



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Medicina

Maestría en Salud Pública

**“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A
ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL
ESTADO DE HIDALGO, EN EL CONTEXTO DE
PANDEMIA POR COVID-19”**

**PROYECTO TERMINAL DE CARÁCTER PROFESIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE:**

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

ALDA ILIANA SUÁREZ VELASCO

DIRECTOR (A) DE PROYECTO TERMINAL:

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA

COMITÉ TUTORIAL:

CO-DIRECTOR: DRA. NORA HEMI CAMPOS RIVERA

ASESOR: MTRO. EDUARDO BUSTOS VÁZQUEZ

LECTOR: DR. LUIS ISRAEL LEDESMA AMAYA

TUTORA: DRA. LILIÁN ELIZABETH BOSQUES BRUGADA

Pachuca, Hidalgo; 24 de noviembre de 2023

M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la egresada Alda Iliana Suárez Velasco, con número de cuenta 467885, comunicamos a usted que el Proyecto Terminal denominado FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO, EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19 está concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.



Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

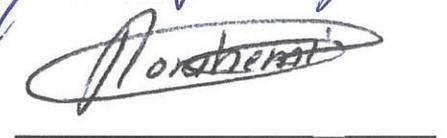
Dra. Rebeca María Elena
Guzmán Saldaña

Directora



Dra. Nora Hemi Campos
Rivera

Codirectora



Mtro. Eduardo Bustos
Vázquez

Asesor



Dr. Luis Israel Ledesma
Amaya

Lector



Dra. Lilián Elizabeth
Bosques Brugada

Tutora





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health

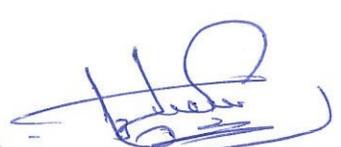
Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/311/2023
Asunto: Autorización de Impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., noviembre 21 del 2023

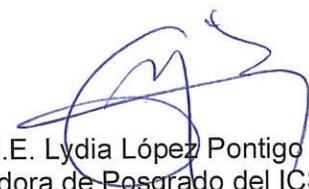
L.PSIC. ALDA ILIANA SUÁREZ VELASCO
EGRESADA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 GRADUATED FROM THE MASTER'S DEGREE IN PUBLIC HEALTH

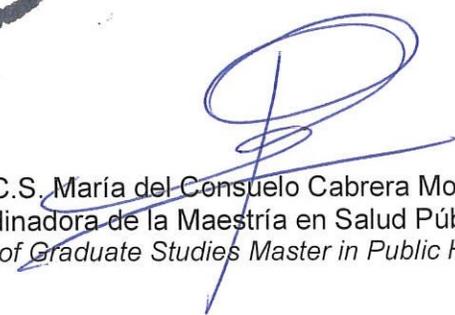
Con fundamento en el Título Tercero, Capítulo V en su Artículo 51, Fracc. III y IV del Estatuto General de la UAEH y en relación con lo establecido por el Título Quinto, Capítulo V, Sección Primera en su Artículo 127 y Artículo 130 Fracción III de dicho ordenamiento legal, comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A ANSIEDAD EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO, EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19”** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 “Amor, Orden y Progreso”


 M.C.Esp. Enrique Espinosa Aquino
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean of the School of Health Sciences


 MC.Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
 Director of Graduate Studies of ICSa


 M. en C.S. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

EEA/LCRQ/LLP/MCCM/mchm*



Eliosa Ramírez Ulica Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P. 4205
 Teléfono 52(771) 71 720 00 Ext. 236
 mtria_saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Agradecimientos

A mi familia, esposo e hijas por
su paciencia y tiempo.

A mis padres por impulsarme
siempre a estudiar.

A los docentes y Comité tutorial
por su generosa instrucción y
acompañamiento.

