10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0 1 2 3 4
11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento.	0 1 2 3 4
12. Síntomas genitourinarias	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia.	0 1 2 3 4
13. Síntomas autónomas	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello.	0 1 2 3 4
14. Comportamiento	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos.	0 1 2 3 4



"Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza"

8. ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

Cada una de las siguientes preguntas se refiere a sucesos específicos, que usted puede haber experimentado durante la última semana. Para cada pregunta tenga en cuenta cuántas veces le ha sucedido (frecuencia) y con cuánta intensidad (gravedad). Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número de 0 a 4, para indicar la frecuencia y la gravedad.

Frecuencia	Gravedad
0 = nunca	0 = nada
1 = a veces	1 = leve
2 = 2-3 veces	2 = moderada
3 = 4-6 veces	3 = marcada
4 = a diario	4 = extrema

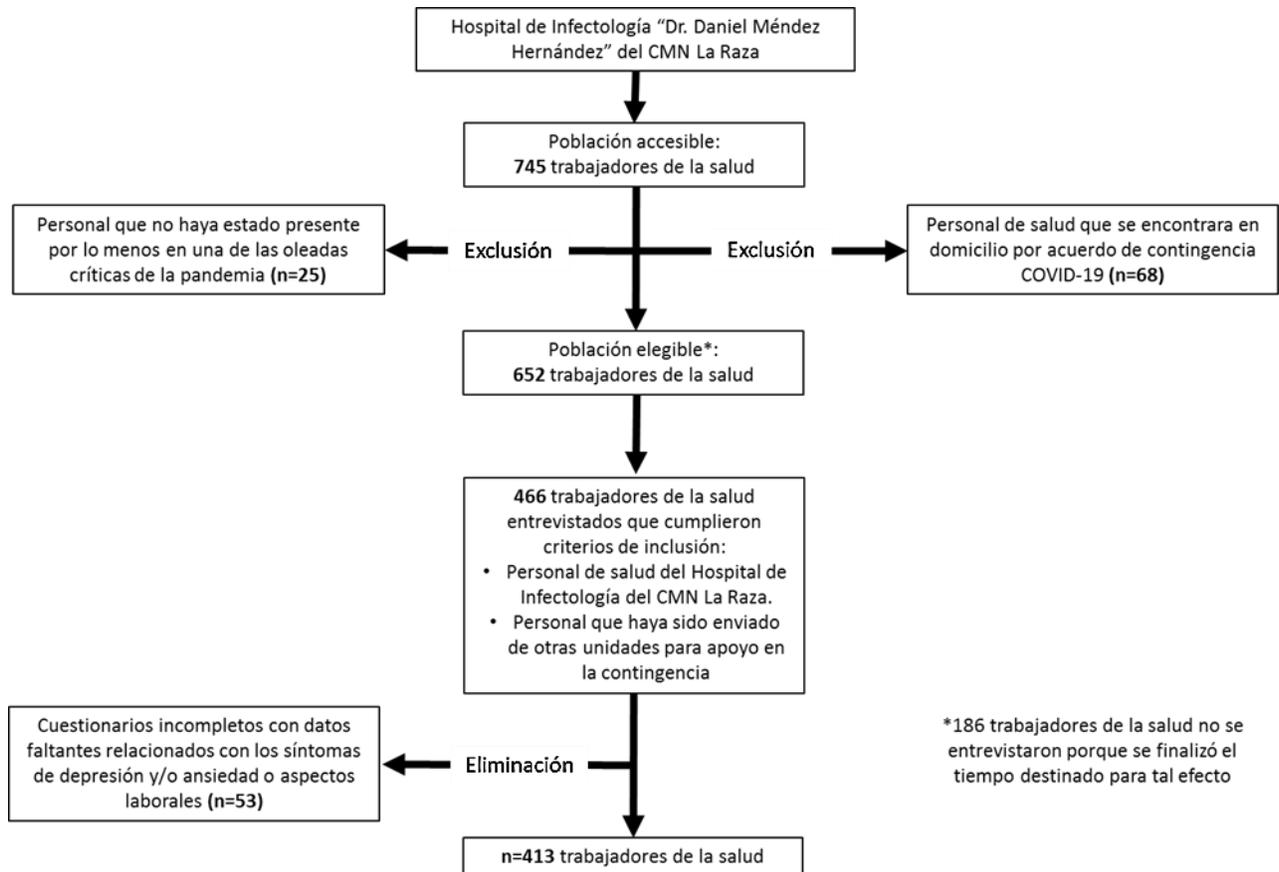
1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento. (Como transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea).
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.
10. Me he sentido distante o alejado de la gente.
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.
15. He tenido dificultades para concentrarme.
16. Me he sentido nervioso, fácilmente distraído, o como "en guardia".
17. He estado nervioso o me he asustado fácilmente.

Frecuencia

Gravedad

5. Figuras

Figura 1. Flujograma de selección de la muestra.



6. Tablas de resultados

Tabla 1 Prevalencia global y estratificada de síntomas de depresión y ansiedad en personal de salud, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Descripción	Prevalencia (IC95%)*	
	Síntomas de Depresión	Síntomas de Ansiedad
Prevalencia global	35.3 (30.6-39.9)	62.7 (58.0-67.3)
Prevalencia por grupo de edad		
20-29 años	37.2 (32.5-41.8)	62.7 (58.0-67.3)
30-39 años	36.5 (31.8-41.1)	66.0 (61.4-70.5)
40-49 años	41.2 (36.4-45.9)	64.8 (60.1-69.4)
50-59 años	19.6 (15.7-23.4)	49.1 (44.2-53.9)
≥60 años	16.6 (13.0-20.1)	66.6 (62.0-71.1)
Prevalencia por ocupación		
Otras categorías	31.4 (26.9-35.8)	58.5 (53.7-63.2)
Enfermería	40.5 (35.7-45.2)	67.6 (63.0-72.1)
Médico (a)	32.2 (27.6-36.7)	61.2 (56.5-65.8)

