

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS
BIOMÉDICAS
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO
HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 1 MORELOS.




“PREVALENCIA DE ÍNDICES PSICOEMOCIONALES Y MIEDO EN PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA COVID 19 EN EL HGR No. 1 CHIHUAHUA.”

POR: DRA. MARIANA MADAI DOMINGUEZ TAVERA


TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA DEL TRABAJO Y AMBIENTAL.

CHIHUAHUA, CHIH., MÉXICO 22 OCTUBRE 2024

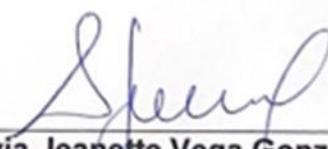
Firmas de autorización
Prevalencia de Índices Psicoemocionales y Miedo en personal de salud del área COVID 19 en
el HGR No. 1 Chihuahua.
No. Registro: R-2022-805-085



Dra. Perla Estrella Cerda Rivera
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
OOAD Chihuahua, IMSS



Dr. Cs. Jorge López Leal
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud
OOAD Chihuahua, IMSS



Dra. Sylvia Jeanette Vega Gonzalez
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
HGR No. 1 Morelos, IMSS



Dr. Luis Alan Martinez Avila
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina del Trabajo
y Ambiental
HGR No. 1 Morelos , IMSS



COORDINACION AUXILIAR
MEDICA DE INVESTIGACION
EN SALUD
OOAD CHIHUAHUA

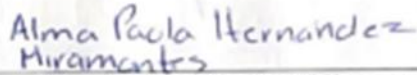
Chihuahua, Chihuahua. Febrero 2024

FIRMAS

Prevalencia de Índices Psicoemocionales y Miedo en personal de salud del área COVID 19 en
el HGR No. 1 Chihuahua.
No. Registro: R-2022-805-085



Dra. Mariana Madai Domínguez Tavera
Tesisista



Dra. Alma Paola Hernández Miramontes
Director de Tesis

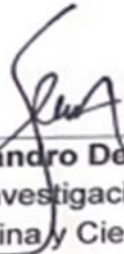


Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos
Co-Director de Tesis

Chihuahua, Chihuahua. Febrero 2024

FIRMAS

Prevalencia de Índices Psicoemocionales y Miedo en personal de salud del área
COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua.
No. Registro: R-2022-805-085



Dr. Said Alejandro De la Cruz Rey
Secretario de Investigación y Posgrado
Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas
Universidad Autónoma de Chihuahua

Chihuahua, Chihuahua. Febrero 2024

RESUMEN

PREVALENCIA DE ÍNDICES PSICOEMOCIONALES Y MIEDO EN PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA COVID 19 EN EL HGR No. 1 CHIHUAHUA.

En diciembre 2019, surgió en China un nuevo coronavirus, llamado SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud lo declaró pandemia mundial el 11 de marzo 2020. En México se registraron 6 019 399 casos positivos, hasta el 1 de mayo 2022. Se han reportado en profesionales de la salud síntomas de estrés, incertidumbre y miedo. El objetivo fue determinar la prevalencia de índices psicoemocionales (estrés, ansiedad, depresión) y miedo en personal de salud que labora en área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua. Estudio observacional de tipo transversal prospectivo. Se estudiaron 317 trabajadores se les aplicaron tres cuestionarios: datos generales, escala de miedo a COVID 19 y escala de estrés, ansiedad y depresión (DASS-21). Resultados 203 (64%) del sexo femenino, 114 (36%) sexo masculino, 142 (44.8%) se encontraron en el rango de edad de 31 a 40 años, 137 (43.2%) eran solteros, 123 (38.8%) personal de enfermería. Dentro de los factores psicoemocionales estudiados se encontró que 57 (18%) presento miedo moderado, 10(3.2%) lo reportaron como severo, 18 (5.7%) presento ansiedad grave, mientras que 6 (1.6%) la refiere como extremadamente grave, para depresión se encontraron 39 (12.3%) moderado, mientras que 1 (3%) se clasifico como grave, se encontró 8 (2.5%) estrés moderado. Esta pandemia evidencio la falta de estrategias clínicas y políticas en salud que permitan el apoyo a los trabajadores de la salud.

Palabras clave: COVID19, Estrés, miedo, depresión, ansiedad.

PREVALENCE OF PSYCHOEMOTIONAL INDICES AND FEAR IN HEALTH STAFF IN THE COVID 19 AREA IN HGR No. 1 CHIHUAHUA.

In December 2019, a new coronavirus, called SARS-CoV-2, emerged in China. The World Health Organization declared it a global pandemic on March 11, 2020. In Mexico, 6,019,399 positive cases were registered, until May 1, 2022. Symptoms of stress, uncertainty and fear have been reported in health professionals. The objective was to determine the prevalence of psych emotional indices (stress, anxiety, and depression) and fear in health personnel working in the COVID 19 area in HGR No. 1 Chihuahua. Prospective cross-sectional observational study. Three questionnaires were applied to 317 workers: general data, fear of COVID 19 scale and stress, anxiety and depression scale (DASS-21). Results 203 (64%) were female, 114 (36%) were male, 142 (44.8%) were in the age range of 31 to 40 years, 137 (43.2%) were single, 123 (38.8%) were personal. of nursing. Among the psych emotional factors studied, it was found that 57 (18%) presented moderate fear, 10 (3.2%) reported it as severe, 18 (5.7%) presented severe anxiety, while 6 (1.6%) reported it as extremely serious. For depression, 39 (12.3%) were found to be

moderate, while 1 (3%) was classified as severe, 8 (2.5%) were found to have moderate stress. This pandemic shows the lack of clinical and political strategies in health that allow support for health workers.

Keywords: COVID19, Stress, fear, depression, anxiety.



GOBIERNO DE
MÉXICO



ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA ESTATAL CHIHUAHUA
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Planeación y Enlace Institucional
Coordinación Clínica de Educación e Investigación
en Salud

29 de febrero de 2024
Chihuahua, Chih.

Dr. Said Alejandro de la Cruz Rey
Secretario de Investigación y Posgrado
Presente:

ASUNTO: TERMINO DE TESIS

Por medio del presente hago de su conocimiento que se ha revisado el informe técnico para protocolos del sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación en Salud (SIRELCIS) de la tesis "PREVALENCIA DE ÍNDICES PSICOEMOCIONALES Y MIEDO EN PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA COVID 19 EN EL HGR No. 1 CHIHUAHUA" con número de registro: R-2022-808-085 presentada por la Dra. Mariana Madai Domínguez Tavera, que egresará de la especialidad de medicina del trabajo, la cual se encuentra finalizada, por lo que no existe inconveniente para poder continuar con trámite de titulación.

Sin más por el momento envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE



Dra. Norma G. Afonso
Urgencióloga
Ced. P.M. 2180002

Dra. Norma Guadalupe Afonso Henríquez

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud.

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Tesista

Dra. Mariana Madai Domínguez Tavera

Médica cirujana

Médico Residente de Medicina del trabajo y ambiental

Adscrito al Hospital General Regional No. 1 Morelos

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Matrícula: 97088801

Dirección: Av. Universidad 1105 Col. San Felipe Viejo

Correo electrónico: Madaidt92@gmail.com

Director de Tesis

Dra. Alma Paola Hernández Miramontes

Médico Especialista en Medicina del Trabajo y Ambiental.

Adscrito al Hospital General Regional No. 1 Morelos

Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Chihuahua

Matrícula: 991429491

Dirección: Av. Universidad 1105 Col. San Felipe Viejo

Correo electrónico: alma.hernandezmi@imss.gob.mx

Co-Director de Tesis

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Médico especialista en Epidemiología

Adscrito al Hospital General Regional No. 1 Morelos

Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal Chihuahua

Av. Universidad 1105 Col. San Felipe Viejo

Matrícula: 98081637

Correo: martha.maldonadob@imss.gob.mx

DEDICATORIA

A mi mamá quien siempre me ha brindado su amor y apoyo incondicional, mi ejemplo de fuerza y perseverancia, quien sin duda siempre será mi mayor y pilar más grande, a mi hermana quien me enseña que las posibilidades son infinitas y que la paciencia y tolerancia abren caminos, a mi padre por su apoyo y constancia. A Héctor quien me ha acompañado y apoyado, quien no soltó mi mano. Finalmente a mi maestra Dra. Paola Hernández quien siempre formara parte importante de mi crecimiento profesional, gracias por compartir sus conocimientos y ser una guía y apoyo durante este periodo de formación.



INDICE	
MARCO TEORICO	1
JUSTIFICACIÓN.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
OBJETIVOS.....	17
HIPÓTESIS.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS	17
Diseño de estudio.....	17
Universo del Estudio.....	18
Lugar.....	18
Periodo del estudio	18
Tamaño de muestra y muestreo	18
CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
Criterios de inclusión.....	19
Criterios de no inclusión.....	19
Criterios de eliminación.....	19
VARIABLES.....	20
Definición de variables	20
Operacionalización de variables	20
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.....	22
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	23
ASPECTOS ÉTICOS	23
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	24
RESULTADOS.....	25
DISCUSIÓN	35



CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXOS	43
Carta de consentimiento informado.....	43
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	44
Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21).....	46
CARTA DE NO INCONVENIENCIA DEL DIRECTOR.....	48



MARCO TEORICO

Introducción

Surgió en la provincia de Wuhan en China el pasado diciembre 2019, un nuevo coronavirus, al que se le nombro SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud lo declara pandemia mundial el 11 de marzo de 2020. Hubo cerca de 147 000 casos confirmados, solo un mes después, la enfermedad se había extendido en todo el mundo.¹En México de acuerdo con los datos de la dirección de Epidemiología, se han registrado desde abril del 2020 un total de 6 019 399 casos confirmados de COVID19 hasta el primero de mayo 2022². Lo que representa el 4.77 % de los 126 014 024 habitantes de nuestro país según el último reporte del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).³

Esta pandemia considerada como la más importante de los últimos 100 años trajo presión sobre un sistema de salud ya de por si limitado y con deficiencias arrastradas desde décadas pasadas, lo que dio como resultado un sistema de salud que se vio superado. El aumento constante de casos infectados, muertes y altas cargas de trabajo contribuyeron a la carga mental que presenta el personal de salud lo que condiciono afectación a su salud mental.⁴

Bajo tales condiciones con las que se enfrenta la población general y en especial el personal de salud derivadas de la pandemia, se ponen en marcha respuestas adaptativas cuya finalidad es facilitar la forma en la que el individuo responderá y así activar procesos de adaptación. Sin embargo, realizar actividades laborales bajo estas condiciones podría constituir un factor de riesgo para desarrollar enfermedades tanto físicas como mentales. Por lo que resulta de vital importancia no olvidar a la salud mental y considerarla como un problema urgente de salud para el cual se requerirán medidas de apoyo y de atención que busquen mejorar las condiciones de trabajo para así prevenir el desarrollo de enfermedades derivadas de esta situación.⁴ Numerosos estudios ya han demostrado que un número importante de servidores de salud presentan algunos síntomas como estrés, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño entre otros, y serán cerca del 50% de ellos quienes cumplirán criterios para un trastorno mental. ⁵

Un estudio realizado en 1 257 médicos y enfermeras de 34 hospitales en China, que brindaron atención a pacientes con COVID-19, demostró que cerca del 50.4% presento síntomas depresivos, 44.6% ansiedad, 34.0% insomnio y 71.5% angustia. Siendo estos síntomas más significativos entre el personal de enfermería por ser este personal quienes se encuentran directamente involucrados en el cuidado de los pacientes.⁶



Cuando surgen patologías cuya etiología no podía ser explicada, se recurre al análisis de la enfermedad desde un enfoque distinto, mental o psicológico, análisis que caracterizo a los trabajos publicados por Freud y Charcot en los años veinte. De esta forma, aunque al inicio con poca aceptación, nace el concepto de “psicosomático” el cual intenta explicar la relación que existe entre los aspectos mentales y los físicos. Junto con éste y otros fenómenos científicos y sociales, fue conformándose el enfoque que considera que la salud está determinada sólo por aspectos biológicos, sino también por aspectos psicológicos y sociales que en conjunto permiten el estado de salud en el ser humano.⁷

Todo esto partiendo de la definición de salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad entendiéndose a la enfermedad como aquellos estados donde exista un deterioro de la salud.⁸

En cuanto la definición de salud mental en donde se considera la capacidad y habilidad humana y donde la productividad será considerada como un reflejo de esta y de ahí que, a pesar de que el trabajo siendo este definido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades o proporcionan los medios de sustento necesarios para los individuos.⁹ Puede representar un elemento desencadenante de enfermedades debido al tipo de actividades y condiciones en donde este se lleva a cabo así como por las características propias del puesto de trabajo.

Antecedentes.