Índice

Resumen	I
Abstract	II
1. Introducción	1
2. Marco teórico	3
3. Antecedentes	7
3.1 Trastorno de ansiedad generalizada	7
3.2 Ansiedad por coronavirus	8
3.3 Burnout	10
3.4 Trastorno de estrés postraumático	11
3.5 Estrategias de afrontamiento	12
3.6 Depresión	14
4. Planteamiento del problema	16
5. Justificación	17
6. Objetivos	18
6.1 General	18
6.2 Específicos	18
7. Hipótesis	19
8. Material y Métodos	20
8.1 Diseño de estudio	20
8.2 Ubicación espacio temporal	20
8.3 Selección de la población y muestra de estudio	20
8.4 Tamaño muestral y técnica de muestreo	20
8.5 Variables de estudio	21
8.6 Método de evaluación	28
8.6.1 <i>Ficha de datos sociodemográficos</i>	28
8.6.2 <i>Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de (GAD-7)</i>	29
8.6.3 <i>Escala de Ansiedad por COVID-19 (CAS)</i>	29
8.6.4 <i>Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HS)</i>	29
8.6.5 <i>Escala de Trauma (versión de Cano et al. 2007)</i>	30
8.6.6 <i>Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)</i>	30

8.6.7	<i>Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)</i>	30
8.6.8	<i>Propiedades Psicométricas de los instrumentos</i>	31
8.7	Plan de análisis estadístico	32
9.	Aspectos bioéticos	33
10.	Resultados.....	34
10.1	Aspectos sociodemográficos	34
10.2	Aspectos laborales	34
10.3	Percepción de riesgo laboral	35
10.4	Análisis descriptivo de las variables de estudio	35
10.5	Análisis descriptivo de las variables independientes	36
10.6	Análisis de las medias	39
10.7	Análisis de correlaciones.....	40
11.	Discusión	47
12.	Conclusiones	52
13.	Recomendaciones	53
14.	Limitaciones.....	54
15.	Materiales y Presupuesto.....	55
16.	Cronograma de Actividades.....	56
17.	Referencias bibliográficas	57
18.	Anexos.....	63
	Consentimiento informado.....	63
	Ficha sociodemográfica	65
	Generalized Anxiety Disorder (GAD-7).....	68
	Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS-HC).....	68
	Inventario de Burnout de Maslach	69
	Escala de Trauma (de Davidson)	70
	Inventario de estrategias de afrontamiento.....	71
	Patient Health Questionnaire (PHQ-9).....	72

Índice de Tablas

Tabla 1. Resultados del Análisis Factorial Exploratorio.....	31
Tabla 2. Resultados GAD-7.....	36
Tabla 3. Resultados CAS.....	36
Tabla 4. Resultados del IBM por subescala.....	37
Tabla 5. Burnout Puntuaje Global.....	37
Tabla 6. Trastorno de Estrés Postraumático.....	38
Tabla 7. Depresión.....	38
Tabla 8. Resultados de la Escala de Estrategias de Afrontamiento.....	39
Tabla 9. Resultados por Medias de las Variables de Estudio.....	40
Tabla 10. Matriz de Correlaciones de Rho Spearman.....	46

Resumen

Objetivo: Evaluar la asociación entre los factores sociodemográficos y psicosociales con el nivel de ansiedad del personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

Material y Métodos: El diseño del estudio es cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal. Mediante muestreo no probabilístico por conveniencia se obtuvo una muestra de 280. La información fue obtenida de fuente primaria a través de cuestionario digital diseminado mediante redes sociales entre el personal de la SSH; éste estaba compuesto por una batería de instrumentos: *ficha de Datos Sociodemográficos*, *Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)*, *Escala de Ansiedad por COVID-19 (CAS-HC)*, *Inventario de Burnout de Maslach*, *Escala de Trauma (de Davidson)*, *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (de Tobin)* y *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*.

Resultados: 74% de las respondientes eran mujeres, 59.8% dijo que vivía en pareja y 77.9% respondió que sí tenía hijos; 67.7% cuenta con licenciatura. Lo encontrado mediante los instrumentos de evaluación fue que un 11.4% presentaba ansiedad generalizada en un nivel moderado, 6.8% ansiedad por COVID-19, 20.8% con diagnóstico de Burnout (16.4% cansancio emocional alto y 8.9% despersonalización alta), 11.9% con presencia de trastorno de estrés postraumático, 5.7% con depresión moderadamente severa y severa; las dos estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron: resolución de problemas (M=2.291) y reestructuración cognitiva (M=1.936) en tanto que las estrategias menos utilizadas fueron: autocrítica (M=0.771) y retirada social (M=1.031). Lo anterior es congruente con el modelo transaccional que puede explicar que los bajos niveles de ansiedad pueden estar relacionados con el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas por parte del personal de salud.