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

*Valores presentados en porcentajes

Tabla 1.1 Características sociodemográficas del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Total (n=413)	Síntomas de Depresión		Síntomas de Ansiedad	
		Sí (n=146)	No (n=267)	Sí (n=259)	No (n=154)
Edad en años, mediana (RIQ)	39 (32/46)	39 (32/45)	39 (32/48)	39 (33/46)	40 (32/49)
Sexo, núm (%)					
Masculino	162 (39.2)	44 (30.1)	118 (44.2)	91 (35.1)	71 (46.1)
Femenino	251 (60.8)	102 (69.9)	149 (55.8)	168 (64.9)	83 (53.9)
Estado civil, núm (%)					
Soltero (a)	146 (35.4)	56 (38.4)	90 (33.7)	87 (33.6)	59 (38.3)
Unión libre	72 (17.4)	18 (12.3)	54 (20.2)	46 (17.8)	26 (16.9)
Casado (a)	138 (33.4)	50 (34.2)	88 (33.0)	88 (34.0)	50 (32.5)
Divorciado (a)	31 (7.5)	13 (8.9)	18 (6.7)	22 (8.5)	9 (5.8)
Separado (a)	20 (4.8)	8 (5.5)	12 (4.5)	13 (5.0)	7 (4.5)
Viudo (a)	6 (1.5)	1 (0.7)	5 (1.9)	3 (1.2)	3 (1.9)
Escolaridad, núm (%)					
Primaria	2 (0.5)	1 (0.7)	1 (0.4)	2 (0.8)	0 (0.0)
Secundaria	20 (4.8)	4 (2.7)	16 (6.0)	9 (3.5)	11 (7.1)
Preparatoria	41 (9.9)	12 (8.2)	29 (10.9)	19 (7.3)	22 (14.3)
Carrera técnica	129 (31.2)	52 (35.6)	77 (28.8)	88 (34.0)	41 (26.6)
Licenciatura	147 (35.6)	52 (35.6)	95 (35.6)	96 (37.1)	51 (33.1)
Posgrado	74 (17.9)	25 (17.1)	49 (18.4)	45 (17.4)	29 (18.8)
Nivel socioeconómico, núm (%)					
A/B	100 (24.2)	28 (19.2)	72 (27.0)	62 (23.9)	38 (24.7)
C+	129 (31.2)	44 (30.1)	85 (31.8)	83 (32.0)	46 (29.9)
C	104 (25.2)	43 (29.5)	61 (22.8)	63 (24.3)	41 (26.6)
C-	50 (12.1)	19 (13.0)	31 (11.6)	28 (10.8)	22 (14.3)
D+	22 (5.3)	7 (4.8)	15 (5.6)	15 (5.8)	7 (4.5)
D	8 (1.9)	5 (3.4)	3 (1.1)	8 (3.1)	0 (0.0)
Número de hijos, núm (%)					
Ninguno	139 (33.7)	47 (32.2)	92 (34.5)	80 (30.9)	59 (38.3)
Uno	87 (21.1)	35 (24.0)	52 (19.5)	59 (22.8)	28 (18.2)
Dos	130 (31.5)	44 (30.1)	86 (32.2)	86 (33.2)	44 (28.6)
Tres o más	57 (13.8)	20 (13.7)	37 (13.9)	34 (13.1)	23 (14.9)
Número de personas con las que vive, núm (%)					
Ninguna	22 (5.3)	8 (5.5)	14 (5.2)	16 (6.2)	6 (3.9)
Una	66 (16.0)	20 (13.7)	46 (17.2)	39 (15.1)	27 (17.5)
Dos	92 (22.3)	34 (23.3)	58 (21.7)	62 (23.9)	30 (19.5)
Tres	97 (23.5)	39 (26.7)	58 (21.7)	64 (24.7)	33 (21.4)
Cuatro o más	136 (32.9)	45 (30.8)	91 (34.1)	78 (30.1)	58 (37.7)

RIQ rango intercuartil expresado como percentil 25 / percentil 75

Tabla 1.2 Características laborales del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Total (n=413)	Síntomas de Depresión		Síntomas de Ansiedad	
		Sí (n=146)	No (n=267)	Sí (n=259)	No (n=154)
Ocupación, núm (%)					
Administrativo	34 (8.2)	11 (7.5)	23 (8.6)	19 (7.3)	15 (9.7)
Asistente médico / trabajo social	13 (3.1)	6 (4.1)	7 (2.6)	10 (3.9)	3 (1.9)
Auxiliar administrativo	6 (1.5)	2 (1.4)	4 (1.5)	4 (1.5)	2 (1.3)
Enfermería	170 (41.2)	69 (47.3)	101 (37.8)	115 (44.4)	55 (35.7)
Médico (a)	50 (12.1)	18 (12.3)	32 (12.0)	33 (12.7)	17 (11.0)
Medico (a) residente	12 (2.9)	2 (1.4)	10 (3.7)	5 (1.9)	7 (4.5)
Nutrición y manejo de alimentos	22 (5.3)	9 (6.2)	13 (4.9)	15 (5.8)	7 (4.5)
Servicios de apoyo clínico y diagnóstico	48 (11.6)	14 (9.6)	34 (12.7)	27 (10.4)	21 (13.6)
Servicios básicos	58 (14.0)	15 (10.3)	43 (16.1)	31 (12.0)	27 (17.5)
Antigüedad laboral en años, mediana (RIQ)	3 (1/9)	4 (1/9)	3 (1/10)	4 (1/9)	3 (1/9)
Antigüedad laboral ≥ 10 años, núm (%)					
No	316 (76.5)	118 (80.8)	198 (74.2)	200 (77.2)	116 (75.3)
Sí	97 (23.5)	28 (19.2)	69 (25.8)	59 (22.8)	38 (24.7)
Contrato, núm (%)					
Confianza	7 (1.7)	3 (2.1)	4 (1.5)	6 (2.3)	1 (0.6)
Base	273 (66.1)	96 (65.8)	177 (66.3)	176 (68.0)	97 (63.0)
Contrato 02	78 (18.9)	25 (17.1)	53 (19.9)	42 (16.2)	36 (23.4)
Contrato 08	36 (8.7)	16 (11.0)	20 (7.5)	23 (8.9)	13 (8.4)
Beca	10 (2.4)	2 (1.4)	8 (3.0)	4 (1.5)	6 (3.9)
Eventual	9 (2.2)	4 (2.7)	5 (1.9)	8 (3.1)	1 (0.6)
Turno laboral, núm (%)					
Matutino	215 (52.1)	83 (56.8)	132 (49.4)	142 (54.8)	73 (47.4)
Vespertino	68 (16.5)	18 (12.3)	50 (18.7)	39 (15.1)	29 (18.8)
Nocturno	115 (27.8)	41 (28.1)	74 (27.7)	69 (26.6)	46 (29.9)
Jornada acumulada	15 (3.6)	4 (2.7)	11 (4.1)	9 (3.5)	6 (3.9)

Horas de trabajo semanal durante la pandemia, mediana (RIQ)	40 (36/48)	40 (36/48)	40 (36/48)	40 (36/48)	40 (36/43)
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)					
≤ 40 hrs	287 (69.5)	98 (67.1)	189 (70.8)	172 (66.4)	115 (74.7)
> 40 hrs	126 (30.5)	48 (32.9)	78 (29.2)	87 (33.6)	39 (25.3)
Turnos extras, núm (%)					
No	282 (68.3)	93 (63.7)	189 (70.8)	164 (63.3)	118 (76.6)
Sí	131 (31.7)	53 (36.3)	78 (29.2)	95 (36.7)	36 (23.4)
Tiempo en llegar al trabajo, núm (%)					
< 30 min	117 (28.3)	41 (28.1)	76 (28.5)	74 (28.6)	43 (27.9)
30 min - < 1 hr	154 (37.3)	50 (34.2)	104 (39.0)	93 (35.9)	61 (39.6)
1 - 2 hrs	129 (31.2)	47 (32.2)	82 (30.7)	82 (31.7)	47 (30.5)
> 2 hrs	13 (3.1)	8 (5.5)	5 (1.9)	10 (3.9)	3 (1.9)
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)					
Leve	13 (3.1)	1 (0.7)	12 (4.5)	3 (1.2)	10 (6.5)
Moderada	114 (27.6)	33 (22.6)	81 (30.3)	63 (24.3)	51 (33.1)
Severa	286 (69.2)	112 (76.7)	174 (65.2)	193 (74.5)	93 (60.4)
Estrés percibido, núm (%)					
Casi nunca o nunca	62 (15.0)	1 (0.7)	61 (22.8)	5 (1.9)	57 (37.0)
De vez en cuando	252 (61.0)	63 (43.2)	189 (70.8)	156 (60.2)	96 (62.3)
A menudo	95 (23.0)	78 (53.4)	17 (6.4)	94 (36.3)	1 (0.6)
Muy a menudo	4 (1.0)	4 (2.7)	0 (0.0)	4 (1.5)	0 (0.0)
Otro trabajo, núm (%)					
No	326 (78.9)	120 (82.2)	206 (77.2)	204 (78.8)	122 (79.2)
Sí	87 (21.1)	26 (17.8)	61 (22.8)	55 (21.2)	32 (20.8)