Los principales líderes del mundo se han preocupado por conocer el impacto que la pandemia trajo sobre la salud mental al personal de salud encargado de la atención de pacientes, así como también del desarrollo de factores de tipo psicoemocional como lo es el estrés, ansiedad y depresión. Un estudio realizado con enfermeras a cargo de pacientes COVID-19, afirmó que el 92.3% de estas experimentaron niveles moderados y severos de ansiedad.¹⁰ Otro estudio en China mostró que el 71.5% de los trabajadores de la salud frente a pacientes, estaban angustiados y el 44.6% de ellos presento ansiedad.¹¹

Un estudio en Turquía cuyo objetivo fue determinar el nivel de miedo a COVID-19 en 202 enfermeras quirúrgicas haciendo uso de la Escala de miedo a COVID-19, reporto que aquellas que recibieron entrenamiento tuvieron un miedo estadísticamente menor que aquellos que no lo hicieron. Entre sus conclusiones mencionan que dentro de este personal existe un nivel moderado de miedo. ¹² También en Turquía, realizaron un estudio para investigar el riesgo de trastornos mentales entre profesionales de la salud e informaron que son las enfermeras de la



unidad de cuidados intensivos quienes tenían el mayor riesgo de tener ansiedad, miedo y depresión durante la pandemia por COVID-19¹³. Kackin et al, estudio a personal de enfermería a cargo de pacientes con COVID-19 encontrando presencia de miedo y síntomas depresivos.¹⁴ Aksoy y Kocak mostraron que el sentimiento más intenso entre enfermeras fue el miedo.¹⁵ En Tailandia, Apisarnthanarak et al, informaron que el 90% de los trabajadores tenían miedo de COVID-19¹⁶. Wang y colaboradores en China estudiaron a 1210 elementos del personal de salud, utilizando la escala DASS21, entre sus resultados destacan una prevalencia del 6.5% de síntomas depresivos moderados a severos, 28.8% de síntomas de ansiedad y 8.1% de estrés de moderado a severo.¹⁷

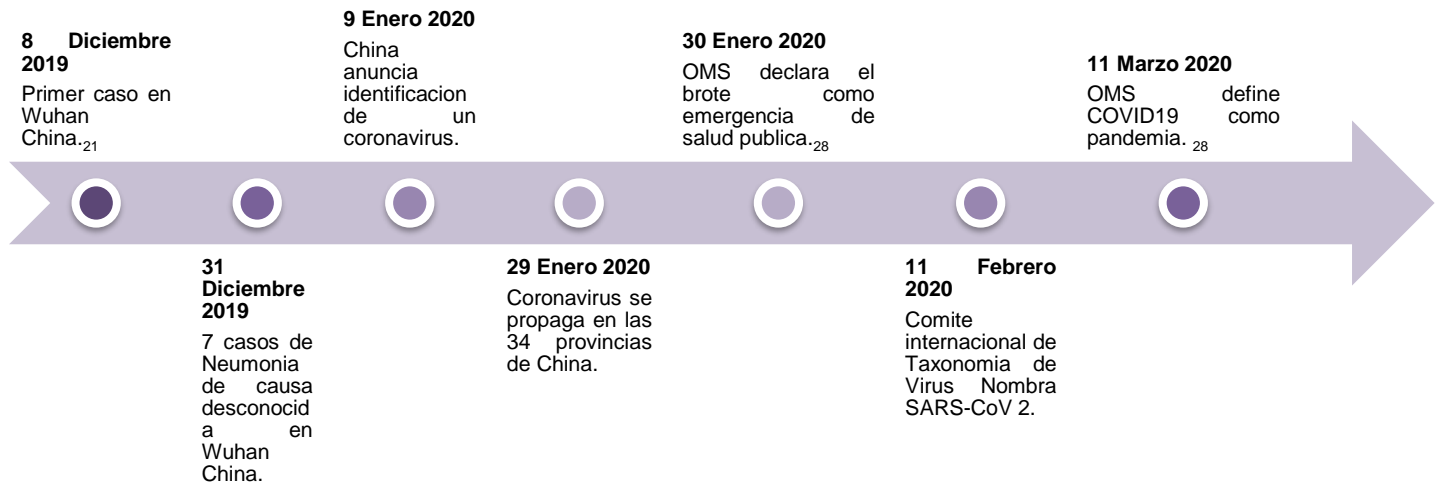
En Veracruz, México se estudiaron a 234 trabajadores, se utilizó la encuesta DASS21 encontraron que el personal estudiado presentó estrés, del cual 8.5% se clasificó como leve, 4.3% moderado, 3.4% severo y 1.3% extremadamente severo. Se registró también un 23.5% de ansiedad y 19.7% presentó depresión. ¹⁸ También en Guadalajara, México en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social se estudió la existencia y grado de temor en el personal con atención a COVID 19, utilizaron la escala del miedo a COVID 19, se realizaron 2 860 encuestas, encontrando un puntaje promedio de 19.3 de miedo, siendo el género femenino quien reportó niveles más altos, siendo el personal de enfermería seguido del administrativo los que reportaron niveles más altos con 19.5 y 19.39, mientras que el personal médico y el personal no clínico reportaron 19.35 y 18.9 respectivamente.¹⁹

SARS-COV-2 y el COVID 19.

SARS-CoV-2 es un coronavirus altamente transmisible y contagioso, responsable de una nueva enfermedad nombrada COVID-19. Los coronavirus son un grupo de virus que infectan diferentes animales y pueden causar infecciones respiratorias leves a graves en los seres humanos. Se han identificado 2 de estos altamente patógenos: SARS-CoV y MERS-CoV en humanos. ²⁰

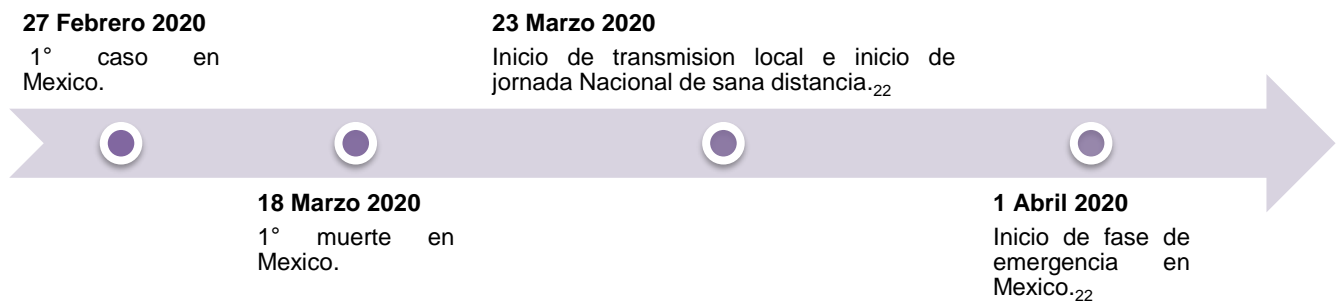


FIGURA 1. Línea del tiempo de COVID-19 a nivel mundial.



Fuente: Gobierno de México, 34° INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LA SITUACIÓN DE COVID-19 DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, 25 DE OCTUBRE DE 2021, disponible en Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología www.gob.mx/salud, (consultado el 24 abril 2022). Tang D, Comish P, Kang R. Las señas de identidad de la enfermedad COVID-19. *PLoS Pathog.* 2020; 16:e1008536. Doi: 10.1371/journal.ppat.1008536.

FIGURA 2. COVID-19 en México.



Fuente: Gobierno de México, 34° INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LA SITUACIÓN DE COVID-19 DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, 25 DE OCTUBRE DE 2021, disponible en Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología www.gob.mx/salud, (consultado el 24 abril 2022).

La variante más cercana al SARS-CoV-2 es un coronavirus de murciélago, llamado 'RaTG13', cuya secuencia de genoma es 96.2% idéntica a la del SARS-CoV-2 este porcentaje apoya la hipótesis de que este probablemente se originó a partir de murciélagos, sin embargo, su origen sigue siendo indeterminado ya que los huéspedes reservorios del virus no han sido probados.²⁰

Aunque toda la población es susceptible de enfermarse por SARS COV-2 la edad media de infección es de alrededor de los 50 años. Los síntomas típicos son fiebre, tos seca y fatiga, en casos más graves, disnea. La infección en niños y adultos jóvenes es generalmente asintomática, mientras que personas mayores y con



comorbilidades tienen un mayor riesgo de enfermedad grave, insuficiencia respiratoria y muerte. El período de incubación es de aproximadamente 5 días, la enfermedad grave generalmente se desarrolla a los 8 días después del inicio de los síntomas, la enfermedad crítica y la muerte ocurren a los 16 días aproximadamente.

23,24

En China se realizó un estudio que incluyó a 72 314 casos, 81% de estos fueron cuadros leves, 14% cuadros graves los cuales requirieron ventilación mecánica, 5% cuadros críticos donde los pacientes presentaron insuficiencia respiratoria, shock séptico y/o disfunción multiorgánica.²⁵

De acuerdo con la guía clínica para el manejo de COVID-19 en México, el tratamiento se basará de acuerdo a la sintomatología, en cuadros leves donde no exista evidencia de neumonía o hipoxia, $SpO_2 \geq 94\%$ al aire ambiente se recomienda, manejo sintomático, cuadros moderados donde existen signos clínicos de neumonía (fiebre, tos, disnea, respiración rápida) pero sin signos de neumonía grave, incluida una $SpO_2 \geq 90\%$ al aire ambiente, el manejo será mediante el uso de heparina no fraccionada/enoxaparina evaluando el riesgo de trombosis para indicar el medicamento como trombo profilaxis, dexametasona u otros corticosteroides solo en pacientes que requieren oxígeno suplementario para mantener $SpO_2 \geq 94\%$. Remdesivir en pacientes hospitalizados mayores de 12 años y con 40 kilos o más, con requerimiento menor a 15 litros por minuto de oxígeno. No en ventilación mecánica. Tocilizumab en pacientes con uso actual o previo de esteroide y a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL-6 y sin evidencia de otra infección bacteriana o viral, con necesidad de oxígeno suplementario y proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que requirieron en menos de 48 horas oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva. En cuadros graves en donde exista más de 1 signo clínico de neumonía: frecuencia respiratoria superior a 30 respiraciones por minuto, dificultad respiratoria grave, $SpO_2 < 90\%$ al aire ambiente, se recomienda el uso de heparina no fraccionada/enoxaparina, dexametasona u otros corticosteroides la cual solo se administra en pacientes que requieren oxígeno suplementario ya que aumenta la mortalidad en los que no requieren oxígeno. Tocilizumab para pacientes con uso actual o previo de 10 días de esteroide, a quienes no se les haya aplicado otro inhibidor de IL6 durante el internamiento actual, y sin evidencia de otra infección bacteriana o viral, con necesidad de oxígeno suplementario y nivel de proteína C reactiva mayor a 75 mg/litro; o que empezaron hace menos de 48 horas con oxígeno nasal de alto flujo, presión continua positiva en la vía aérea, ventilación no invasiva, o ventilación mecánica invasiva.^{20, 26}



En una revisión sistemática con metanálisis, donde se evaluaron 16 estudios durante abril 2020 y donde se incluyeron aquellos que reportaban sensibilidad o especificidad de las pruebas de diagnóstico para COVID-19 utilizando cualquier muestra biológica humana encontraron que la tomografía computarizada tiene una alta sensibilidad 91.9 % pero baja especificidad 25.1%, la combinación de anticuerpos IgM e IgG mostro 84.5% y 91.6 % respectivamente. Para las pruebas de RT-PCR, las heces, orina y plasma fueron menos sensibles, mientras que el esputo 97.2 % presentó una mayor sensibilidad para detectar el virus, lo investigadores concluyen que la prueba de PCR sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico. Sin embargo, recomiendan la combinación de diferentes pruebas diagnósticas para lograr una adecuada sensibilidad y especificidad.²⁷

De acuerdo al comportamiento de esta pandemia resulta probable que este virus se establezca y coexista con los humanos durante mucho tiempo.²⁶ Actualmente además de las vacunas, la mejor manera de prevención es mediante medidas como el distanciamiento social, lavado de manos así como las medidas de salud pública establecidas por los gobiernos de cada país.

Se publicó una Guía sobre la Preparación de los Lugares de Trabajo para el virus COVID-19 publicado por el Departamento del Trabajo de Estados Unidos. Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, según esta guía existen distintos niveles de riesgo ocupacional, información que resulta importante para entender el impacto que esta pandemia trajo sobre el personal que labora directamente con pacientes con COVID-19.

TABLA 1. Riesgo ocupacional para COVID-19.