Palabras clave: Factores psicosociales, factores sociodemográficos, ansiedad, COVID-19, personal de salud.

Abstract

Objective: To evaluate the association between sociodemographic and psychosocial factors with the level of anxiety of health personnel who worked in COVID areas of the Ministry of Health of the State of Hidalgo before and during 2022.

Material and Methods: The study design is quantitative, non-experimental, descriptive, correlational, cross-sectional. A sample of 280 was obtained using non-probabilistic convenience sampling. The information was obtained from a primary source through a digital questionnaire disseminated through social networks among SSH personnel; This was composed of a battery of instruments: *sociodemographic data sheet*, *Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)*, *COVID-19 Anxiety Scale (CAS-HC)*, *Maslach Burnout Inventory*, *Trauma Scale (Davidson)*, *Coping Strategies Inventory (Tobin)* and *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*.

Results: 74% of the respondents were women, 59.8% said they lived as a couple and 77.9% responded that they did have children; 67.7% have a bachelor's degree. What was found through the evaluation instruments was that 11.4% had generalized anxiety at a moderate level, 6.8% had anxiety due to COVID-19, 20.8% had a Burnout diagnosis (16.4% had high emotional exhaustion and 8.9% had high depersonalization), 11.9% had presence of post-traumatic stress disorder, 5.7% with moderately severe and severe depression; The two most used coping strategies were: problem solving (M=2.291) and cognitive restructuring (M=1.936) while the least used strategies were: self-criticism (M=0.771) and social withdrawal (M=1.031). The above is consistent with the transactional model that can explain that low levels of anxiety may be related to the use of adaptive coping strategies by health personnel.

Keywords: Psychosocial factors, sociodemographic factors, anxiety, COVID-19, health personnel.

1. Introducción

La pandemia por COVID-19 mostró la necesidad urgente de que se fortalecieran los Sistemas de Salud y se realizaran abordajes intersectoriales en todos los países. Además de las implicaciones en el funcionamiento emocional y social de las personas a nivel individual y colectivo, así como la relevancia de enfatizar el monitoreo psicosocial tanto a la población en general, los pacientes y el personal médico (Pfefferbaum & North, 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2022b) en su informe “Salud mental y COVID-19: evidencia temprana del efecto de la pandemia” publicado en marzo del 2022, hubo un aumento de 25.6% en casos de ansiedad (Intervalo de incertidumbre (IU) del 95%: 23,2-28,0) y de casos de Trastorno Depresivo Mayor de 27.6% a nivel mundial durante el 2020.

Una revisión sistemática de artículos relacionados con la salud mental del personal de primera línea en pandemias anteriores como el SARS, Ébola y MERS, reportó que las problemáticas más comunes en ese grupo fueron: ansiedad, depresión, insomnio, Síndrome de Estrés Postraumático y Burnout; lo anterior se relacionó con una serie de factores biopsicosociales entre los que se encontró el impacto psicológico de la cuarentena, el aislamiento, el distanciamiento interpersonal, el estigma percibido, la falta de disponibilidad de equipo de protección adecuado, el riesgo de contraer la infección, así como de contagiar a seres queridos y otros estresores laborales (Gupta & Sahoo, 2020).

Se sabe que condiciones psicosociales adversas pueden originar conductas y actitudes inadecuadas en el desarrollo del trabajo que pueden afectar la salud y bienestar del trabajador (Organización Internacional del Trabajo, 1984). El grupo conformado por el personal de salud reúne condiciones como comunidad prioritaria por las implicaciones de su ejercicio profesional por lo que los aportes de investigación en este campo son valiosos.

Cabe señalar, que en el presente documento se citará a personal sanitario, personal de salud, trabajadores de la salud o trabajadores sanitarios de manera indistinta.

El marco teórico presenta un panorama general sobre datos de salud del estado de Hidalgo, así como la definición de salud mental para dar paso a las definiciones específicas y los criterios diagnósticos de cada variable de estudio.