RIQ rango intercuartil expresado como percentil 25 / percentil 75

Tabla 1.3 Características del estilo de vida durante la pandemia del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Total (n=413)	Síntomas de Depresión		Síntomas de Ansiedad	
		Sí (n=146)	No (n=267)	Sí (n=259)	No (n=154)
Consumo de tabaco, núm (%)					
No consume	311 (75.3)	109 (74.7)	202 (75.7)	186 (71.8)	125 (81.2)
Ha reducido	33 (8.0)	5 (3.4)	28 (10.5)	17 (6.6)	16 (10.4)
Con la misma frecuencia	34 (8.2)	12 (8.2)	22 (8.2)	23 (8.9)	11 (7.1)
Ha aumentado	35 (8.5)	20 (13.7)	15 (5.6)	33 (12.7)	2 (1.3)
Consumo de alcohol, núm (%)					
No consume	198 (47.9)	60 (41.1)	138 (51.7)	112 (43.2)	86 (55.8)
Ha reducido	74 (17.9)	25 (17.1)	49 (18.4)	43 (16.6)	31 (20.1)
Con la misma frecuencia	88 (21.3)	26 (17.8)	62 (23.2)	59 (22.8)	29 (18.8)
Ha aumentado	53 (12.8)	35 (24.0)	18 (6.7)	45 (17.4)	8 (5.2)
Horas de sueño, núm (%)					
> 7 hrs	80 (19.4)	16 (11.0)	64 (24.0)	38 (14.7)	42 (27.3)
> 6 - 7 hrs	79 (19.1)	17 (11.6)	62 (23.2)	35 (13.5)	44 (28.6)
5 - 6 hrs	137 (33.2)	48 (32.9)	89 (33.3)	92 (35.5)	45 (29.2)
< 5 hrs	117 (28.3)	65 (44.5)	52 (19.5)	94 (36.3)	23 (14.9)
Calidad percibida del sueño, núm (%)					
Buena	209 (50.6)	26 (17.8)	183 (68.5)	83 (32.0)	126 (81.8)
Mala	204 (49.4)	120 (82.2)	84 (31.5)	176 (68.0)	28 (18.2)
Actividad física, núm (%)					
Alta	66 (16.0)	25 (17.1)	41 (15.4)	39 (15.1)	27 (17.5)
Moderada	158 (38.3)	44 (30.1)	114 (42.7)	97 (37.5)	61 (39.6)
Baja	189 (45.8)	77 (52.7)	112 (41.9)	123 (47.5)	66 (42.9)

Tabla 1.4 Características clínicas del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Total (n=413)	Síntomas de Depresión		Síntomas de Ansiedad	
		Sí (n=146)	No (n=267)	Sí (n=259)	No (n=154)
Antecedente de enfermedades, núm (%)					
No	274 (66.3)	80 (54.8)	194 (72.7)	154 (59.5)	120 (77.9)
Sí	139 (33.7)	66 (45.2)	73 (27.3)	105 (40.5)	34 (22.1)
Antecedente de depresión, núm (%)					
No	346 (83.8)	110 (75.3)	236 (88.4)	204 (78.8)	142 (92.2)
Sí	67 (16.2)	36 (24.7)	31 (11.6)	55 (21.2)	12 (7.8)
Antecedente de ansiedad, núm (%)					
No	348 (84.3)	107 (73.3)	241 (90.3)	201 (77.6)	147 (95.5)
Sí	65 (15.7)	39 (26.7)	26 (9.7)	58 (22.4)	7 (4.5)
Antecedente familiar de depresión, núm (%)					
No	315 (76.3)	100 (68.5)	215 (80.5)	190 (73.4)	125 (81.2)
Sí	98 (23.7)	46 (31.5)	52 (19.5)	69 (26.6)	29 (18.8)
Antecedente familiar de ansiedad, núm (%)					
No	350 (84.7)	116 (79.5)	234 (87.6)	214 (82.6)	136 (88.3)
Sí	63 (15.3)	30 (20.5)	33 (12.4)	45 (17.4)	18 (11.7)
Percepción del estado de salud, núm (%)					
Bueno	244 (59.1)	44 (30.1)	200 (74.9)	114 (44.0)	130 (84.4)
Regular	147 (35.6)	83 (56.8)	64 (24.0)	124 (47.9)	23 (14.9)
Malo	22 (5.3)	19 (13.0)	3 (1.1)	21 (8.1)	1 (0.6)

Tabla 1.5 COVID-19 en personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Total (n=413)	Síntomas de Depresión		Síntomas de Ansiedad	
		Sí (n=146)	No (n=267)	Sí (n=259)	No (n=154)
Antecedente de COVID-19, núm (%)					
No	235 (56.9)	78 (53.4)	157 (58.8)	146 (56.4)	89 (57.8)
Sí	178 (43.1)	68 (46.6)	110 (41.2)	113 (43.6)	65 (42.2)
Familiares con antecedente de COVID-19, núm (%)					
No	143 (34.6)	51 (34.9)	92 (34.5)	89 (34.4)	54 (35.1)
Sí	270 (65.4)	95 (65.1)	175 (65.5)	170 (65.6)	100 (64.9)
Familiares fallecidos por COVID-19, núm (%)					
No	320 (77.5)	108 (74.0)	212 (79.4)	194 (74.9)	126 (81.8)
Sí	93 (22.5)	38 (26.0)	55 (20.6)	65 (25.1)	28 (18.2)
Conocidos con antecedente de COVID-19, núm (%)					
No	17 (4.1)	4 (2.7)	13 (4.9)	6 (2.3)	11 (7.1)
Sí	396 (95.9)	142 (97.3)	254 (95.1)	253 (97.7)	143 (92.9)
Conocidos fallecidos por COVID-19, núm (%)					
No	61 (14.8)	17 (11.6)	44 (16.5)	29 (11.2)	32 (20.8)
Sí	352 (85.2)	129 (88.4)	223 (83.5)	230 (88.8)	122 (79.2)

Tabla 1.6 Características del apoyo y relaciones sociales del personal de salud de acuerdo con la presencia de síntomas de depresión y de ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Total (n=413)	Síntomas de Depresión		Síntomas de Ansiedad	
		Sí (n=146)	No (n=267)	Sí (n=259)	No (n=154)
Apoyo social, núm (%)					
Buen apoyo	288 (69.7)	78 (53.4)	210 (78.7)	159 (61.4)	129 (83.8)
Mal apoyo	125 (30.3)	68 (46.6)	57 (21.3)	100 (38.6)	25 (16.2)
Apoyo emocional, núm (%)					
Buen apoyo	268 (64.9)	71 (48.6)	197 (73.8)	150 (57.9)	118 (76.6)
Mal apoyo	145 (35.1)	75 (51.4)	70 (26.2)	109 (42.1)	36 (23.4)
Ayuda material, núm (%)					
Mucha ayuda	275 (66.6)	80 (54.8)	195 (73.0)	156 (60.2)	119 (77.3)
Poca ayuda	138 (33.4)	66 (45.2)	72 (27.0)	103 (39.8)	35 (22.7)
Relaciones sociales de ocio y distracción, núm (%)					
Buenas relaciones	307 (74.3)	85 (58.2)	222 (83.1)	176 (68.0)	131 (85.1)
Malas relaciones	106 (25.7)	61 (41.8)	45 (16.9)	83 (32.0)	23 (14.9)
Apoyo afectivo, núm (%)					
Buen apoyo	327 (79.2)	98 (67.1)	229 (85.8)	190 (73.4)	137 (89.0)
Mal apoyo	86 (20.8)	48 (32.9)	38 (14.2)	69 (26.6)	17 (11.0)