NIVEL DE RIESGO	DEFINICIÓN	EJEMPLOS
MUY ALTO	Trabajos con muy alto riesgo de exposición, donde se mantiene contacto a fuentes conocidas o sospechosas de COVID-19.	Trabajadores de la salud (doctores, enfermeras(os), dentistas, paramédicos. Personal de salud o de laboratorio manejando muestras de pacientes. Trabajadores de morgues que realizan autopsias.
ALTO	Trabajadores con alto riesgo de exposición a fuentes conocidas o sospechosas de COVID-19.	Personal de apoyo y atención del cuidado de la salud y personal hospitalario, expuestos a pacientes con sospecha o portadores de COVID-19. Trabajadores de transportes médicos (operadores de ambulancias).



		Trabajadores involucrados en la preparación (entierro o cremación) de cuerpos con diagnóstico o sospecha de COVID-19 al momento de su muerte.
MEDIO	Trabajadores con contacto frecuente y cercano (menos de 6 pies de distancia) con personas que podrían estar infectadas con SARS-CoV-2, pero que no son pacientes con sospecha o portadores de COVID-19. En áreas con una transmisión comunitaria en progreso.	Trabajadores en contacto con el público en general (escuelas, trabajos con gran cantidad de operadores y algunos ambientes de alto volumen comercial).
BAJO	Trabajadores que no requieren contacto con personas con diagnóstico o sospecha de COVID-19 y que no tienen contacto cercano frecuente (menos de 6 pies de distancia) con el público en general.	Trabajadores con contacto ocupacional mínimo con el público y otros compañeros de trabajo.

Fuente: Guía sobre la Preparación de los Lugares de Trabajo para el virus COVID-19. Administración de Seguridad y Salud Ocupacional Estados Unidos. 2020. Disponible en: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3992.pdf>.

Esta información nos orienta acerca del factor de riesgo que presenta el personal de salud frente a pacientes con COVID 19 para desarrollar algún tipo de trastorno de salud mental derivado a la atención continua a este grupo de pacientes.

Morbimortalidad por COVID 19 en personal de salud.

Un trabajador sano contribuye al desarrollo y crecimiento económico de una nación, ya que contar con buena salud le permite potenciar sus capacidades lo que le permitirá desempeñar bien su trabajo lo que culminará en una buena productividad laboral. Uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud es dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, este sistema está conformado por dependencias y entidades de la administración Pública, tanto federal como local y las personas físico o moral de los sectores social y privado que presten servicios de salud. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los objetivos de un sistema de

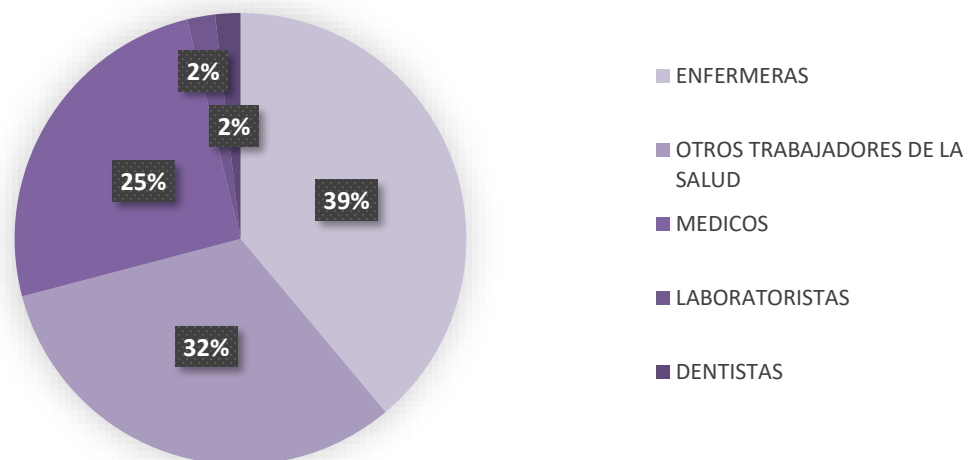


salud se alcanzan mediante el desempeño de cuatro funciones básicas: prestación de servicios, el financiamiento de dichos servicios, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. Por lo que resulta necesaria una adecuada asignación de los recursos, que permita el cumplimiento de estas funciones y que vaya en proporción con el crecimiento de la población, pues de lo contrario, puede existir un déficit en la infraestructura de los sistemas de salud.²⁹

Es el personal de la salud uno de los componentes esenciales para poder brindar servicios médicos a la población, la pérdida de este personal representa un deterioro en la capacidad institucional para combatir la enfermedad.

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, publicado el 25 de octubre de 2021, se reportaron 283 122 casos acumulados a nivel nacional de personal de salud con COVID-19, 62.7 % personal femenino, 37.3 % personal masculino, la mediana de edad fue de 37 años, siendo el grupo de 30-34 años el más afectado. En la gráfica 1, se encuentran los casos reportados de acuerdo a profesión, 40% corresponde a personal de enfermería. ³⁰

GRAFICA 1. Casos reportados de contagios por COVID- 19 por tipo de profesión.



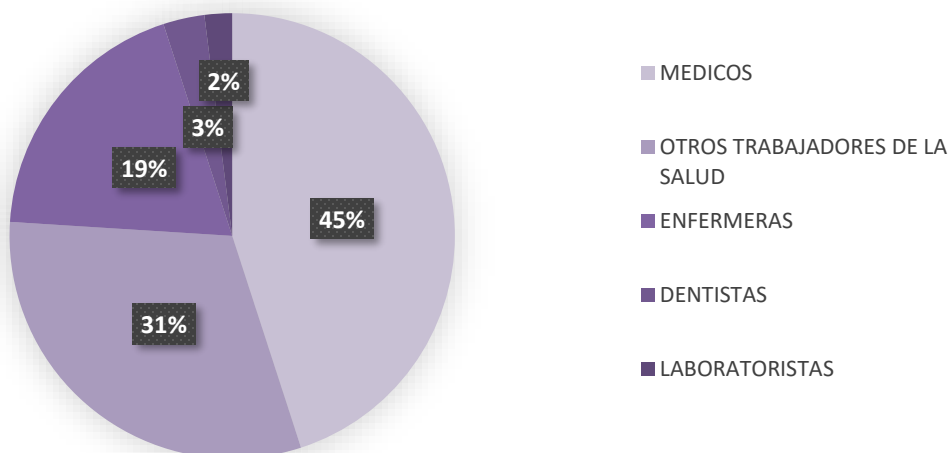
Fuente: Secretaría de Salud, COVID-19 México personal de salud 25 de octubre de 2021, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD_25.10.21.pdf.

Se reportaron también 4 517 defunciones a nivel nacional, dentro de las entidades que representaron más casos se encuentran la Ciudad de México, Estado de México, Puebla, Veracruz, Jalisco, Guanajuato, Nuevo León, Chihuahua, Tamaulipas y Tabasco concentrando el 64.6% del total, el sexo masculino fue el



grupo de población más afectado con 68%, mientras que el sexo femenino reporto un 32%. En la gráfica 2 se presentan las defunciones reportadas en personal de salud por profesión en donde son los médicos el grupo más afectado con 45%.³⁰

GRAFICA 2. Defunciones de personal de salud de acuerdo a profesión.



Fuente: Secretaría de Salud, COVID-19 México personal de salud 25 de octubre de 2021, https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDESALUD_25.10.21.pdf.

Bajo este escenario nacional y con la evidencia de estos datos reportados se puede esperar que el personal de salud desarrolle miedo, ansiedad, estrés e incluso depresión al conocer el riesgo que la atención a pacientes COVID 19 podría conllevar a su salud e incluso su vida.

Los recursos humanos en salud son importantes para la atención eficaz a los pacientes. La relación del número de médicos y de enfermeras por cada 1,000 habitantes en México es de 2.2 y 2.9 respectivamente, dato alarmante si consideramos el número total de población a nivel nacional y las cifras que se han reportado de descensos dentro del personal de la salud. Estos datos nos brindan un panorama acerca de la importancia de la atención a la salud del personal dentro de todos los ámbitos en los que estos se desarrollan.³¹

Miedo, estrés, ansiedad y depresión en personal de salud.

Las medidas de salud pública implementadas por parte de los gobiernos como lo fue el confinamiento, distanciamiento social y la cuarentena como un intento para tratar de contener la propagación del virus trajeron grandes repercusiones económicas, políticas y sociales, que en conjunto trajeron desafíos entre los cuales



se encuentra la aparición de posibles trastornos sobre el estado de ánimo de la población.³²

El personal de salud a lo largo de esta pandemia ha experimentado temor y ansiedad que podría resultar abrumadora con respecto a una nueva enfermedad y lo que podría suceder ante esta.

Se realizó un estudio en Egipto en donde se incluyeron a 426 trabajadores de los cuales 48.4% eran médicos, 24.2 % enfermeros y 27.4 % otro personal de salud, reportaron que el 69 % sufrían de depresión, 58.9 % ansiedad, 55.9 % estrés y el 37.3 % alteraciones en el sueño.³³

El miedo es una de las emociones principales en el ser humano. El miedo a lo desconocido constituye una herramienta evolutiva, es una respuesta consciente e inconsciente a la falta de información, este fue definido por Carleton como "la propensión de un individuo a experimentar el miedo causado por la ausencia percibida de información en cualquier nivel de conciencia o punto de procesamiento".⁴⁰ También Carleton, Sharpe mencionan que el miedo a lo desconocido puede "ser el componente más básico de la ansiedad patológica" y "un componente fundamental de todos los trastornos de ansiedad".³⁴ Cuando el miedo es excesivo y si no existe una respuesta adecuada podría convertirse en un factor de riesgo para desencadenar problemas de salud mental tanto a nivel individual como colectivo. Para la mayoría de la población COVID-19 trajo dificultades también en el ámbito económico situación que podría contribuir al agravamiento de problemas de salud mental.

La posibilidad real y constante de enfermarnos así como contagiar a nuestros seres queridos constituye una fuente natural de preocupación que podría culminar en signos de ansiedad. Ante tales circunstancias, serán frecuentes, emociones como, ansiedad, miedo, tristeza, enfado, etc., cuyo elemento en común es la intención de preservar la vida, enfocarnos y defendernos de las posibles amenazas.³⁵ Sin embargo, el adoptar actitudes positivas ante los problemas así como, generar y facilitar emociones agradables, son dos estrategias de afrontamiento recomendadas por psicólogos.³⁶

Taylor y colaboradores desarrollaron y validaron recientemente la escala de estrés COVID (CSS) e identificaron cinco factores de estrés y síntomas de ansiedad relacionados con el coronavirus en población de Canadá y Estados Unidos:

1. Miedo y peligro de contaminación.
2. Miedo a las consecuencias económicas.
3. Xenofobia.
4. Verificación compulsiva y búsqueda de garantías.
5. Síntomas de estrés traumático sobre COVID-19.³⁷



Las personas con mayor susceptibilidad a presentar estrés ante lo desconocido constituyen también quienes tendrán más riesgo de enfermarse gravemente por COVID-19 entre estos se encuentran adultos mayores, niños, cuidadores primarios, individuos con comorbilidades así como trabajadores de la salud, este personal puede verse afectado en el ejercicio de sus funciones profesionales, disminuyendo sus capacidades de atención, comprensión y toma de decisiones, por lo que preservar su salud física, mental y social resulta esencial en el combate contra el virus.³⁸

Escala de miedo a COVID 19 (FVC-19S).

Son los trabajadores de la salud los más predispuestos a presentar miedo derivado de las actividades propias de su puesto de trabajo, pues estas los colocan en situaciones más propensas de riesgo de contagio. Reacciones como ansiedad y miedo pueden traer consigo efectos sobre el comportamiento de los individuos, por lo que es importante la evaluación psicológica de los trabajadores.

La FVC-19S fue desarrollada originalmente en población iraní. De acuerdo con sus autores, sus ítems fueron elaborados a partir de una revisión bibliográfica en la que se identificaron treinta medidas de miedo en poblaciones y circunstancias diferentes. Los autores agruparon los ítems más relevantes.³⁵ La primera versión de 28 ítems fue analizada por un panel de expertos, quienes sugirieron descartar otros 11 ítems. La segunda versión de 17 ítems fue evaluada por un nuevo panel de expertos quienes sugirieron descartar 7 ítems adicionales. Por último, la tercera versión de 10 ítems fue administrada en una prueba piloto; los resultados sugirieron descartar otros 3 ítems, conformándose la versión final de 7.⁴⁰

Es un instrumento cuyo objetivo es la detección del miedo a COVID-19 en la población general. Sus respuestas son de tipo Likert (1-5) con rangos de puntuación de 7 a 35, cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el miedo. Esta escala ha sido validada en diversos países, en México fue validada por la Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Siglo XXI, mediante un estudio de tipo transversal analítico en donde se incluyeron 306 sujetos de población general durante el 2020, los resultados concluyeron que la escala FVC-19S demuestra propiedades adecuadas para su aplicación en población general mexicana.⁴¹

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21).