En el capítulo de antecedentes se ha colocado la información que corresponde al estado del arte de cada variable de estudio, buscando que haya congruencia entre lo que se propone y lo que se ha investigado anteriormente. En el apartado de planteamiento del problema se argumenta sobre la relevancia de la salud mental en el mundo, el impacto de la pandemia en la salud mental global y la crítica situación que se enfrenta en materia de presupuesto y acciones por parte de los gobiernos. En el capítulo de justificación, se pueden observar aspectos relacionados con la importancia de generar evidencia del impacto en la salud mental del personal sanitario en la región, como aporte para la toma de decisiones.

Más adelante se describe el objetivo general y los objetivos específicos, la hipótesis y en el apartado material y métodos se describe el diseño del estudio, su ubicación en espacio, lugar, persona, selección de la población y muestra de estudio, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, el tamaño muestral y la técnica de muestreo, la descripción de las variables de estudio, el método de evaluación, la descripción del plan estadístico. Posteriormente, está el capítulo de aspectos bioéticos donde se describen las acciones tomadas para cuidar los derechos de los consultados. Finalmente, se encuentran los capítulos de resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones, limitaciones y material y presupuesto, así como un cronograma que informa el avance de los pasos seguidos hasta el momento final de esta redacción. Y para concluir se incluyen las referencias y anexos donde se encuentran los instrumentos empleados, así como el índice de las tablas utilizadas.

2. Marco teórico

El estado de Hidalgo forma parte de la zona centro del país, tiene una superficie de 20 905.12 km². Limita al norte con el estado de San Luis Potosí, al noreste y este con Veracruz, al este y sureste con Puebla, al sur con Tlaxcala y México y al oeste con Querétaro (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, n.d.).

En 2021, de acuerdo con el informe de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, la Secretaría atendió a un 56% de la población hidalguense, misma que no contaba con seguridad social, alrededor de 1, 724, 785. En ese mismo documento se señala que el personal de salud del estado ascendía ese año a 16, 119 personas distribuidas en 16 hospitales, 483 centros de salud, 15 unidades médicas especializadas, 38 unidades médicas móviles, dos unidades de apoyo, cuatro hospitales de respuesta inmediata COVID y 4 unidades COVID pertenecientes a los Servicios de Salud de Hidalgo. El Estado cuenta con 17 jurisdicciones sanitarias (Secretaría de Salud del estado de Hidalgo, 2021).

En México, según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Instituto de Estadística Geografía e Informática, 2021) al segundo trimestre de 2021 se contaba con 305, 418 personas ocupadas como médicos, de las cuales 54% son hombres y 46% mujeres. El rango de edad que predomina es el de 25 a 44 años en ambos sexos. De cada 100, 67 son médicos generales y 33 especialistas en alguna otra rama de la medicina. El 76% realiza un trabajo principalmente de forma subordinada y remunerada, 12% lo hacen de manera independiente y el 12% restante emplea a otros trabajadores.

En el área de enfermería, en el cuarto trimestre del 2021 alrededor de 620 mil personas reportaron prestar servicios de enfermería en México, de ese total el 79% eran mujeres y el resto hombres. En el país, por cada mil habitantes en promedio había 3.5 personas dedicadas a la enfermería (cifra superior a la registrada en el primer trimestre de 2020, en el que habían 2.9 personas). Las personas ocupadas en la enfermería trabajaron 41.5 horas a la semana. El 70% laboró de 35 a 48 horas y 14% lo hizo más de 48 horas. El promedio de edad de las personas con esta ocupación fue de 37 años. Del total de la población de 15 años y más ocupada en el trabajo de enfermería, 33% tenía entre 15 y 29 años de edad, mientras que 52% reportó tener entre 30 y 49 años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2022).

Es importante remarcar que los centros hospitalarios son sectores donde es común la prevalencia de enfermedades de origen psicosocial, ya que es frecuente que quienes prestan un servicio laboral público y están en continuo contacto con personas que demandan una atención, muestren signos de cansancio físico y mental, baja motivación hacia el trabajo y con frecuencia presentan síntomas de ansiedad y depresión (Hernández-García, 2018).