Tabla 2.1 Características del personal de salud de acuerdo con el grado de síntomas de Depresión, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Síntomas de Depresión					P
	Total (n=413)	Ausentes (n=267)	Leves (n=100)	Moderados (n=37)	Graves (n=9)	
Edad en años, mediana (RIQ)	39 (32/46)	39 (32/48)	39.5 (32/45)	37 (33.5/45.5)	37 (32.5/43)	0.596*
Sexo, núm (%)						
Masculino	162 (39.2)	118 (44.2)	31 (31.0)	11 (29.7)	2 (22.2)	
Femenino	251 (60.8)	149 (55.8)	69 (69.0)	26 (70.3)	7 (77.8)	0.044**
Estado civil, núm (%)						
Con pareja	210 (50.8)	142 (53.2)	45 (45.0)	18 (48.6)	5 (55.6)	
Sin pareja	203 (49.2)	125 (46.8)	55 (55.0)	19 (51.4)	4 (44.4)	0.551**
Nivel socioeconómico, núm (%)						
A/B	100 (24.2)	72 (27.0)	17 (17.0)	9 (24.3)	2 (22.2)	
C	283 (68.5)	177 (66.3)	77 (77.0)	24 (64.9)	5 (55.6)	
D	30 (7.3)	18 (6.7)	6 (6.0)	4 (10.8)	2 (22.2)	0.219**
Ocupación, núm (%)						
Administrativo	34 (8.2)	23 (8.6)	7 (7.0)	3 (8.1)	1 (11.1)	
Asistente médico / trabajo social	13 (3.1)	7 (2.6)	5 (5.0)	1 (2.7)	0 (0.0)	
Auxiliar administrativo	6 (1.5)	4 (1.5)	1 (1.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	
Enfermería	170 (41.2)	101 (37.8)	50 (50.0)	16 (43.2)	3 (33.3)	
Médico (a)	50 (12.1)	32 (12.0)	13 (13.0)	3 (8.1)	2 (22.2)	
Medico (a) residente	12 (2.9)	10 (3.7)	2 (2.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Nutrición y manejo de alimentos	22 (5.3)	13 (4.9)	4 (4.0)	4 (10.8)	1 (11.1)	
Servicios de apoyo clínico y diagnóstico	48 (11.6)	34 (12.7)	9 (9.0)	5 (13.5)	0 (0.0)	
Servicios básicos	58 (14.0)	43 (16.1)	9 (9.0)	5 (13.5)	1 (11.1)	0.544**
Antigüedad laboral en años, mediana (RIQ)	3 (1/9)	3 (1/10)	4 (1/9)	4 (1/9)	6 (2.5/8)	0.917*
Antigüedad laboral > 10 años, núm (%)						
No	316 (76.5)	198 (74.2)	80 (80.0)	29 (78.4)	9 (100.0)	
Sí	97 (23.5)	69 (25.8)	20 (20.0)	8 (21.6)	0 (0.0)	0.227**
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, mediana (RIQ)	40 (36/48)	40 (36/48)	40 (36/47.7)	40 (36/50)	40 (36/48)	0.086*

Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)						
≤ 40 hrs	287 (69.5)	189 (70.8)	68 (68.0)	25 (67.6)	5 (55.6)	
> 40 hrs	126 (30.5)	78 (29.2)	32 (32.0)	12 (32.4)	4 (44.4)	0.752**
Turnos extras, núm (%)						
No	282 (68.3)	189 (70.8)	65 (65.0)	22 (59.5)	6 (66.7)	
Sí	131 (31.7)	78 (29.2)	35 (35.0)	15 (40.5)	3 (33.3)	0.456**
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)						
Leve	13 (3.1)	12 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (11.1)	
Moderada	114 (27.6)	81 (30.3)	24 (24.0)	8 (21.6)	1 (11.1)	
Severa	286 (69.2)	174 (65.2)	76 (76.0)	29 (78.4)	7 (77.8)	0.007***
Estrés percibido, núm (%)						
Casi nunca o nunca	62 (15.0)	61 (22.8)	1 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
De vez en cuando	252 (61.0)	189 (70.8)	56 (56.0)	6 (16.2)	1 (11.1)	
A menudo	95 (23.0)	17 (6.4)	43 (43.0)	30 (81.1)	5 (55.6)	
Muy a menudo	4 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.7)	3 (33.3)	<0.001**
Otro trabajo, núm (%)						
No	326 (78.9)	206 (77.2)	83 (83.0)	29 (78.4)	8 (88.9)	
Sí	87 (21.1)	61 (22.8)	17 (17.0)	8 (21.6)	1 (11.1)	0.563**
Horas de sueño, núm (%)						
> 7 hrs	80 (19.4)	64 (24.0)	13 (13.0)	1 (2.7)	2 (22.2)	
> 6 - 7 hrs	79 (19.1)	62 (23.2)	15 (15.0)	2 (5.4)	0 (0.0)	
5 - 6 hrs	137 (33.2)	89 (33.3)	31 (31.0)	14 (37.8)	3 (33.3)	
< 5 hrs	117 (28.3)	52 (19.5)	41 (41.0)	20 (54.1)	4 (44.4)	<0.001**
Calidad percibida del sueño, núm (%)						
Buena	209 (50.6)	183 (68.5)	25 (25.0)	1 (2.7)	0 (0.0)	
Mala	204 (49.4)	84 (31.5)	75 (75.0)	36 (97.3)	9 (100.0)	<0.001**
Actividad física, núm (%)						
Alta	66 (16.0)	41 (15.4)	16 (16.0)	8 (21.6)	1 (11.1)	
Moderada	158 (38.3)	114 (42.7)	35 (35.0)	7 (18.9)	2 (22.2)	
Baja	189 (45.8)	112 (41.9)	49 (49.0)	22 (59.5)	6 (66.7)	0.114***

Antecedente de enfermedades, núm (%)						
No	274 (66.3)	194 (72.7)	57 (57.0)	19 (51.4)	4 (44.4)	
Sí	139 (33.7)	73 (27.3)	43 (43.0)	18 (48.6)	5 (55.6)	0.002**
Antecedente de depresión, núm (%)						
No	346 (83.8)	236 (88.4)	83 (83.0)	22 (59.5)	5 (55.6)	
Sí	67 (16.2)	31 (11.6)	17 (17.0)	15 (40.5)	4 (44.4)	<0.001**
Antecedente familiar de depresión, núm (%)						
No	315 (76.3)	215 (80.5)	68 (68.0)	27 (73.0)	5 (55.6)	
Sí	98 (23.7)	52 (19.5)	32 (32.0)	10 (27.0)	4 (44.4)	0.032**
Familiares fallecidos por COVID-19, núm (%)						
No	320 (77.5)	212 (79.4)	73 (73.0)	28 (75.7)	7 (77.8)	
Sí	93 (22.5)	55 (20.6)	27 (27.0)	9 (24.3)	2 (22.2)	0.618**
Conocidos fallecidos por COVID-19, núm (%)						
No	61 (14.8)	44 (16.5)	13 (13.0)	4 (10.8)	0 (0.0)	
Sí	352 (85.2)	223 (83.5)	87 (87.0)	33 (89.2)	9 (100.0)	0.409**

RIQ rango intercuartil expresado como percentil 25 / percentil 75

Valores de p calculados mediante *Kruskall-Wallis, **V de Kramer, ***Tau-c de Kendall