Esta escala fue creada en 1995 por Lovibond y Lovibond, originalmente conformada por 41 ítems para después constituir la versión final de 21, la cual contiene sub escalas con reactivos específicos sobre depresión, ansiedad y estrés.⁴² La escala



de depresión busca identificar tristeza, expectación, fortaleza personal, ausencia de positividad, entusiasmo, pérdida de sentido e iniciativa, la escala de ansiedad está enfocada a reacciones fisiológicas como respiración entrecortada, resequedad de boca, taquicardia, miedo, pánico, temblores y sentimientos de insuficiencia, en cuanto a la escala de estrés presenta reactivos referentes a nerviosismo, reactividad, susceptibilidad, tranquilidad, cansancio, intolerancia y agitación.⁴³ Cada sub escala incluye 7 reactivos los cuales se enfocan en declaraciones que se refieren a la semana anterior. Sus respuestas son de tipo Likert de 4 puntos (0 a 3) 0 no se me aplicó en absoluto/nunca) a 3 (se me aplicó mucho/siempre). Las puntuaciones más altas indican emociones más severas. El resultado de cada sub escala se suma y se multiplica por dos para el análisis. El estrés se considera normal con puntajes dentro de un rango de 0 a 14, leve 15 a 18, moderado 19 a 25, severo 26 a 33 y extremo 34 o más. La ansiedad como normal de 0 a 7, leve 8 a 9, moderada 10 a 14, severa 15 a 19. La depresión como normal de 0 a 9, leve 10 a 13, moderada 14 a 20, severa 21 a 27 y extrema 28 o más. Estas clasificaciones son orientativas y no un diagnóstico, pero son útiles cuando se examinan diferencias clínicamente significativas.

El sistema de salud y sus retos contra la pandemia por COVID 19.

Para la Organización Mundial de la Salud, los sistemas de salud comprenden: organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad primordial es mejorar la salud.⁴⁴ Los sistemas de salud tienen tres objetivos: mejorar la salud, responder a las expectativas y proteger de modo financiero contra el coste de la enfermedad a la población. ⁴⁵ Con un sistema de salud que por décadas no ha logrado cubrir con las necesidades de una nación, el sistema nacional de salud se enfrentó a la necesidad urgente de aumentar su capacidad de atención ante la rápida propagación de contagios por COVID-19 ante lo cual implemento el programa de reconversión hospitalaria el cual se llevaría a cabo en tres fases:

Fase 1: Unidades médicas designadas consideraron la capacidad instalada basal y ampliada (camas de terapia intensiva, ventiladores, sistema eléctrico y de gases medicinales, etc.).

Fase 2: Reconversión hospitalaria, espacios que no estaban destinados a terapia intensiva (terapia intermedia, recuperación quirúrgica, etc.) deberían adaptarse para pacientes críticos.

Fase 3: Expansión, la ocupación de la totalidad de las camas (respetando las de reanimación), considerando incluso espacios públicos no hospitalarios. Los denominados Hospitales COVID. Para el 24 de abril eran 645 hospitales, en tanto



que al 13 de junio 2020 se incrementaron a 802 unidades hospitalarias en todo el país.⁴⁶

El siguiente reto consistía en la necesidad de contratación de personal de salud por lo que lanzaron convocatorias haciendo énfasis en ciertas especialidades (terapia intensiva, neumología, anestesiología, etc.) y del área de enfermería (terapia intensiva, inhalo terapia, etc.). El plan consistía en colocar a un especialista en terapia intensiva al frente 5 médicos especialistas en otras áreas o médicos generales para la atención de 25 pacientes, por cada grupo.⁴⁷

Otro reto derivó de la necesidad de equipo de protección para personal de salud ante la creciente demanda de atención de la población. El 3 de marzo 2020 la OMS mediante un comunicado de prensa exhortaba a la industria y a los gobiernos a aumentar al menos el 40% de su producción de equipo de protección personal. Por parte de la OMS, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, director general, comentó “Sin cadenas de suministro seguras, el riesgo es real para los trabajadores sanitarios en todo el mundo. La industria y los gobiernos deben actuar con rapidez para mantener los suministros, reducir las restricciones a la exportación y poner en marcha medidas con las que detener la especulación y el acaparamiento. No podemos detener la COVID-19 sin proteger primero a los trabajadores sanitarios”.⁴⁸

En México no se logró cubrir la necesidad de equipo de protección personal para los trabajadores, el gobierno federal anunciaba la llegada de insumos médicos, sin embargo, al mismo tiempo los trabajadores exponían los escasos de estos e incluso evidenciaban que eran ellos quienes los adquirían empleando recursos económicos personales. Todo esto propició un aumento paulatino de miedo, ansiedad, estrés e incluso depresión derivados del evidente riesgo de contagio con el que se enfrentaban día a día al desempeñar sus actividades laborales y no contar con las medidas de protección básicas.

Para la población general el gobierno implementó medidas a nivel nacional, se mencionan a continuación las más empleadas:

- ❖ Personas con diagnósticos de: diabetes, hipertensión, obesidad mórbida, insuficiencia renal, lupus, cáncer, enfermedades cardíacas y respiratorias, pos trasplantado, adulto mayor de 60 años así como embarazado, debían hacer resguardo familiar en casa.
- ❖ Sana distancia de al menos 1.5 metros de distancia el uno del otro.
- ❖ Protección y cuidado de adultos mayores con aislamiento social voluntario.
- ❖ Uso de cubre bocas y lavado frecuente de manos.
- ❖ Ventilación en lugares cerrados.
- ❖ Saludo a distancia, no saludar de beso, de mano o abrazo. ^{39,49}



Impacto económico derivado de la pandemia por COVID 19.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía realizó en México encuestas para evaluar el posible impacto que la pandemia generó en la actividad económica y en el mercado laboral. En la encuesta sobre el impacto económico generado por COVID-19 (ECOVID-IE) en donde se entrevistaron 4 920 empresas de diversos giros entre los que incluía minería, electricidad, suministro de agua, gas, construcción, manufacturas, comercio y transportes. El 93.2% de las empresas registró al menos un tipo de afectación debido a la contingencia sanitaria, siendo la disminución de los ingresos la principal con 91.3%, seguido de baja demanda a nivel nacional con 72.6%. En su mayoría, las empresas optaron por no despedir a su personal, por sobre la reducción de remuneraciones y prestaciones con porcentajes a nivel nacional de 19.1% y 15.4%, respectivamente. También solo 7.8% de las empresas manifestaron haber recibido algún tipo de apoyo del cual el 88.8% provino del gobierno federal, estatal o municipal, mientras que el resto no recibió ayuda de ninguna índole.⁵⁰

La pandemia por COVID-19 ha tenido un gran impacto en la economía del país, a nivel laboral desde la declaratoria de emergencia sanitaria el 30 de marzo 2020, la cual trajo consigo un abrupto paro de las actividades económicas y sociales consideradas como no esenciales, siendo abril y mayo los meses más afectados. De acuerdo al INEGI, entre marzo y abril 2020 se perdieron 12.5 millones de puestos de trabajo, siendo la economía informal los más afectados con 10.4 millones. El comportamiento del desempleo fue similar entre hombres y mujeres siendo el grupo de edad entre los 15 y 34 años el más afectado, se estimó que en conjunto se perdieron 242 mil puestos de trabajo entre marzo 2020 y mayo 2021. En cuanto al impacto en los empleos de la economía formal que serían los que están actualmente afiliados al IMSS, se observó un impacto menos significativo pues en muchos casos se implementaron medidas como el trabajo desde casa, reducción de jornada laboral con la consiguiente disminución de salario, todo esto con la intención de preservar la mayor cantidad de empleos. El sector que incluye actividades como servicios profesionales, técnicos, financieros, alojamiento temporal, preparación, servicios de alimentos y bebidas y servicios recreativos y de esparcimiento, han sido actividades que resintieron en mayor grado el impacto sobre su ocupación laboral durante la pandemia. El sector de servicios sociales y comunales que incluyen los servicios médicos y la administración pública no reporto modificaciones relevantes e incluso algunos subsectores mostraron un incremento en el número de empleos esto explicado por las medidas que el gobierno federal implemento para la atención de la población afectada.^{39, 51}



Los trabajadores de la salud en México conocían que no se encontraban en riesgo de perder sus empleos, pues era evidente que con el aumento constante de casos positivos de COVID-19 dentro de la población general sus servicios iban a continuar siendo requeridos. Sin embargo el personal de salud se enfrentó con distintos retos que se han mencionado a lo largo de estas líneas, entre los que se encuentran el desconocimiento global acerca del comportamiento y manejo de este nuevo virus, escases de equipo de protección personal así como el aumento constante de contagios y defunciones entre el mismo personal de la salud, todo esto condicionó la aparición de miedo así como la posibilidad de desarrollar trastornos a la salud mental como ansiedad, estrés y depresión.

JUSTIFICACIÓN

El propósito de este estudio es determinar la prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud del área COVID 19 del HGR No. 1 Chihuahua, utilizando la escala de miedo al COVID 19 y la escala DASS21.

La atención de pacientes dentro del ámbito hospitalario se caracteriza por las demandas, físicas cognitivas, emocionales y psicosociales necesarias por parte del personal de salud lo cual puede impactar gravemente su productividad, calidad de vida y salud mental; pero también representan consecuencias importantes para los usuarios, sus familias, las instituciones y la sociedad en general. Con la llegada de la Pandemia por el virus COVID-19 y al tratarse de una enfermedad nueva agravó y evidenció la necesidad de identificar los elementos psicoemocionales relacionados con el estado de salud mental en los profesionales de la salud todo esto con la finalidad de implementar medidas que reduzcan la presencia de enfermedades laborales, ausentismo, incapacidad e insatisfacción laboral y de esta manera favorecer el desarrollo de un trabajo decente el cual permita un ingreso justo, seguridad en el lugar de trabajo así como derecho a la protección social con posibilidades de desarrollo personal e integración social que permitirá una mejoría en su productividad y un ámbito laboral saludable, lo que a mediano y largo plazo impactara en la calidad de atención de los pacientes así como en la salud mental del personal. En la actualidad no se dispone de un estudio enfocado en la identificación de elementos psicoemocionales y miedo en el personal sanitario que labora en área de atención de pacientes con diagnóstico de COVID 19 en el estado de Chihuahua por lo que la identificación de estos índices podrían permitirnos contar con una imagen aproximada del actual estado de salud mental con la que cuenta el personal sanitario, permitiendo identificar posibles áreas de oportunidad que permitan la atención oportuna del personal lo que eventualmente se traduciría en una mejor calidad de atención al derechohabiente.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El 11 de marzo 2019 fue el día que la OMS declaró la enfermedad por COVID-19 como pandemia mundial, se estima a nivel mundial, hasta el 1 de mayo 2022 un total de 513 995 419 casos positivos, con un total de 6 237 171 defunciones.⁴⁹ Dentro de los países más afectados se encuentran en orden decreciente: Estados Unidos con un total de 82 954 768 seguido por la India con 43 072 486, el tercer lugar lo ocupa Brasil con 30 418 920, nuestro país ocupa el vigésimo lugar de casos totales registrados.⁵² En México se han registrado desde el 12 de abril del 2020 un total de 6 019 399 casos positivos estimados de COVID19 a la actualidad, con 338 440 defunciones y 5 039 624 casos recuperados a nivel Nacional. ² En el estado de Chihuahua se han registrado 131 524 casos confirmados, 9 954 personas fallecidas con un total de 111 670 casos recuperados.²

Estos datos nos permiten dimensionar la cantidad de población que se ha visto afectada por esta pandemia así como también nos permite entender la importancia de la atención prestada por parte del personal sanitario al derechohabiente así como a la población en general. Esta pandemia por el virus COVID-19 trajo al mundo incertidumbre y temor pues al no conocerse demasiado acerca de la patogenia y origen de este virus se desconocía por completo el manejo terapéutico lo que trajo consigo el desarrollo de factores psicosociales en el área de trabajo que finalmente se volvieron factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales en el personal de salud.

La necesidad de atención médica oportuna y de calidad así como la emisión de información acerca de la morbimortalidad de este virus además de la presencia de condiciones estresantes como el riesgo de transmisión, implementación de medidas de aislamiento, pérdidas financieras y el riesgo latente de enfermarse y morir condujeron al desarrollo de miedo, ansiedad, estrés y depresión en el personal de salud. Considerando que son ellos quienes se encuentran brindando atención cara a cara a la población, es de vital importancia conocer el nivel de miedo que presentan respecto a COVID 19 así como su nivel de ansiedad, depresión y estrés. En base a la información revisada surge la siguiente pregunta:

¿El personal de salud del área COVID 19 del HGR No. 1 Chihuahua, presenta miedo, ansiedad, estrés y depresión originado de la atención a pacientes con diagnóstico de COVID 19?



OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud del área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua.