Los cambios en las condiciones de vida y laborales en torno a la pandemia por COVID-19 han planteado nuevos desafíos a los que se enfrentan los trabajadores de diversas áreas, sobre todo las denominadas esenciales, por lo que organismos internacionales han instado a los gobiernos a que revisen y actualicen las condiciones y disposiciones en materia laboral con la finalidad de generar evidencia que describa y correlacione los aspectos convergentes a la salud mental de los trabajadores de la salud (Organización Internacional del Trabajo, 2021).

Es importante considerar que, los daños que pueden sufrir una persona en el entorno laboral van desde el orden físico, como los trastornos cardiovasculares o digestivos, pasando por los psicológicos del tipo adaptativo y los conductuales, donde se encuentran las adicciones a causa del estrés laboral como puede ser el alcoholismo, tabaquismo o las situaciones de violencia y/o acoso, con frecuencia todos se interrelacionan entre sí y suelen ser factores causantes el uno del otro (Velázquez-Fernández, 2020).

En las últimas décadas, documentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales han reconocido desde hace mucho tiempo que el derecho a un nivel adecuado de salud física y mental, sobre todo en el mundo del trabajo, es un derecho humano (Organización Internacional del Trabajo, 2021).

Al mismo tiempo, la Organización de las Naciones Unidas (2022) ha buscado activamente que los gobiernos se ajusten al cumplimiento del objetivo de desarrollo del milenio número 8 que busca: “la protección de los derechos laborales y la promoción de un entorno seguro” entre otros varios puntos dirigidos a disminuir la precarización laboral y la explotación. Estos criterios internacionales buscan promover oportunidades para que todos puedan conseguir un trabajo decente y productivo, en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad, mismas que son útiles como punto de referencia en el contexto de la respuesta a la crisis provocada por COVID-19 (Organización Internacional del Trabajo, 2021).

En México la legislación ha presentado en materia de salud laboral, específicamente la que corresponde a la salud mental de los trabajadores, la NOM-35-STPS-2018 para la identificación de factores de riesgo psicosocial en el trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) en 2019, en la que son definidos los factores de riesgo psicosocial como: “aquellos que pueden provocar trastornos de ansiedad, no orgánicos del ciclo de sueño-vigilia, estrés grave y de adaptación, derivado de la naturaleza de las funciones del puesto de trabajo, el tipo de jornada de trabajo y la exposición a acontecimientos traumáticos severos o actos de violencia laboral al trabajador, por el trabajo desarrollado” (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018, p.2).

Los trabajadores de la salud que han enfrentado la crisis por COVID-19 han presentado conductas de renuencia al trabajo, incremento en la sintomatología de depresión, ansiedad, angustia psicológica y mala calidad del sueño entre otros factores como preocupación, miedo a contagiarse, contagiar a colegas, amigos y familiares, largas jornadas, falta de EPP y otras variables dentro y fuera del trabajo que pueden causar estragos en la salud mental del personal sanitario; esto sin contar con los factores de personalidad que predisponen a este grupo a ser considerado vulnerable a riesgos (Rodríguez *et al.*, 2021).

Las reacciones emocionales esperadas del personal de salud en el contexto de la pandemia por COVID-19 se enmarcan en las variables psicosociales con más prevalencia mundial como son la depresión, la ansiedad, trastorno de estrés postraumático e insomnio. Asimismo, otros aspectos de interés refieren el estrés del personal femenino, con hijos, familias monoparentales, violencia intrafamiliar, así como la prevalencia previa de psicopatología y conductas de riesgo (Muñoz-Fernández *et al.*, 2020).

Si bien los aspectos críticos de la pandemia pudieron haber generado distintas reacciones emocionales adversas, sobre todo en los trabajadores esenciales de la salud, es oportuno indicar que hay aspectos que pueden actuar como factores como pueden ser el afrontamiento positivo, la planeación de soluciones realistas a la problemática enfrentada, actitudes resolutivas, introspección, autoafirmación, canalización del estrés en actividades productivas, sentido del humor y otros factores como el autocuidado, la capacidad de pedir ayuda, red de apoyo sólida, pareja estable, estilo de vida saludable, espiritualidad y resiliencia (Muñoz-Fernández *et al.*, 2020).

En ese sentido el modelo transaccional que plantea una perspectiva cognitivo sociocultural definió al afrontamiento como: “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o

internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1986, p.164).