Tabla 2.2 Características del personal de salud de acuerdo con el grado de síntomas de Ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Síntomas de Ansiedad					P
	Total (n=413)	Ausentes (n=154)	Leves (n=147)	Moderados (n=77)	Graves (n=35)	
Edad en años, mediana (RIQ)	39 (32/46)	40 (32/49)	39 (33/47)	39 (32.5/45)	37 (33/43)	0.521*
Sexo, núm (%)						
Masculino	162 (39.2)	71 (46.1)	59 (40.1)	23 (29.9)	9 (25.7)	
Femenino	251 (60.8)	83 (53.9)	88 (59.9)	54 (70.1)	26 (74.3)	0.035**
Estado civil, núm (%)						
Sin pareja	203 (49.2)	78 (50.6)	77 (52.4)	29 (37.7)	19 (54.3)	
Con pareja	210 (50.8)	76 (49.4)	70 (47.6)	48 (62.3)	16 (45.7)	0.159**
Nivel socioeconómico, núm (%)						
A/B	100 (24.2)	38 (24.7)	37 (25.2)	16 (20.8)	9 (25.7)	
C	283 (68.5)	109 (70.8)	95 (64.6)	57 (74.0)	22 (62.9)	
D	30 (7.3)	7 (4.5)	15 (10.2)	4 (5.2)	4 (11.4)	0.420**
Ocupación, núm (%)						
Administrativo	34 (8.2)	15 (9.7)	10 (6.8)	7 (9.1)	2 (5.7)	
Asistente médico / trabajo social	13 (3.1)	3 (1.9)	5 (3.4)	4 (5.2)	1 (2.9)	
Auxiliar administrativo	6 (1.5)	2 (1.3)	3 (2.0)	0 (0.0)	1 (2.9)	
Enfermería	170 (41.2)	55 (35.7)	65 (44.2)	37 (48.1)	13 (37.1)	
Médico (a)	50 (12.1)	17 (11.0)	16 (10.9)	12 (15.6)	5 (14.3)	
Medico (a) residente	12 (2.9)	7 (4.5)	5 (3.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Nutrición y manejo de alimentos	22 (5.3)	7 (4.5)	8 (5.4)	3 (3.9)	4 (11.4)	
Servicios de apoyo clínico y diagnóstico	48 (11.6)	21 (13.6)	15 (10.2)	7 (9.1)	5 (14.3)	
Servicios básicos	58 (14.0)	27 (17.5)	20 (13.6)	7 (9.1)	4 (11.4)	0.662**
Antigüedad laboral, mediana (RIQ)	3 (1/9)	3 (1/9.2)	4 (1/10)	3 (1/9)	4 (2/9)	0.560*
Antigüedad laboral ≥ 10 años, núm (%)						
No	316 (76.5)	116 (75.3)	110 (74.8)	61 (79.2)	29 (82.9)	
Sí	97 (23.5)	38 (24.7)	37 (25.2)	16 (20.8)	6 (17.1)	0.694**
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, mediana (RIQ)	40 (36/48)	40 (36/42.7)	40 (36/50)	40 (36/48)	40 (36/45)	0.262*

Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)						
≤ 40 hrs	287 (69.5)	115 (74.7)	94 (63.9)	53 (68.8)	25 (71.4)	
> 40 hrs	126 (30.5)	39 (25.3)	53 (36.1)	24 (31.2)	10 (28.6)	0.244**
Turnos extras, núm (%)						
No	282 (68.3)	118 (76.6)	93 (63.3)	48 (62.3)	23 (65.7)	
Sí	131 (31.7)	36 (23.4)	54 (36.7)	29 (37.7)	12 (34.3)	0.046**
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)						
Leve	13 (3.1)	10 (6.5)	2 (1.4)	0 (0.0)	1 (2.9)	
Moderada	114 (27.6)	51 (33.1)	42 (28.6)	16 (20.8)	5 (14.3)	
Severa	286 (69.2)	93 (60.4)	103 (70.1)	61 (79.2)	29 (82.9)	<0.001***
Estrés percibido, núm (%)						
Casi nunca o nunca	62 (15.0)	57 (37.0)	4 (2.7)	1 (1.3)	0 (0.0)	
De vez en cuando	252 (61.0)	96 (62.3)	116 (78.9)	32 (41.6)	8 (22.9)	
A menudo	95 (23.0)	1 (0.6)	27 (18.4)	44 (57.1)	23 (65.7)	
Muy a menudo	4 (1.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (11.4)	<0.001**
Otro trabajo, núm (%)						
No	326 (78.9)	122 (79.2)	118 (80.3)	57 (74.0)	29 (82.9)	
Sí	87 (21.1)	32 (20.8)	29 (19.7)	20 (26.0)	6 (17.1)	0.658**
Horas de sueño, núm (%)						
> 7 hrs	80 (19.4)	42 (27.3)	27 (18.4)	7 (9.1)	4 (11.4)	
> 6 - 7 hrs	79 (19.1)	44 (28.6)	24 (16.3)	11 (14.3)	0 (0.0)	
5 - 6 hrs	137 (33.2)	45 (29.2)	50 (34.0)	30 (39.0)	12 (34.3)	
< 5 hrs	117 (28.3)	23 (14.9)	46 (31.3)	29 (37.7)	19 (54.3)	<0.001**
Calidad percibida del sueño, núm (%)						
Buena	209 (50.6)	126 (81.8)	71 (48.3)	11 (14.3)	1 (2.9)	
Mala	204 (49.4)	28 (18.2)	76 (51.7)	66 (85.7)	34 (97.1)	<0.001**
Actividad física, núm (%)						
Alta	66 (16.0)	27 (17.5)	21 (14.3)	12 (15.6)	6 (17.1)	
Moderada	158 (38.3)	61 (39.6)	60 (40.8)	27 (35.1)	10 (28.6)	
Baja	189 (45.8)	66 (42.9)	66 (44.9)	38 (49.4)	19 (54.3)	0.248***

Antecedente de enfermedades, núm (%)						
No	274 (66.3)	120 (77.9)	97 (66.0)	41 (53.2)	16 (45.7)	
Sí	139 (33.7)	34 (22.1)	50 (34.0)	36 (46.8)	19 (54.3)	<0.001**
Antecedente de ansiedad, núm (%)						
No	348 (84.3)	147 (95.5)	122 (83.0)	58 (75.3)	21 (60.0)	
Sí	65 (15.7)	7 (4.5)	25 (17.0)	19 (24.7)	14 (40.0)	<0.001**
Antecedente familiar de ansiedad, núm (%)						
No	350 (84.7)	136 (88.3)	125 (85.0)	60 (77.9)	29 (82.9)	
Sí	63 (15.3)	18 (11.7)	22 (15.0)	17 (22.1)	6 (17.1)	0.222**
Familiares fallecidos por COVID-19, núm (%)						
No	320 (77.5)	126 (81.8)	110 (74.8)	58 (75.3)	26 (74.3)	
Sí	93 (22.5)	28 (18.2)	37 (25.2)	19 (24.7)	9 (25.7)	0.447**
Conocidos fallecidos por COVID-19, núm (%)						
No	61 (14.8)	32 (20.8)	14 (9.5)	10 (13.0)	5 (14.3)	
Sí	352 (85.2)	122 (79.2)	133 (90.5)	67 (87.0)	30 (85.7)	0.050**

RIQ rango intercuartil expresado como percentil 25 / percentil 75

Valores de p calculados mediante *Kruskall-Wallis, **V de Kramer, ***Tau-c de Kendall