Objetivos Específicos

- Identificar los índices psicoemocionales y miedo de acuerdo a ocupación.
- Identificar los índices psicoemocionales y miedo en personal de salud por edad.
- Identificar los índices psicoemocionales y miedo en personal por sexo.
- Identificar los índices psicoemocionales y miedo en personal por turno.

HIPÓTESIS.

Hipótesis verdadera.

- La prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud que labora en área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua es mayor a 25%.

Hipótesis nula.

- La prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud que labora en área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua es menor a 25%.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos de la información: Prospectivo

Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia de estudio: Transversal



Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:
Descriptivo
De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:
Observacional.

Universo del Estudio

Universo: Personal de la salud de áreas de atención a pacientes COVID 19.

Lugar

Hospital General Regional No. 1 IMSS Chihuahua Chih.

Periodo del estudio

01 junio 2022 al 31 de diciembre 2022.

Tamaño de muestra y muestreo

El muestreo será por conveniencia y el tamaño de muestra corresponderá al cálculo en base a muestras infinitas.

Con la siguiente formula:

Sustituyendo:

Z (constante) = 1.96

p (proporción esperada) = 25% o 0.25

ε (error permisible) = 5% o 0.05

$n = 1.962 \times 0.25 (1-0.25) / 0.0025$

$n = 3.8416 \times 0.25 (0.75) / 0.0025$

$n = 288$

10% perdidas = 29

$N = 317$



CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión.

- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, que acepten participar.
- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, trabajadores de sexo indistinto.
- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, de todos los turnos.
- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, de categorías que se especifican.

Criterios de no inclusión.

- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, que no acepten participar en el protocolo de investigación.
- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, que se encuentren en periodo vacacional.
- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, que no se encuentren en su área de trabajo mientras se realiza la encuesta.

Criterios de eliminación.

- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, que desee salir del protocolo de investigación.
- Personal de salud que labora en áreas de atención de pacientes COVID 19 del hospital General Regional No. 1, que no complete en su totalidad las encuestas.
- Encuestas que no cuenten con los datos necesarios para realizar el análisis estadístico.



VARIABLES

Definición de variables

Operacionalización de variables

Variable dependiente.

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DE INDICADOR
Estrés	Conjunto de reacciones físicas y mentales que el trabajador experimenta cuando se ve sometido a factores externos que superan su capacidad para enfrentarse a ello. ⁵³	Cualitativa	Ordinal politómica	1.Leve 2.Moderado 3.Severo 4.Extremadamente severo
Miedo	Sensación de angustia por un riesgo o daño real o imaginario. ⁵⁴	Cualitativa ordinal	Ordinal politómica	1.Leve 2.Moderado 3.Severo
Ansiedad	Estado de agitación e inquietud en el ánimo. ⁵⁴	Cualitativa	Ordinal politómica	1.Leve 2.Moderado 3.Severo 4.Extremadamente severo
Depresión	Enfermedad que se presenta con tristeza constante y pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, así como por la incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria por al menos dos semanas. ⁵⁵	Cualitativa	Ordinal politómica	1.Leve 2.Moderado 3.Severo 4.Extremadamente severo

Variable independiente.

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	DE INDICADOR
Turno	Orden en el cual se realizan las funciones o actividades de varias personas. ⁵⁴	Cualitativa Nominal Politómica	Matutino Vespertino Nocturno Otros	1.07:00-15:00hrs 2.15:00-20:00hrs 3.20:00-07:00hrs
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación según el puesto de trabajo desempeñado. ⁵⁶	Cualitativa	Área medica Enfermería Área Administrativa	1.Médicos generales 2.Médico residente 3.Médico Familiar 4.Médico no familiar



			Servicios generales	5.Enfermería 6.Auxiliares de enfermería 7.Camilleros 8.Intendencia 9.Asistente medico 10.Personal de ambulancias 11.Otros
--	--	--	---------------------	---

Terceras variables.

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo vivido hasta el momento de responder las encuestas. ⁵⁴	Cuantitativa	De razón Continua	1.20-30 años 2.31-40 años 3.41-50 años 4.Mas de 50 años
SEXO	Condición orgánica, masculina o femenina. ⁵⁴	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1.Masculino 2.Femenino
ESTADO CIVIL	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad o matrimonio, constatado en el Registro Civil. ⁵⁷	Cualitativa	Nominal Politómica	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado 5.Union libre



DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

Se trata de un protocolo de investigación que tiene como objetivo principal obtener la prevalencia de índices psicoemocionales en personal de salud que labora en área COVID 19 del HGR No. 1 utilizando la escala de miedo al COVID 19 y la escala DASS 21. Se evaluará a todo el personal de ambos sexos de los turnos matutino, vespertino y nocturno.

Se trata de un estudio observacional de tipo transversal prospectivo el cual se realizará durante el 01 de junio al 31 de diciembre 2022 y se llevará a cabo en el Hospital General Regional No. 1, en el estado de Chihuahua, Chihuahua. Se requerirá un tamaño mínimo de muestra de 317 cuestionarios que se aplicaran al personal; a cada uno de estos se les otorgara una carta de consentimiento informado la cual contendrá una descripción breve del objetivo, justificación, posibles beneficios y riesgos del protocolo además de la información del investigador; también se les solicitará el llenado de tres cuestionarios: Ficha de recolección de datos generales, escala de miedo al COVID 19 y escala DASS 21.

Se invertirá un tiempo promedio de 10 minutos por entrevistado. La información recabada será capturada en una base de datos para su posterior análisis, obteniendo frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central, razón de prevalencia o razón de momios de prevalencia según corresponda, con sus intervalos de confianza al 95% y con un valor de $p < 0.05$ para considerarse estadísticamente significativo.

Los resultados obtenidos al finalizar este protocolo permitirán establecer posibles medidas preventivas y/o correctivas para así prevenir el posible desarrollo de enfermedades mentales y garantizar la seguridad en el desempeño de las actividades laborales.



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva: En el caso de las variables dimensionales, los datos se expresaron como promedio desviación estándar \pm (DE), o mediana (percentiles 25-75%), según la distribución sea paramétrica o no paramétrica, respectivamente. Las variables nominales se expresan como números o porcentajes. Se establecerá la prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud del área COVID-19 en el HGR No. 1 Chihuahua.

Para el análisis de los datos se utilizará el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Macintosh, versión 26.

ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos de la presente investigación se han establecido en los lineamientos y principios generales que el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, dando cumplimiento a los artículos 13 y 14 (fracción I, II, III, IV, V, VII, VIII) del TÍTULO SEGUNDO correspondiente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo con el artículo 17 de este mismo título, el presente trabajo de investigación es una investigación transversal que contempla la aplicación de 3 cuestionarios, uno de datos generales, escala de miedo a COVID-19 así como escala DASS-21 por lo que se considera una investigación **Sin Riesgo**. De acuerdo con el artículo 23 de este mismo título, y de acuerdo con los criterios para la elaboración de protocolos de investigación del IMSS y dando cumplimiento a lo considerado por la Comisión de Ética y las Guías de Buena Práctica Clínica, se incluye el consentimiento informado por escrito. Por otra parte, también sienta las bases en los principios básicos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, respetándose los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia, respeto y autonomía. Para garantizar la confidencialidad de la información, se mantendrá discreción en el manejo de la información y el anonimato de los trabajadores. Para la captura de la información en bases de datos se utilizará un folio asignado para cada paciente con el fin de evitar capturar el nombre del paciente. Se enviará este protocolo al Comité Local de Investigación y Ética en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para su evaluación



RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Humanos

Mariana Madai Domínguez Tavera, residente del Hospital General Regional No.1 Chihuahua en la especialidad de medicina del trabajo y ambiental.

Alma Paola Hernández Miramontes, médico especialista en medicina del trabajo y ambiental y asesora de investigación.

Martha Alejandra Maldonado Burgos, médico especialista en epidemiología y asesora de investigación.

Financieros

Estos recursos serán financiados por el investigador principal, no se generará un gasto adicional para los trabajadores ni para la institución.

Físicos

Computadora, hoja de cálculo Microsoft Excel, procesador de textos Word, impresora, bolígrafos, lápiz, hojas blancas.

Factibilidad

Este estudio se realizará en áreas asignadas para la atención de pacientes con COVID 19 dentro de las instalaciones del Hospital General Regional No.1 Chihuahua, es factible realizarse ya que se cuenta con el personal de salud y no se demandará ningún tipo de recurso económico para el instituto, así como la realización de las encuestas no interferirá con las actividades laborales del personal.



RESULTADOS.

Se estudiaron 317 trabajadores de salud adscritos al HGR N° 1 Morelos Chihuahua (ver Tabla 1), de los cuales 203 (64%) eran del sexo femenino, 114 (36%) sexo masculino, 142 (44.8%) de estos se encontraron en el rango de edad de 31 a 40 años, 137 (43.2%) eran solteros, 123 (38.8%) personal de enfermería, el tipo de contratación del total de trabajadores era de base con 121 (38.2%), 144 (45.4%) con horario laboral matutino.

Tabla 1. Características trabajadores del HGR No. 1 Chihuahua.

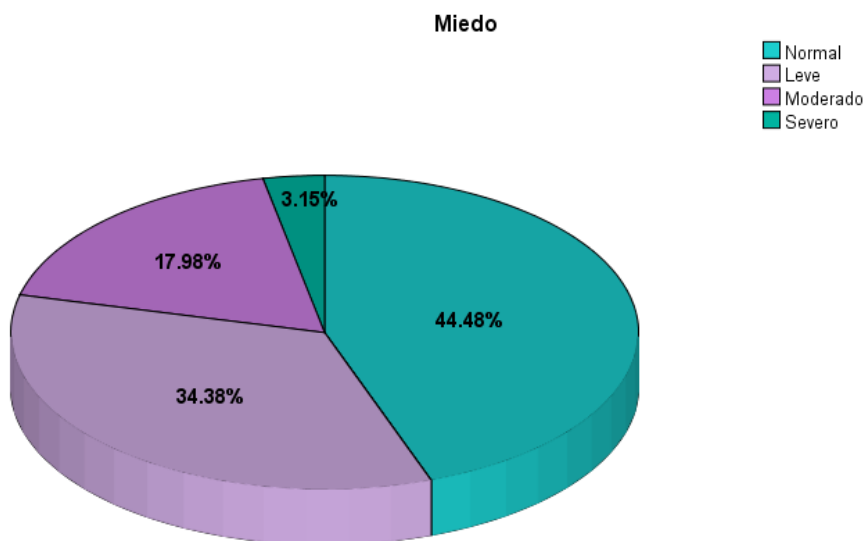
Característica	Valor
Sexo, N (%)	
Femenino	203 (64)
Masculino	114 (36)
Edad, N (%)	
< 20 años	3 (.9)
21 a 30 años	120 (37.9)
31 a 40 años	142 (44.8)
41 a 50 años	41 (12.9)
>50 años	11 (3.5)
Estado civil, N (%)	
Soltero	137 (43.2)
Casado	98 (30.9)
Viudo	9 (2.8)
Unión Libre	47 (14.8)
Divorciado	26 (8.2)
Ocupación, N (%)	
Médico general	63(19.9)
Médico residente	53(16.7)
Médico especialista	15(4.7)
Enfermería	123(38.8)
Asistente medico	15(4.7)
Trabajo social	8(2.5)
Otros	40(12.6)
Contratación, N (%)	
Base	121(38.2)
Sustitución	109(34.4)
Becarios	52(16.4)
Confianza	2(.6)



Otros	33(10.4)
Horario, N (%)	
Matutino	144 (45.4)
Vespertino	68 (21.5)
Nocturno	50 (15.8)
Otros	55 (17.4)

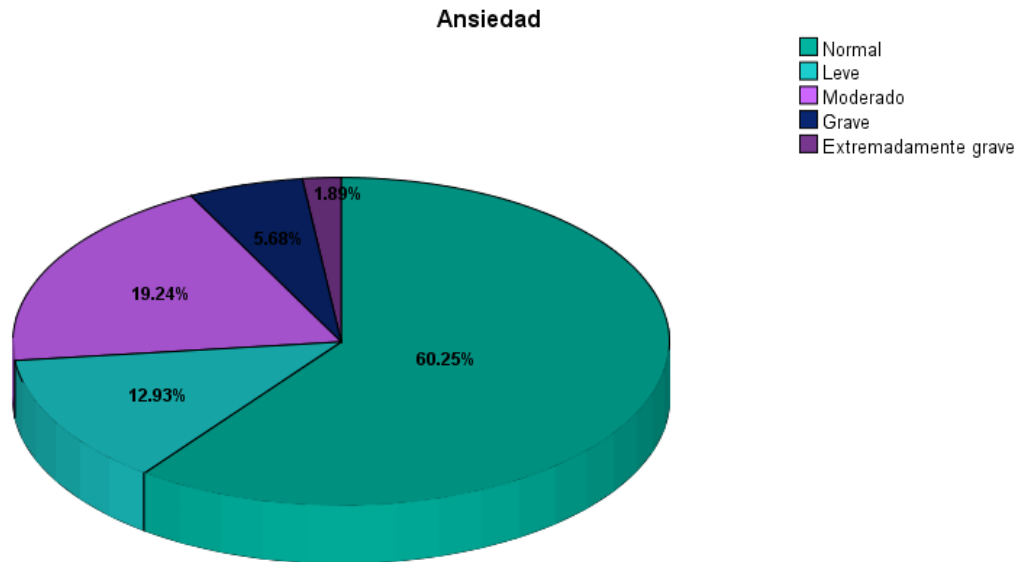
De la muestra estudiados, el 56% presentó algún nivel de miedo, de quienes presentaron miedo, la mayor proporción correspondió a nivel leve (34%), moderado (18%), mientras que miedo severo se presentó en (3%) (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de miedo en trabajadores de la salud del HGR No 1 que laboraron en área COVID 19.