Según el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1986) hay dos maneras de afrontar las circunstancias estresantes: la primera es el afrontamiento dirigido a la emoción que aparece cuando el individuo evalúa la situación y determina que no puede hacer nada para modificar las condiciones consideradas amenazantes o desafiantes (incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento) y la segunda es el afrontamiento dirigido al problema, que surge cuando el individuo considera que puede cambiar el entorno. Como estrategia de afrontamiento dirigida al problema identifican la modificación de presiones ambientales, obstáculos, recursos y procedimientos, en vías de cambiar el entorno.

3. Antecedentes

A continuación, se describirán las definiciones de las variables de estudio, así como las investigaciones publicadas en torno a esas variables en el contexto de la pandemia por COVID-19.

3.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Según la Asociación Americana de Psiquiatría los criterios diagnósticos para definir el Trastorno de ansiedad generalizada en adultos, son: a) ansiedad y preocupación excesiva, que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante por lo menos seis meses, en relación con diversos sucesos; b) al individuo le es difícil controlar las preocupaciones; c) la ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis siguientes síntomas (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses): inquietud, fatigabilidad con facilidad, dificultad para concentrarse o relajarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo); d) la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento (American Psychiatric Association, 2014).

Los trastornos de ansiedad son uno de los grupos de trastornos mentales más comunes a nivel mundial, además de ser la novena causa de años perdidos por discapacidad. Suelen presentar una alta comorbilidad con otros trastornos altamente discapacitantes como la depresión, Burnout o trastorno de estrés post traumático (Gaitan *et al.*, 2021).

El personal sanitario ha tenido que enfrentar los embates de la pandemia por COVID-19 y, a consecuencia de esto, ha manifestado secuelas físicas y mentales. En China llegó a alcanzar una prevalencia de ansiedad del 44.6% y en cuanto a depresión se alcanzó un 50.3% y el insomnio alcanzó un 34% (Lai *et al.*, 2019 en Gold, 2020).

Mediante una revisión sistemática, cuyo objetivo fue analizar el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que atendieron a pacientes durante el brote de SARS-CoV2 en España durante los meses de enero a mayo de 2020, se reportó que la salud mental de los profesionales en ejercicio estaba comprometida debido a la pandemia por COVID-19, especialmente entre los profesionales que se encontraban en la primera línea de atención. Se observaron niveles de ansiedad que iban desde 26.5% a 44.6%,

depresión de 8.1% hasta un 25% y para variables preocupación e insomnio los datos se estimaban de 23.6% y 38% (García-Iglesias *et al.*, 2020).

En Estados Unidos se llevó a cabo una encuesta transversal a nivel nacional donde se indagó acerca de factores sociodemográficos y psicosociales a una muestra de profesionales sanitarios en el contexto de pandemia por COVID-19, se emplearon GAD-2 para medir ansiedad generalizada, *Patient Health Questionnaire-2* para depresión y el *Inventario de Burnout de Maslach*. El 29% de los encuestados cumplió con criterios para ser un caso positivo debido a prueba positiva o síntomas informados, los trabajadores sanitarios que contrajeron COVID-19 presentaron niveles más altos de depresión (media=0.31; IC del 95%: 0.16 a 0.47), así como de ansiedad (media= 0.34; IC del 95%: 0.17 a 0.52) y de la dimensión de cansancio emocional (media=0.54; IC del 95% del 0.36 a 0.71) (Firew T. *et al.*, 2020).

En México para determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés en personal de una jurisdicción sanitaria se realizó la escala *Depression Anxiety and Stress Scale-21* de octubre a diciembre de 2020, encontrándose que el 76.5% de la muestra no presentó ansiedad, 80.3% clasificó sin depresión y el 82.5% sin estrés, concluyendo que los niveles más altos de estos factores psicosociales los presentaron las personas que presentaban comorbilidades como diabetes mellitus e hipertensión (Onofre-Santiago *et al.*, 2021).