Tabla 3.1 Asociación de las características sociodemográficas, laborales, del estilo de vida y de apoyo con la presencia de síntomas de Depresión en personal de salud participante, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Síntomas de Depresión					
	Sí (n=146)	No (n=267)	RMP	IC 95%	p	p tend
Grupos de edad, núm (%)						
20-29	22 (15.1)	37 (13.9)	Referencia			
30-39	57 (39.0)	99 (37.1)	0.96	0.52-1.80		
40-49	54 (37.0)	77 (28.8)	1.17	0.62-2.21		
50-59	12 (8.2)	49 (18.4)	0.41	0.18-0.93		
≥60	1 (0.7)	5 (1.9)	0.33	0.03-3.06	0.047*	
Sexo, núm (%)						
Masculino	44 (30.1)	118 (44.2)	Referencia			
Femenino	102 (69.9)	149 (55.8)	1.83	1.19 - 2.81	0.005*	
Estado civil, núm (%)						
Con pareja	68 (46.6)	142 (53.2)	Referencia			
Sin pareja	78 (53.4)	125 (46.8)	1.30	0.87-1.95	0.199*	
Nivel socioeconómico, núm (%)						
A/B	28 (19.2)	72 (27.0)	Referencia			
C	106 (72.6)	177 (66.3)	1.54	0.93-2.53		
D	12 (8.2)	18 (6.7)	1.71	0.73-4.01	0.203*	0.093
Ocupación, núm (%)						
Otras categorías	57 (39.0)	124 (46.4)	Referencia			
Enfermería	69 (47.3)	101 (37.8)	1.48	0.95-2.30		
Médico (a)	20 (13.7)	42 (15.7)	1.03	0.55-1.92	0.176*	
Antigüedad laboral > 10 años, núm (%)						
No	118 (80.8)	198 (74.2)	Referencia			
Sí	28 (19.2)	69 (25.8)	0.68	0.41-1.11	0.127*	
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)						
≤ 40 hrs	98 (67.1)	189 (70.8)	Referencia			
> 40 hrs	48 (32.9)	78 (29.2)	1.18	0.76-1.83	0.440*	

Turnos extras, núm (%)						
No	93 (63.7)	189 (70.8)	Referencia			
Sí	53 (36.3)	78 (29.2)	1.38	0.90-2.11	0.139*	
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)						
Leve	1 (0.7)	12 (4.5)	Referencia			
Moderada	33 (22.6)	81 (30.3)	4.88	0.61-39.12		
Severa	112 (76.7)	174 (65.2)	7.72	0.99-60.22	0.017*	0.005
Estrés percibido, núm (%)						
No	1 (0.7)	61 (22.8)	Referencia			
Sí	145 (99.3)	206 (77.2)	42.93	5.88-313.27	<0.001**	
Otro trabajo, núm (%)						
No	120 (82.2)	206 (77.2)	Referencia			
Sí	26 (17.8)	61 (22.8)	0.73	0.43-1.22	0.230*	
Horas de sueño, núm (%)						
> 7 hrs	16 (11.0)	64 (24.0)	Referencia			
> 6 - 7 hrs	17 (11.6)	62 (23.2)	1.09	0.50-2.36		
5 - 6 hrs	48 (32.9)	89 (33.3)	2.15	1.12-4.13		
< 5 hrs	65 (44.5)	52 (19.5)	5.00	2.58-9.65	<0.001*	<0.001
Calidad percibida del sueño, núm (%)						
Buena	26 (17.8)	183 (68.5)	Referencia			
Mala	120 (82.2)	84 (31.5)	10.05	6.12-16.51	<0.001*	
Actividad física, núm (%)						
Alta	25 (17.1)	41 (15.4)	Referencia			
Moderada	44 (30.1)	114 (42.7)	0.63	0.34-1.16		
Baja	77 (52.7)	112 (41.9)	1.12	0.63-2.02	0.0395*	0.228
Antecedente de enfermedades, núm (%)						
No	80 (54.8)	194 (72.7)	Referencia			
Sí	66 (45.2)	73 (27.3)	2.19	1.43-3.34	<0.001*	
Antecedente de depresión, núm (%)						
No	110 (75.3)	236 (88.4)	Referencia			
Sí	36 (24.7)	31 (11.6)	2.49	1.46-4.23	0.001*	

Antecedente familiar de depresión, núm (%)					
No	100 (68.5)	215 (80.5)	Referencia		
Sí	46 (31.5)	52 (19.5)	1.90	1.19-3.01	0.006*
Familiares fallecidos por COVID-19, núm (%)					
No	108 (74.0)	212 (79.4)	Referencia		
Sí	38 (26.0)	55 (20.6)	1.35	0.84-2.17	0.207*
Amigos fallecidos por COVID-19, núm (%)					
No	17 (11.6)	44 (16.5)	Referencia		
Sí	129 (88.4)	223 (83.5)	1.49	0.82-2.72	0.186*

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson y **Prueba exacta de Fisher

Tabla 3.2 Asociación de las características sociodemográficas, laborales, del estilo de vida y de apoyo con la presencia de síntomas de Ansiedad en personal de salud participante, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Característica	Síntomas de Ansiedad					
	Sí (n=259)	No (n=154)	RMP	IC 95%	p	p tend
Grupos de edad, núm (%)						
20-29	37 (14.3)	22 (14.3)	Referencia			
30-39	103 (39.8)	53 (34.4)	1.15	0.61-2.15		
40-49	85 (32.8)	46 (29.9)	1.09	0.58-2.07		
50-59	30 (11.6)	31 (20.1)	0.57	0.27-1.19		
≥60	4 (1.5)	2 (1.3)	1.18	0.20-7.03	0.215*	
Sexo, núm (%)						
Masculino	91 (35.1)	71 (46.1)	Referencia			
Femenino	168 (64.9)	83 (53.9)	1.57	1.05-2.37	0.027*	
Estado civil, núm (%)						
Sin pareja	125 (48.3)	78 (50.6)	Referencia			
Con pareja	134 (51.7)	76 (49.4)	1.10	0.73-1.63	0.639*	
Nivel socioeconómico, núm (%)						
A/B	62 (23.9)	38 (24.7)	Referencia			
C	174 (67.2)	109 (70.8)	0.97	0.61-1.56		
D	23 (8.9)	7 (4.5)	2.01	0.78-5.14	0.260*	0.352
Ocupación, núm (%)						
Otras categorías	106 (40.9)	75 (48.7)	Referencia			
Enfermería	115 (44.4)	55 (35.7)	1.47	0.95-2.28		
Médico (a)	38 (14.7)	24 (15.6)	1.12	0.62-2.02	0.207*	
Antigüedad laboral > 10 años, núm (%)						
No	200 (77.2)	116 (75.3)	Referencia			
Sí	59 (22.8)	38 (24.7)	0.90	0.56-1.43	0.660*	
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)						
≤ 40 hrs	172 (66.4)	115 (74.7)	Referencia			
> 40 hrs	87 (33.6)	39 (25.3)	1.49	0.95-2.32	0.078*	