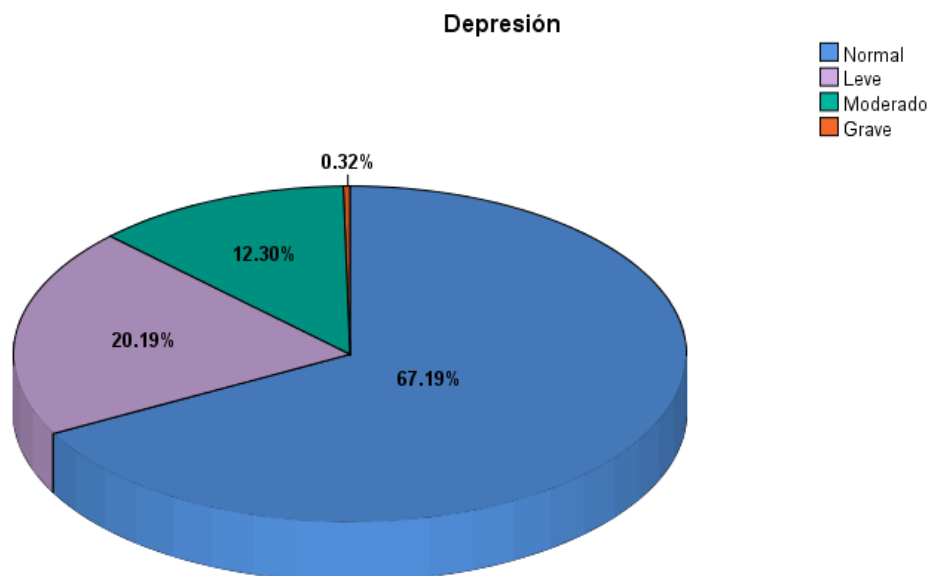
Para la variable ansiedad se encontró que el (60%) de los trabajadores presento niveles normales de ansiedad, ansiedad leve (13%) mientras que (5.7%) presento ansiedad grave, y el (1.6%) de los trabajadores la refiere como extremadamente grave. (Grafica 2).

Gráfica 2. Distribución de ansiedad en trabajadores de la salud del HGR No 1 que laboraron en área COVID 19.



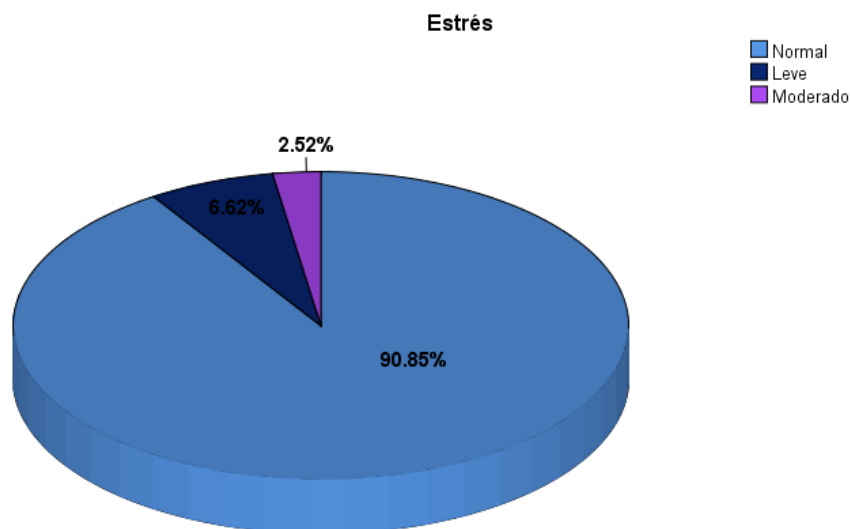
Para la variable depresión se encontró que el (67%) de los trabajadores presento niveles normales, (20%) presento niveles leves, (12%) moderado, mientras que (3%) se clasifico como grave (grafica 3).

Gráfica 3. Distribución de depresión en trabajadores de la salud del HGR No 1 que laboraron en área COVID 19.



Para la variable estudiada estrés se encontró que el (91%) se encuentra en niveles normales, (8%) presenta niveles leves y solo el (2.5%) de los trabajadores reportaron un nivel de estrés moderado. (Grafica 4).

Gráfica 4. Distribución de estrés en trabajadores de la salud del HGR No 1 que laboraron en área COVID 19.



Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2).

Variable	Mediana	RIC	<i>p</i>
Miedo	15.0	10	< 0.001
Ansiedad	6.0	8	
Depresión	6.0	21	
Estrés	4.0	7	

* Kolmogorov-Smirnov

En el análisis bivariado (Ver Tabla 3), encontramos que las mujeres tienen un 34% de exceso de riesgo de tener miedo a COVID con intervalos que van hasta 2.13 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los menores de 20 años tienen un 83% de exceso de riesgo de tener miedo a COVID con intervalos que van hasta 5.61 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las trabajadoras sociales tienen un 41% de exceso de riesgo de tener miedo con intervalos que van hasta 2.61 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Ser de confianza da un 83% de exceso de riesgo de tener miedo con intervalos que van hasta 2.50 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 3. Análisis factores asociados a Miedo en personal de salud del HGR N° 1 que laboró en área COVID 19.

Característica	Miedo		RP	IC 95%	Valor <i>p</i>
	Si n, (%)	No n, (%)			
Sexo					
Femenino	118, (67)	85, (60.3)	1.34	0.85 – 2.13	0.213
Masculino	58, (33)	56, (39.7)	1		
Edad					
< 20 años	2,(1.1)	1,(0.7)	1.83	0.60 – 5.61	0.763
21 a 30 años	68,(38.6)	52,(36.9)	1.56	0.70 – 3.46	
31 a 40 años	79,(44.9)	63,(44.7)	1.53	0.69 – 3.39	
41 a 50 años	23,(13.1)	18,(12.8)	1.54	0.67 – 3.53	
>50 años	4,(2.3)	7,(5.0)	1		
Estado civil					
Soltero	80,(45.5)	57,(40.4)	1.10	0.87 – 1.39	0.934
Casado	52,(29.5)	46,(32.6)	1		
Viudo	5,(2.8)	4,(2.8)	1.05	0.57 – 1.93	
Unión Libre	25,(14.2)	22,(15.6)	1.00	0.72 – 1.39	
Divorciado	14,(8.0)	12,(8.5)	1.01	0.68 – 1.52	
Ocupación					
Médico general	31,(17.6)	32,(22.7)	0.92	0.54 – 1.58	0.784
Médico residente	29,(16.5)	24,(17.0)	1.03	0.60 – 1.75	
Médico especialista	9,(5.1)	6,(4.3)	1.13	0.60 – 2.11	
Enfermería	68,(38.6)	55,(39.0)	1.04	0.63 – 1.71	
Asistente medico	8,(4.5)	7,(5.0)	1		
Trabajo social	6,(3.4)	2,(1.4)	1.41	0.76 – 2.61	
Otros	25,(14.2)	15,(10.6)	1.17	0.69 – 1.99	
Contratación					
Base	60,(34.1)	61,(43.3)	0.91	0.63 – 1.30	0.351
Sustitución	65,(36.9)	44,(31.2)	1.09	0.77 – 1.55	
Becarios	31,(17.6)	21,(14.9)	1.09	0.74 – 1.60	
Confianza	2,(1.1)	0,(0.0)	1.83	1.34 – 2.50	
Otros	18,(10.2)	15,(10.6)	1		



Horario

Matutino	80,(45.5)	64,(45.4)	1		
Vespertino	39,(22.2)	29,(20.6)	1.03	0.80 – 1.33	0.642
Nocturno	24,(13.6)	26,(18.4)	0.86	0.63 – 1.19	
Otros	33,(18.8)	22,(15.6)	1.08	0.83 – 1.40	
Chi cuadrada					

Las mujeres tienen 14% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 83% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes de 41 a 50 años tienen 20% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 77% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los divorciados tienen 69% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 2.92 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las trabajadoras sociales tienen 88% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 5.57 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los trabajadores del turno vespertino tienen 36% de exceso de riesgo de tener ansiedad con intervalos que van hasta 90% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa ($p=0.333$).

Tabla 4. Análisis factores asociados a Ansiedad en personal de salud del HGR N° 1 que labora en área COVID 19.

Característica	Ansiedad		RP	IC 95%	P
	Si n, (%)	No n, (%)			
Sexo					
Femenino	83,(65.9)	120,(62.8)	1.14	0.71 – 1.83	0.580
Masculino	43,(34.1)	71,(37.2)	1		
Edad					
< 20 años	0,(0.0)	3,(1.6)	-		
21 a 30 años	47,(37.3)	73,(38.2)	1.01	0.75 – 1.37	0.568
31 a 40 años	55,(43.7)	87,(45.5)	1		
41 a 50 años	19,(15.1)	22,(11.5)	1.20	0.81 – 1.77	
>50 años	5,(4.0)	6,(3.1)	1.17	0.59 – 2.32	
Estado civil					
Soltero	52,(41.3)	85,(44.5)	1.19	0.74 – 1.90	0.435
Casado	41,(32.5)	57,(29.8)	1.31	0.81 – 2.12	



Viudo	4,(3.2)	5,(2.6)	1.39	0.60 – 3.23	
Unión Libre	15,(11.9)	32,(16.8)	1		
Divorciado	14,(11.1)	12,(6.3)	1.69	0.97 – 2.92	
Ocupación					
Médico general	27,(21.4)	36,(18.8)	1.61	0.66 – 3.90	0.570
Médico residente	21,(16.7)	32,(16.8)	1.49	0.60 – 3.66	
Médico especialista	7,(5.6)	8,(4.2)	1.75	0.64 – 4.75	
Enfermería Asistente	52,(41.3)	71,(37.2)	1.59	0.67 – 3.76	
medico	4,(3.2)	11,(5.8)	1		
Trabajo social	4,(3.2)	4,(2.1)	1.88	0.63 – 5.57	
Otros	11,(8.7)	29,(15.2)	1.03	0.39 – 2.74	
Contratación					
Base	58,(46.0)	63,(33.0)	1.13	0.78 – 1.64	0.156
Sustitución	38,(30.2)	71,(37.2)	0.82	0.55 – 1.24	
Becarios	22,(17.5)	30,(15.7)	1		
Confianza	0,(0.0)	2,(1.0)	-		
Otros	25,(13.1)	25,(13.1)	1.18	0.78 – 1.80	
Horario					
Matutino	50,(39.7)	94,(49.2)	1		
Vespertino	32,(25.4)	36,(18.8)	1.36	0.97 – 1.90	0.333
Nocturno	22,(17.5)	28,(14.7)	1.27	0.86 – 1.86	
Otros	22,(17.5)	33,(17.3)	1.15	0.78 – 1.71	

Chi cuadrada

Las mujeres tienen 16% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 90% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes de 41 a 50 años tienen 47% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.18 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los viudos tienen 60% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 3.49 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las trabajadoras sociales tienen 88% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 4.59 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los trabajadores de base tienen 3.89 veces riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 9.93



veces riesgo siendo estadísticamente significativa. Los trabajadores del turno vespertino tienen 54% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta 2.23 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 5. Análisis factores asociados a Depresión en personal de salud del HGR N° 1 que laboro en área COVID 19.

Característica	Depresión		RP	IC 95%	P
	Si n, (%)	No n, (%)			
Sexo					
Femenino	69,(66.3)	134,(62.9)	1.16	0.71 – 1.90	0.550
Masculino	35,(33.7)	79,(31.7)	1		
Edad					
< 20 años	0,(0.0)	3,(1.4)	-		0.060
21 a 30 años	32,(30.8)	88,(31.3)	0.81	0.55 – 1.18	
31 a 40 años	47,(45.2)	95,(44.6)	1		
41 a 50 años	20,(19.2)	21,(9.9)	1.47	0.99 – 2.18	
>50 años	5,(4.8)	6,(2.8)	1.37	0.69 – 2.73	
Estado civil					
Soltero	38,(36.5)	99,(46.5)	1		0.461
Casado	35,(33.7)	63,(29.6)	1.29	0.88 – 1.88	
Viudo	4,(3.8)	5,(2.3)	1.60	0.74 – 3.49	
Unión Libre	16,(15.4)	31,(14.6)	1.23	0.76 – 1.99	
Divorciado	11,(10.6)	15,(7.0)	1.53	0.90 – 2.58	
Ocupación					
Médico general	24,(23.1)	39,(18.3)	1.14	0.52 – 2.50	0.108
Médico residente	13,(12.5)	40,(18.8)	0.74	0.31 – 1.73	
Médico especialista	8,(7.7)	7,(3.3)	1.6	0.68 – 3.77	
Enfermería Asistente medico	40,(38.5)	83,(39.0)	0.98	0.46 – 2.09	
Trabajo social	5,(4.8)	10,(4.7)	1		
Otros	5,(4.8)	3,(1.4)	1.88	0.77 – 4.59	
	9,(8.7)	31,(14.6)	0.68	0.27 – 1.69	



Contratación

Base	57,(54.8)	64,(30.0)	3.89	1.52 – 9.93	< 0.001
Sustitución	29,(27.9)	80,(37.6)	2.20	0.83 – 5.79	
Becarios	14,(13.5)	38,(17.8)	2.22	0.80 – 6.17	
Confianza	0,(0.0)	2,(0.9)	-		
Otros	4,(3.8)	29,(13.6)	1		

Horario

Matutino	42,(40.4)	102,(47.9)	1		
Vespertino	30,(28.8)	38,(17.8)	1.54	1.06 – 2.23	0.119
Nocturno	17,(16.3)	33,(15.5)	1.19	0.75 – 1.89	
Otros	15,(14.4)	40,(18.8)	0.95	0.58 – 1.57	

Chi cuadrada

Las mujeres tienen 53% de exceso de riesgo de tener estrés con intervalos que van hasta 3.57 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los pacientes de 41 a 50 años tienen 2.68 veces riesgo de tener estrés con intervalos que van hasta 18.76 veces riesgo siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los viudos tienen 44% de exceso de riesgo de tener estrés con intervalos que van hasta 14.09 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los médicos generales tienen 2.14 veces riesgo de tener estrés con intervalos que van hasta 15.64 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los trabajadores de base tienen 69% de exceso de riesgo de tener estrés con intervalos que van hasta 3.83 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Los trabajadores del turno vespertino tienen 2.91 veces riesgo de tener estrés con intervalos que van hasta 6.91 veces riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

Tabla 6. Análisis factores asociados a estrés en personal de salud del HGR N° 1 que labora en área COVID 19.

Característica	Estrés		RP	IC 95%	P
	Si n, (%)	No n, (%)			
Sexo					
Femenino	21,(72.4)	182,(63.2)	1.53	0.66 – 3.57	0.324
Masculino	8,(27.6)	106,(36.8)	1		
Edad					



< 20 años	0,(0.0)	3,(1.0)	-		
21 a 30 años	8,(27.6)	112,(38.9)	0.73	0.10 – 5.34	0.009
31 a 40 años	10,(34.5)	132,(45.8)	0.77	0.11 – 5.51	
41 a 50 años	10,(34.5)	31,(10.8)	2.68	0.38 – 18.76	
>50 años	1,(3.4)	10,(3.5)	1		
Estado civil					
Soltero	12,(41.4)	125,(43.4)	1.14	0.27 – 4.79	0.992
Casado	9,(31.0)	89,(30.9)	1.19	0.27 – 5.19	
Viudo	1,(3.4)	8,(2.8)	1.44	0.15 – 14.09	
Unión Libre	5,(17.2)	42,(14.6)	1.38	0.29 – 6.64	
Divorciado	2,(6.9)	24,(8.3)	1		
Ocupación					
Médico general	9,(31.0)	54,(18.8)	2.14	0.29 – 15.64	0.602
Médico residente	5,(17.2)	48,(16.7)	1.42	0.18 – 11.20	
Médico especialista	1,(3.4)	14,(4.9)	1		
Enfermería Asistente medico	11,(37.9)	112,(38.9)	1.34	0.19 – 9.67	
Trabajo social	0,(0.0)	15,(5.2)	-		
Otros	0,(0.0)	8,(2.8)	-		
Otros	3,(10.3)	37,(12.8)	1.13	0.13 – 9.99	
Contratación					
Base	15,(51.7)	106,(36.8)	1.69	0.75 – 3.83	0.212
Sustitución	8,(27.6)	101,(35.1)	1		
Becarios	6,(20.7)	46,(16.0)	1.57	0.58 – 4.30	
Confianza	0,(0.0)	2,(0.7)			
Otros	0,(0.0)	33,(11.5)			
Horario					
Matutino	8,(27.6)	136,(47.2)	1		0.098
Vespertino	11,(37.9)	57,(19.8)	2.91	1.23 – 6.91	
Nocturno	5,(17.2)	45,(15.6)	1.8	0.62 – 5.25	
Otros	5,(17.2)	50,(17.4)	1.63	0.56 – 4.79	
Chi cuadrada					



DISCUSIÓN

Se han realizado distintos estudios para evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión derivados de la pandemia por COVID19 en diferentes lugares del mundo; por ejemplo, se realizó un estudio en el Salvador donde participaron 121 trabajadores de la salud de septiembre a diciembre 2020 por Salazar y colaboradores el estrés laboral y las alteraciones de salud mental se encontraron, principalmente entre las edades de 21 a 40 años siendo el nivel de estrés bajo el común denominador. No se encontró ningún trabajador con niveles altos de estrés. En cuanto a la variable ansiedad se reportó que el 51.2% tiene un nivel intermedio de ansiedad; el 35.5%, un nivel bajo y el 13.2% un nivel alto.

Así mismo se realizó un estudio en un hospital de España por Simón y colaboradores cuyo objetivo era analizar el impacto psicoemocional en personal de enfermería que atendió a pacientes COVID19, la muestra fue de 196 trabajadores de los cuales 39 eran del sexo masculino y 157 sexo femenino, con edades entre 22 y 65 años, los resultados indicaron que el 16.8% presento depresión de los cuales el 66.7% se clasifico como depresión moderada a severa, 46.4% ansiedad de los cuales 40.7% se clasifico como de moderada a extremadamente severa, 22.4% estrés, mediante la aplicación de la escala DASS-21 y miedo en un 46.9% del total de trabajadores encuestados, mediante la escala FCV-19S.

A diferencia de los resultados obtenidos en este protocolo donde la mayoría del personal presento niveles bajos de las variables de estudio. Los factores que pudieron incidir en este resultado fueron: el periodo en que se realizó, ya que se aplicaron las encuestas en el último año de la pandemia tiempo que les permitió a los trabajadores desarrollar y adquirir la experiencia y conocimientos además del surgimiento de vacunas y la instauración de protocolos y medidas preventivas, elementos que en conjunto mejoraron y facilitaron la resiliencia en el trabajador lo que le permitió adaptarse de forma positiva a la pandemia.

También existen estudios como el de Tan y colaboradores donde se realizó una investigación en trabajadores sanitarios en Singapur se estudió, la presencia de depresión, ansiedad y estrés mediante la encuesta DASS-21 y la Escala Impact of Event Scale Revised (IES-R). El sexo femenino representó el 68.3% y el masculino el 31.7%. En este estudio concluyeron que el 8.1% de los profesionales de la salud presentaron depresión, 10.8% ansiedad y 6.4% estrés, resultados que no se asemejan en la mayoría de los estudios reportados pero que nos brindan la posibilidad de entender que si existe una diferencia de acuerdo a la población y el tiempo de donde se realiza el estudio.



En este protocolo se evidencio que a pesar de no existir asociación estadística significativa entre las variables de estudio y la población estudiada aún se presentan casos de estrés, ansiedad y depresión en el personal que laboro en áreas de atención de pacientes COVID19, situación que requiere de la atención personalizada a estos trabajadores con la finalidad de ayudarles a mejorar sus capacidades de adaptación y permitirles desarrollar su trabajo de manera adecuada trayendo esto consigo un beneficio general.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio parecen evidenciar que son los trabajadores de la salud que no son médicos los que presentan un mayor riesgo de padecer ansiedad, estrés y depresión, todo esto posiblemente originado de la falta de intervenciones educativas a todo el personal de salud, ya que al tener desconocimiento acerca del virus y la enfermedad y enfrentarse a la atención de familiares de casos positivos así como el acceso a la información referente a número de casos nuevos y fallecimientos dentro de la unidad médica donde se realizó el estudio son fuentes generadoras de estrés, ansiedad, miedo y depresión.

Esta pandemia por COVID19 evidencio la falta de estrategias clínicas y políticas en salud que permitan el apoyo a los trabajadores de la salud, así como garantizar la atención adecuada a los derechohabientes.

Nuestro estudio identificó características en común dentro de la población estudiada como más propensas de presentar las variables estudiadas estas fueron, ser del sexo femenino, rango de edad de 41 a 50 años, ser viudos o divorciados así como laborar en el turno vespertino, en cuanto al puesto fueron las trabajadoras sociales el grupo más susceptible de padecer miedo, ansiedad, estrés y depresión. Estos elementos nos permiten vislumbrar que las intervenciones educativas también deben dirigirse a los trabajadores de la salud no médicos para garantizar la comprensión y el uso de las medidas de control de infecciones. El apoyo psicológico podría incluir servicios de asesoramiento y desarrollo de sistemas de apoyo entre colegas, así como reforzar estrategias de atención y supervisión a todos los puestos de trabajo así como turnos laborales. Algunas de las recomendaciones que podremos emitir se encuentran las siguientes:

- ❖ Se debe prescindir de trabajos que no ofrezcan al trabajador la posibilidad de usar su capacidad de razonar y tomar decisiones.
- ❖ Con la finalidad de evitar carga mental excesiva, el trabajo efectuado requerirá del individuo un esfuerzo de acuerdo a su capacidad de respuesta.



El trabajo debe permitir que el trabajador haga uso de sus capacidades y conocimientos de acuerdo al nivel de sus posibilidades individuales.

- ❖ Acceder a un descanso adecuado o la posibilidad de combinar el trabajo con otras actividades que impliquen una menor carga mental, para así permitir la recuperación del organismo.
- ❖ Realizar indicadores de carga mental tales como indicadores fisiológicos: Presión sanguínea; electroencefalograma, frecuencia cardíaca. Indicadores de conducta: tarea primaria (tiempo de reacción, errores, olvidos, modificaciones del proceso operatorio...), tarea secundaria (doble tarea); conductas asociadas a la fatiga. Indicadores psicológicos: memoria, atención, coordinación visomotora. Indicadores de fatiga. En conjunto estas evaluaciones deberán conjugarse con los datos obtenidos en los exámenes médicos de ingreso y periódicos con la finalidad de tratar de prevenir la aparición de patología mental en los trabajadores.
- ❖ Prever una correcta distribución de las pausas para permitir la recuperación de la fatiga. La introducción de pausas cortas después de periodos de trabajo cortos es preferible a la realización de pausas más largas tras periodos de trabajo continuados.
- ❖ Asimismo, debe informarse a los trabajadores de las exigencias de realización de la tarea (cantidad, calidad, plazos, objetivos en el contexto de la empresa y cualquier otra información que afecte a la tarea) de manera que se eviten ambigüedades e incertidumbres que puedan suponer factores añadidos de carga.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fukuti P, Uchoa CLM, Mazzoco MF, Corchs F, Kamitsuji CS, Rossi L, et al. (2020) How Institutions Can Protect the Mental Health and Psychosocial Well-Being of Their Healthcare Workers in the Current COVID-19 Pandemic. *Clinics*. 2020;75:e1963. <file:///F:/Documentos%20Tesis/como%20proteger%20la%20salud%20mental%20de%20los%20trabajadores.pdf>.
2. Tablero México COVID-19 [Internet]. COVID-19 Tablero México. [citado el 11 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>.
3. Org.mx. [citado el 23 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx>.
4. Vizheh M. La salud mental de los trabajadores de la salud en la pandemia de COVID-19: una revisión sistemática. *J Diabetes Metab Trastorno*. 2020; 19(2):1–12.
5. Duarte MLC, Silva DG, Bagatini MMC. Nursing and mental health: a reflection in the midst of the coronavirus pandemic. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2021; 42(spe):e20200140. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.2020014>.
6. Redalyc.org. [citado el 18 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375839307002>.
7. Freud S. 2000. La interpretación de los sueños, 1. Madrid: Alianza Editorial, Biblioteca Freud. p 200-249.
8. Who.int. [citado el 7 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
9. Ilo.org. [citado el 5 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.ilo.org/americas/sala-deprensa/WCMS_LIM_653_SP/lang-es/index.htm.
10. Alwani SS, Majeed MM, Hirwani MZ, Rauf S, Saad SM, Shah H, et al. Evaluation of knowledge, practices, attitude and anxiety of Pakistan's nurses towards COVID-19 during the current outbreak in Pakistan [Internet]. 2020. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1101/2020.06.05.20123703>
11. Lai J, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020; 3(3):e203976.
12. Ünver S, Yeniğün SC. COVID-19 fear level of surgical nurses working in pandemic and surgical units. *J Perianesth Nurs*. 2021; 36(6):711–6.
13. Saracoglu KT, Simsek T, Karaman S, et al. The psychological impact of COVID-19 disease is more severe on intensive care unit healthcare providers: a cross-sectional study. *Clin Psychopharmacology Neurosis*. 2020; 18:607–615. <https://doi.org/10.9758/cpn.2020.18.4.607>