Turnos extras, núm (%)						
No	164 (63.3)	118 (76.6)	Referencia			
Sí	95 (36.7)	36 (23.4)	1.89	1.20-2.97	0.005*	
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)						
Leve	3 (1.2)	10 (6.5)	Referencia			
Moderada	63 (24.3)	51 (33.1)	4.12	1.07-15.75		
Severa	193 (74.5)	93 (60.4)	6.92	1.85-25.73	<0.001*	<0.001
Estrés percibido, núm (%)						
No	5 (1.9)	57 (37.0)	Referencia			
Sí	254 (98.1)	97 (63.0)	29.85	11.61-76.69	<0.001*	
Otro trabajo, núm (%)						
No	204 (78.8)	122 (79.2)	Referencia			
Sí	55 (21.2)	32 (20.8)	1.03	0.62-1.67	0.912*	
Horas de sueño, núm (%)						
> 7 hrs	38 (14.7)	42 (27.3)	Referencia			
> 6 - 7 hrs	35 (13.5)	44 (28.6)	0.87	0.47-1.64		
5 - 6 hrs	92 (35.5)	45 (29.2)	2.25	1.28-3.97		
< 5 hrs	94 (36.3)	23 (14.9)	4.51	2.39-8.50	<0.001*	<0.001
Calidad percibida del sueño, núm (%)						
Buena	83 (32.0)	126 (81.8)	Referencia			
Mala	176 (68.0)	28 (18.2)	9.54	5.87-15.50	<0.001*	
Actividad física, núm (%)						
Alta	39 (15.1)	27 (17.5)	Referencia			
Moderada	97 (37.5)	61 (39.6)	1.10	0.61-1.97		
Baja	123 (47.5)	66 (42.9)	1.29	0.72-2.29	0.625*	0.337
Antecedente de enfermedades, núm (%)						
No	154 (59.5)	120 (77.9)	Referencia			
Sí	105 (40.5)	34 (22.1)	2.40	1.52-3.79	<0.001*	
Antecedente de ansiedad, núm (%)						
No	201 (77.6)	147 (95.5)	Referencia			
Sí	58 (22.4)	7 (4.5)	6.05	2.68-13.65	<0.001*	

Antecedente familiar de ansiedad, núm (%)					
No	214 (82.6)	136 (88.3)	Referencia		
Sí	45 (17.4)	18 (11.7)	1.58	0.88-2.85	0.120*
Familiares fallecidos por COVID-19, núm (%)					
No	194 (74.9)	126 (81.8)	Referencia		
Sí	65 (25.1)	28 (18.2)	1.50	0.91-2.47	0.104*
Amigos fallecidos por COVID-19, núm (%)					
No	29 (11.2)	32 (20.8)	Referencia		
Sí	230 (88.8)	122 (79.2)	2.08	1.20-3.59	0.008*

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson y **Prueba exacta de Fisher

Tabla 4.1 Análisis estratificado por género de las características laborales con la presencia de síntomas de Depresión, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Variables	RMP (IC95%)	Masculino	RMP (IC95%)		P*
			P*	Femenino	
Ocupación, núm (%)					
Otras categorías	Referencia	Referencia		Referencia	
Enfermería	1.48 (0.95-2.30)	1.73 (0.75-3.97)	0.193	1.18 (0.67-2.05)	0.556
Médico (a)	1.03 (0.55-1.92)	0.62 (0.23-1.68)	0.350	1.57 (0.67-3.68)	0.295
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)					
≤ 40 hrs	Referencia	Referencia		Referencia	
> 40 hrs	1.18 (0.76-1.83)	1.40 (0.68-2.86)	0.353	1.17 (0.67-2.06)	0.573
Turnos extras, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	1.38 (0.90-2.11)	1.78 (0.88-3.59)	0.108	1.33 (0.76-2.33)	0.309
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)					
Leve	Referencia	Referencia		Referencia	
Moderada	4.88 (0.61-39.12)	2.84 (0.32-24.78)	0.344		
Severa	7.72 (0.99-60.22)	3.93 (0.47-32.36)	0.203		
Estrés percibido, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	42.93 (5.88-313.27)			31.00 (4.17-230.44)	<0.001

RMP: razón de momios de prevalencia

En las celdas marcadas en gris no se pudo realizar el análisis por contar con valores de cero

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson

Tabla 4.2 Análisis estratificado por el antecedente personal o familiar de depresión de las características laborales con la presencia de síntomas de Depresión, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Variables	RMP (IC95%)	Sin antecedente	RMP (IC95%)		P*
			P*	Con antecedente	
Ocupación, núm (%)					
Otras categorías	Referencia	Referencia		Referencia	
Enfermería	1.48 (0.95-2.30)	1.71 (0.97-3.00)	0.060	1.03 (0.49-2.18)	0.929
Médico (a)	1.03 (0.55-1.92)	1.01 (0.41-2.47)	0.980	0.70 (0.28-1.76)	0.457
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)					
≤ 40 hrs	Referencia	Referencia		Referencia	
> 40 hrs	1.18 (0.76-1.83)	1.02 (0.58-1.81)	0.930	1.52 (0.73-3.13)	0.255
Turnos extras, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	1.38 (0.90-2.11)	1.23 (0.70-2.13)	0.463	1.88 (0.90-3.91)	0.092
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)					
Leve	Referencia	Referencia		Referencia	
Moderada	4.88 (0.61-39.12)			0.52 (0.30-9.00)	0.653
Severa	7.72 (0.99-60.22)			1.17 (0.07-19.29)	0.911
Estrés percibido, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	42.93 (5.88-313.27)			13.40 (1.69-106.14)	0.014

RMP: razón de momios de prevalencia

En las celdas marcadas en gris no se pudo realizar el análisis por contar con valores de cero

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson

Tabla 4.3 Asociación de las características laborales con la presencia de síntomas de Depresión ajustado por variables del estilo de vida, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Variables	RMP (IC95%)	RMPa (IC95%)	
		Modelo	P*
Ocupación, núm (%)			
Otras categorías	Referencia	Referencia	
Enfermería	1.48 (0.95-2.30)	1.49 (0.90-2.49)	0.120
Médico (a)	1.03 (0.55-1.92)	0.90 (0.44-1.84)	0.783
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)			
≤ 40 hrs	Referencia	Referencia	
> 40 hrs	1.18 (0.76-1.83)	0.93 (0.56-1.54)	0.783
Turnos extras, núm (%)			
No	Referencia	Referencia	
Sí	1.38 (0.90-2.11)	1.16 (0.70-1.90)	0.555
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)			
Leve	Referencia	Referencia	
Moderada	4.88 (0.61-39.12)	4.68 (0.49-44.17)	0.177
Severa	7.72 (0.99-60.22)	5.81 (0.63-53.17)	0.119
Estrés percibido, núm (%)			
No	Referencia	Referencia	
Sí	42.93 (5.88-313.27)	24.03 (3.17-181.83)	0.002

RMPa: razón de momios de prevalencia ajustada

Modelo ajustado por categoría de horas y calidad del sueño

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson

Tabla 5.1 Análisis estratificado por género de las características laborales con la presencia de síntomas de Ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Variables	RMP (IC95%)	Masculino	RMP (IC95%)		P*
			P*	Femenino	
Ocupación, núm (%)					
Otras categorías	Referencia	Referencia		Referencia	
Enfermería	1.47 (0.95-2.28)	1.18 (0.53-2.61)	0.681	1.37 (0.77-2.42)	0.276
Médico (a)	1.12 (0.62-2.02)	1.12 (0.50-2.49)	0.777	1.12 (0.46-2.71)	0.792
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)					
≤ 40 hrs	Referencia	Referencia		Referencia	
> 40 hrs	1.49 (0.95-2.32)	1.11 (0.58-2.13)	0.745	2.14 (1.12-4.09)	0.200
Turnos extras, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	1.89 (1.20-2.97)	2.09 (1.07-4.05)	0.029	1.98 (1.05-3.74)	0.340
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)					
Leve	Referencia	Referencia		Referencia	
Moderada	4.12 (1.07-15.75)	2.52 (0.58-10.90)	0.214		
Severa	6.92 (1.85-25.73)	3.61 (0.88-14.80)	0.074		
Estrés percibido, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	29.85 (11.61-76.69)			19.43 (7.18-52.55)	<0.001
Otro trabajo, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	1.03 (0.62-1.67)	1.44 (0.72-2.88)	0.293	0.86 (0.42-1.76)	0.683

RMP: razón de momios de prevalencia

En las celdas marcadas en gris no se pudo realizar el análisis por contar con valores de cero

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson

Tabla 5.2 Análisis estratificado por el antecedente personal o familiar de ansiedad de las características laborales con la presencia de síntomas de Ansiedad, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Variables	RMP (IC95%)	Sin antecedente	RMPa (IC95%)		P*
			P*	Con antecedente	
Ocupación, núm (%)					
Otras categorías	Referencia	Referencia		Referencia	
Enfermería	1.47 (0.95-2.28)	1.72 (1.04-2.82)	0.032	0.82 (0.30-2.27)	0.713
Médico (a)	1.12 (0.62-2.02)	0.90 (0.43-1.87)	0.791	0.97 (0.28-3.29)	0.965
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)					
≤ 40 hrs	Referencia	Referencia		Referencia	
> 40 hrs	1.49 (0.95-2.32)	1.46 (0.89-2.42)	0.132	2.22 (0.69-7.10)	0.178
Turnos extras, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	1.89 (1.20-2.97)	2.17 (1.30-3.60)	0.003	1.60 (0.54-4.73)	0.393
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)					
Leve	Referencia	Referencia		Referencia	
Moderada	4.12 (1.07-15.75)	3.71 (0.74-18.57)	0.110	5.33 (0.42-66.26)	0.193
Severa	6.92 (1.85-25.73)	6.35 (1.31-30.66)	0.021	10.15 (0.85-120.40)	0.066
Estrés percibido, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	29.85 (11.61-76.69)	34.37 (10.40-113.58)	<0.001	18.32 (3.50-95.87)	0.001
Otro trabajo, núm (%)					
No	Referencia	Referencia		Referencia	
Sí	1.03 (0.62-1.67)	0.84 (0.48-1.47)	0.554	3.30 (0.71-15.20)	0.126

RMP: razón de momios de prevalencia

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson

Tabla 5.3 Asociación de las características laborales con la presencia de síntomas de Ansiedad ajustado por variables del estilo de vida, Hospital de Infectología del CMN La Raza, 2021.

Variables	RMP (IC95%)	RMPa (IC95%)	
		Modelo	P*
Ocupación, núm (%)			
Otras categorías	Referencia	Referencia	
Enfermería	1.47 (0.95-2.28)	1.44 (0.87-2.38)	0.152
Médico (a)	1.12 (0.62-2.02)	0.99 (0.50-1.97)	0.988
Horas de trabajo semanal durante la pandemia, núm (%)			
≤ 40 hrs	Referencia	Referencia	
> 40 hrs	1.49 (0.95-2.32)	1.27 (0.76-2.11)	0.356
Turnos extras, núm (%)			
No	Referencia	Referencia	
Sí	1.89 (1.20-2.97)	1.67 (1.01-2.79)	0.047
Carga laboral percibida durante la pandemia, núm (%)			
Leve	Referencia	Referencia	
Moderada	4.12 (1.07-15.75)	4.02 (0.85-19.07)	0.079
Severa	6.92 (1.85-25.73)	5.48 (1.19-25.14)	0.029
Estrés percibido, núm (%)			
No	Referencia	Referencia	
Sí	29.85 (11.61-76.69)	22.87 (8.36-62.56)	<0.001
Otro trabajo, núm (%)			
No	Referencia	Referencia	
Sí	1.03 (0.62-1.67)	0.94 (0.53-1.66)	0.834

RMPa: razón de momios de prevalencia ajustada

Modelo ajustado por categoría de horas y calidad del sueño

Valores de p calculados mediante *Chi cuadrada de Pearson

7. Infografía para el personal de salud

Depresión



Afecta a cualquier persona.

Tristeza, pérdida de interés e incapacidad para hacer actividades cotidianas de forma continua y **más de dos semanas.**

Síntomas

Estado de ánimo abatido

Tristeza

Llanto (espontáneo o sin causa aparente)

Pérdida de gusto por las cosas que le satisficían

Pensamientos negativos

Pérdida de energía

Cambios en el apetito

Cambios en el sueño

Ansiedad

Disminución de la concentración

Indecisión

Inquietud

Sentimiento de inutilidad

Culpabilidad o desesperanza

Pensamientos de autolesión o suicidio

Depresión leve

Baja del estado de ánimo +2 ó 3 síntomas (fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención).
No afecta actividades de la vida diaria.

Depresión moderada

Se asocia a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito, aislamiento, ansiedad, nerviosismo. Afecta las actividades de la vida diaria.

Depresión grave

Además pensamientos suicidas. Afectan por completo todas sus actividades de la vida diaria.

¿Qué hacer?

Pide Ayuda.

Haz las cosas que te gusten.

No se aísle.

Mantente en contacto

con tu familia y amigos.

Haz ejercicio.

Duerme y come sanamente.

No consumas alcohol ni drogas.

¿Necesitas apoyo emocional? Llama al 800 2222 668 (opción 4) o 57245900 (ext 23392)

Ansiedad



Emoción normal en situaciones amenazadoras o de peligro. Cuando es **desproporcionada** para la situación y **prolongada** se denomina **trastorno de ansiedad**

Síntomas

Reacción inadecuada a la vida diaria

Reacción desproporcionada

Empeora el rendimiento

Afección en otras partes del cuerpo

Demanda atención psiquiátrica



Preocupación exagerada.

Poco autocontrol.

Otros síntomas asociados:

No control sobre preocupaciones

Nerviosismo

No se dan cuenta que se preocupan de más

Sensación de inquietud

Problemas de concentración

Problemas del sueño

Cansancio todo el tiempo

Dolores de cabeza, musculares u otros

Dificultad para tragar

Tics nerviosos y sudoración

¿Qué hacer?

Pide Ayuda

El trastorno de ansiedad es tratable.

Consulta a un profesional de la salud.

¿Necesitas apoyo emocional? Llama al 800 2222 668 (opción 4) o 57245900 (ext 23392)

8. Envío a SPPSTIMSS



GOBIERNO DE
MÉXICO



2021 "Año de la Independencia"

Dirección de Prestaciones Médicas
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital General "Dr. Gaudencio González Rojas" C.M.N La Raza
Unidad Médica Complementaria
Hospital de Infectología "Dr. Fernando Hernández"
Epidemiología



Ciudad de México, a de 2021

DRA. ELISA ABAD BETANZOS
JEFE SPPSTIMSS

Presente.

Por medio del presente informo a usted los resultados de las encuestas del protocolo "Prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad y factores laborales asociados en personal de salud del Hospital COVID-19 de Infectología del CMN La Raza", obtenidas por el trabajador:

Matrícula:

NSS:

Categoría:

Turno:

ESCALA	PUNTAJE	INTERPRETACIÓN
Inventario de Depresión de Beck (BDI)		
Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)		
Escala de Ansiedad de Hamilton		

Sin más por el momento quedo de usted.

ATENTAMENTE:

DRA. MARÍA DEL CARMEN SILVA ESCAMILLA
EPIDEMIOLOGÍA

Ccp: SPPSTIMSS Hospital de Infectología