14. Kackin O. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry*. 2021; 67(2):158–67.
15. Aksoy YE, Kocak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19, outbreak: the case of Turkey. *Arch Psychiatr Nurs*. 2020; 34:427–433. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.07.011>.
16. Apisarnthanarak A, Apisarnthanarak P, Siripraparat C, Saengaram P, Leeprechanon N, Weber DJ. Impact of anxiety and fear for COVID-19 toward infection control practices among Thai healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020; 41(9):1093–4.
17. Guan W, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *Engl Med*. 2020 Apr; 382 (18): 1708-20.
18. De los Ángeles Onofre Santiago MCEM, García MSR, Vázquez MJJ, Mendoza JS, M.C.Enf. María Guadalupe Hernández Montesinos, Hernández LEOD. Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina*. 2021; 5(4):6837–57.
19. Guzmán Ramírez BG, Aplicación de la escala “Fear to COVID-19” en personal de salud de hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social en la zona metropolitana de Guadalajara, disponible en www.Fenastac.org.mx (consultado 24 abril 2022).
20. Hu B, Guo H, Zhou P, Shi Z-L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nat Rev Microbiol*. 2021; 19(3):141–54.
21. Wu JT, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet*. 2020; 395(10225):689–97.
22. Gobierno de México, 34° INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LA SITUACIÓN DE COVID-19 DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, 25 DE OCTUBRE DE 2021, disponible en Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología www.gob.mx/salud, (consultado el 24 abril 2022).
23. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. *JAMA*. 2020; 323(13):1239.
24. Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, Liang W-H, Ou C-Q, He J-X, et al. Clinical characteristics of Coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020; 382(18):1708–20.
25. Chen T, Wu D, Chen H, Yan W, Yang D, Chen G, et al. Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study. *BMJ*. 2020; m1091.



26. Gob.mx. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/08/GuiaTx_COVID19_ConsensoInterinstitucional_2021.08.03.pdf
27. Böger, B., Fachi, MM, Vilhena, RO, Cobre, AF, Tonin, FS y Pontarolo, R. (2021). Revisión sistemática con metanálisis de la precisión de las pruebas diagnósticas para COVID-19. Revista estadounidense de control de infecciones, 49 (1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.01>
28. Tang D, Comish P, Kang R. The hallmarks of COVID-19 disease. PLoS Pathog. 2020; 16(5):e1008536.
29. Uam.mx. [citado el 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Mexico-ante-covid-19-acciones-retos.pdf>.
30. El portal único del gobierno [Internet]. Gob.mx. [citado el 5 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/678408/PERSONALDE_SALUD_25.10.21.pdf.
31. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. JAMA New Open. 2020; 3(3):e203976.
32. Arafa A, Mohammed Z, Mahmoud O, Elshazley M, Ewis A. Depressed, anxious, and stressed: What have healthcare workers on the frontlines in Egypt and Saudi Arabia experienced during the COVID-19 pandemic? J Affect Disord [Internet]. 2021; 278:365–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.080>
33. R.N. Carleton, D. Sharpe, G.J.G. Asmundson Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? Behavior Research and Therapy, 45 (2007), pp. 2307-2316, 10.1016/j.brat.2007.04.006.
34. Edu.ec. Available from: <https://revictas.uta.edu.ec/revista/index.php/enfi>.
35. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA, McKay D, Asmundson GJG. Development and initial validation of the COVID Stress Scales. J Anxiety Disord [Internet]. 2020; 72(102232):102232. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>
36. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín Pereira J, Facundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev. Esp Salud Pública. 2020; 94: 23
37. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 scale: Development and initial validation. Int J Mental Health



- Addict [Internet]. 2020; Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8> julio e202007088.
38. Amelica.org. Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/123/1231854011/index.html>.
 39. Redalyc.org. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>.
 40. Carleton RN. Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. J Anxiety Disorder [Internet]. 2016; 39:30–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
 41. Soto-Briseño AI, Gómez-Díaz RA, Valdez-González AL, Saldaña-Espinoza RC, Favila-Bojórquez JJ, H. Wachter N. Escala de temor a la COVID- 19: validación de la versión en español en la población mexicana. Gac Med Mex [Internet]. 2021; 157(6). Available from: <http://dx.doi.org/10.24875/gmm.21000147>
 42. Henry D, Crawford J. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. British Journal of Clinical Psychology. 2005; 44:227–39.
 43. ArcGIS Dashboards [Internet]. Arcgis.com. [cited 24 de abril de 2022]. Available from: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/dashboards/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>
 44. Who.int. [citado el 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
 45. Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud, Ginebra, OMS.
 46. Gob.mx. [citado el 30 de abril de 2022]. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Documentos-Lineamientos-Reconversion-Hospitalaria.pdf>
 47. Álvarez Díaz JA, Retos para el sistema de salud ante la pandemia de COVID-19, México ante el covid-19: acciones y retos, Universidad Autónoma Metropolitana, <https://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Mexico-ante-covid-19-acciones-retos.pdf>.
 48. Who.int. [citado el 30 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>.
 49. Gob.mx. [citado el 20 de abril de 2022]. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/718331/Comunicado Tecnico Diario COVID-19_2022.04.20.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/718331/Comunicado_Tecnico_Diario_COVID-19_2022.04.20.pdf)
 50. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta sobre el Impacto Económico Generado por COVID-19 en las Empresas (ECOVID-IE)



- [Internet]. Org.mx. [citado el 17 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ecovidie>
51. Gob.mx. [citado el 25 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/656430/AP-05-2021_Impacto_de_la_Pandemia_en_el_Mercado_Laboral_VFF.pdf
52. Países con más casos de coronavirus [Internet]. Statista. [cited 22 de abril de 2022]. Available from: <https://es.statista.com/estadisticas/1091192/paises-afectados-por-el-coronavirus-de-wuhan-segun-los-casos-confirmados/>
53. Salud en línea [Internet]. Gob.mx. [cited 25 enero de 2022]. Available from: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>.
54. Rae.es. [cited 25 enero de 2022]. Available from: <https://dle.rae.es>
55. Paho.org. [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>.
56. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Ine.es. [citado el 25 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614&op=30100&p=1&n=20>
57. Rae.es. [citado el 30 de enero de 2022]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>.



ANEXOS

Carta de consentimiento informado



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio:	Título: Prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud del área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Chihuahua, Chihuahua 01 junio del 2022 al 31 de diciembre del 2022.
Número de registro:	R-2022-805-085
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la prevalencia de índices psicoemocionales (estrés, ansiedad, depresión) y miedo en personal de salud que labora en área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua.
Procedimientos:	Se le pedirá que responda 3 cuestionarios: 1 cuestionario de datos generales con 6 ítems, 1 cuestionario de 7 ítems y 1 cuestionario más de 21 ítems con duración de 30 min.
Posibles riesgos y molestias:	El presente protocolo presenta un riesgo mínimo.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al participar en este estudio no recibirá algún pago económico, el único beneficio para usted es la importancia de generar datos estadísticos en beneficio de obtener información relevante para establecer medidas de prevención hacia los trabajadores y el cuidado de su salud.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados de este estudio estarán a disposición del departamento de medicina del trabajo y ambiental, así como el área de investigación médica de este hospital.
Participación o retiro:	Usted es libre de querer participar en el estudio, y puede retirarse en cualquier momento si así lo desea, sin afectar su atención médica.
Privacidad y confidencialidad:	Se respetará la privacidad de cada paciente, será confidencial y de forma anónima su participación en este estudio.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Brindar información que será de gran utilidad para el conocimiento y actualización de la estadística de los ambientes laborales.
En caso de preguntas relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Domínguez Tavera Mariana Madai, médico residente adscrito al servicio de Medicina del Trabajo y Ambiental en Hospital General Regional No. 1 del IMSS de Chihuahua.
Colaboradores:	Dra. Alma Paola Hernández Miramontes, médico adscrito de Medicina del Trabajo y Ambiental en Hospital General Regional No. 1 del IMSS de Chihuahua
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del trabajador

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo (Nombre, dirección, relación y firma)

Testigo (Nombre, dirección, relación y firma)



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIHUAHUA
 FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS
 BIOMEDICAS
 SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION



Estimado participante, a continuación, se le invita a participar para contestar el siguiente cuestionario de datos generales. La información proporcionada será para uso estricto para el desarrollo del protocolo de tesis titulado “Prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud del área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua”, por lo cual se le garantiza que no será utilizada con otro fin.

Instrucciones: Marque con una (x) la respuesta según corresponda.

DATOS GENERALES

NOMBRE

SEXO

1. Femenino

2. Masculino

EDAD

1. < 20 años

2. 21-30 años

3. 31-40 años

4. 41-50 años

5. > 50 años

ESTADO CIVIL

1. Soltero

2. Casado

3. Viudo

4. Divorciado

5. Unión libre

OCUPACION

1. Médico general

2. Médico residente

3. Médico familiar

4. Médico no familiar

5. Enfermería

6. Aux de enfermería

7. Camillero

8. Intendencia

9. Asistente medico

10. Personal de ambulancia

11. Otro personal

Para médicos residentes y médicos no familiares, especificar especialidad.

TIPO DE CONTRATACION

1. Base

2. Sustitución

3. Becarios

4. Confianza

5. Otro tipo de contrato

HORARIO DE TRABAJO

1. Matutino

2. Vespertino

3. Nocturno 4. Otro



Escala de miedo al coronavirus (COVID-19).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS
BIOMÉDICAS



Estimado participante, a continuación, se le invita a participar para contestar el siguiente cuestionario de Escala de miedo al coronavirus (COVID-19). La información proporcionada será para uso estricto del desarrollo del protocolo de tesis titulado “Prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud del área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua”, por lo cual se le garantiza que no será utilizada con otro fin.

ESCALA DE MIEDO AL CORONAVIRUS (COVID-19).

Instrucciones: Del 1 al 5 por favor marque lo que refleja tu propia experiencia.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
2. Me pone incomodo (a) pensar en el coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
5. Cuando veo en redes sociales noticias e historias acerca del coronavirus (COVID-19) me pongo nervioso (a) o ansioso (a).	1	2	3	4	5
6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19).	1	2	3	4	5



Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21).



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CHIHUAHUA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS BIOMÉDICAS
SECRETARÍA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Estimado participante, a continuación, se le invita a participar para contestar el siguiente cuestionario de Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). La información proporcionada será para uso estricto del desarrollo del protocolo de tesis titulado “Prevalencia de índices psicoemocionales y miedo en personal de salud del área COVID 19 en el HGR No. 1 Chihuahua”, por lo cual se le garantiza que no será utilizada con otro fin.

ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

Instrucciones: Usando la escala del 0 al 3 por favor indica lo que refleja tu propia experiencia DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.

NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
0	1	2	3

1.Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2.Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6.Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9.Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11.Noté que me agitaba	0	1	2	3
12.Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13.Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3



16.No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	0	1	2	3
20.Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3



CARTA DE NO INCONVENIENCIA DEL DIRECTOR.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
O.O.A.D CHIHUAHUA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1



18 de marzo de 2022

Dra. Sylvia Jeanette Vega Gonzalez

ENCARGADA DE COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD.

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitarle se me permita llevar a cabo las acciones requeridas, para la realización del protocolo de investigación a mi cargo, titulado **"Prevalencia de Índices Psicoemocionales y Miedo en personal de salud del área COVID 19 en el HGR no 1 Chihuahua"**, las cuales consisten en la aplicación de 3 encuestas las cuales se aplicaran al personal de salud que laboro en áreas de atención a pacientes COVID-19 además de utilizar la información recabada específicamente con esta intención y con la ética correspondiente.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarte un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Dra. Mariana Madai Dominguez Tavera

Matricula: 309173256

Residente Medicina del Trabajo y Ambiental.

 
Dra. Sylvia Jeanette Vega González
Medicina de Urgencias
Matricula 90080936
Coordinación Clínica de
Educación e Investigación en Salud