En una muestra de personal de salud de atención de tercer nivel en México, se llevó a cabo un estudio empleando el *Inventario de ansiedad de Beck* así como el *Inventario de depresión de Beck* y la *prueba de estrés laboral*, para determinar los niveles de estos factores psicosociales en el contexto de pandemia por COVID-19, se encontraron niveles de ansiedad de 83.1%, depresión de 44.7% y estrés en un 66.3% presentándose en su mayoría en mujeres, personas solteras y médicos residentes. Se observaron mayores prevalencias de ansiedad y depresión entre el personal que había sido diagnosticado previamente con COVID-19 ansiedad 38.8% frente a 23.2%, depresión 41.7% frente a 26.9% y estrés 36.8% frente a 17.6% de quienes no habían sido diagnosticados con la enfermedad (Lucas *et al.*, 2022).

3.2 Ansiedad por coronavirus

La pandemia por COVID-19 ha generado desajustes a nivel físico y emocional en toda la población, pero especialmente en aquellas personas que son consideradas como trabajadores esenciales como el personal de salud. El enfrentarse a un virus nuevo del que se conoce poco puede ocasionar la manifestación de enfermedades, trastornos y

alteraciones físicas y mentales como pueden ser la nosofobia que es el miedo irracional a contraer una enfermedad (Lara-Abad *et al.*, 2021).

Un estudio llevado a cabo en personal sanitario en Perú para determinar la asociación entre el miedo al coronavirus y la ansiedad a coronavirus, mediciones llevadas a cabo con dos instrumentos especializados como son: *Escala de miedo a COVID-19* (FCV-19S por sus siglas en inglés) y la *Escala de ansiedad por Coronavirus* (CAS por sus siglas en inglés). El resultado fue que el 22.9% presentaron un nivel de miedo alto, un 65.7% manifestó reacciones de miedo emocional altas y también un 65.7% tuvieron expresiones somáticas de miedo altas. En cuanto a la ansiedad por coronavirus un 92.9% manifestó sin ansiedad disfuncional y un 7.1% con ansiedad disfuncional. Ambas variables mostraron una correlación significativa positiva y de magnitud baja (prueba de correlación de Pearson, $R=0.298$; $p<0.05$) (Huamaccto Caballero, 2021).

En la Ciudad de México, a partir de un estudio llevado a cabo en 231 profesionales de la salud en primera línea de atención en Hospitales de la ciudad durante 2020. Los resultados mostraron una prevalencia de 20.8% de depresión, de 27.7% de ansiedad y un 34.6% de ansiedad por coronavirus, hallando una correlación positiva entre el miedo a contraer la enfermedad llamada COVID-19 o la llamada corona fobia y los niveles de ansiedad y depresión (Medina-Ortiz *et al.*, 2020).

Del mismo modo, en un estudio en el que se utilizó la *Escala de Ansiedad por Coronavirus* (CAS) a personal de salud para conocer la prevalencia y gravedad de la ansiedad causada por la pandemia COVID-19 en México, los resultados arrojaron una puntuación media de 4.22, es decir, ansiedad ausente o leve. Las mujeres presentaron una puntuación media más alta que los hombres y en lo referente a categoría de trabajo, el personal hospitalario no clínico presentó puntuaciones más altas (García-Reyna *et al.*, 2022).

En una revisión documental efectuada por Torres-Muñoz *et al.* (2020) para conocer los factores de riesgo, dilemas éticos y morales del personal de salud de atención a pacientes con COVID-19 y las condiciones hospitalarias durante el 2020, encontró que las variables que pueden contribuir a la presencia de fenómenos psicológicos o mentales en el personal sanitario, se encuentran: el número creciente de casos sospechosos y confirmados, las extenuantes y prolongadas jornadas de trabajo; la escasez de EPP, la llamada "infodemia", la falta en ese momento de un tratamiento específico y de una vacuna; el miedo o ansiedad ante el posible contagio propio y de los compañeros de trabajo y a la familia, la necesidad de tomar decisiones difíciles ante los limitados recursos

y la necesidad de dar la mejor atención médica posible a pacientes gravemente enfermos y con presencia de comorbilidades en un sistema de salud colapsado. Así mismo la necesidad personal de mantener el equilibrio físico y mental en la atención de los pacientes y el dilema ético que presentaban ciertos casos.

3.3 Burnout

De acuerdo con Christina Maslach el Burnout es una respuesta a una exposición prolongada a factores estresantes crónicos, emocionales e interpersonales en el ámbito laboral y se compone por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se trata de una experiencia de malestar emocional y agotamiento físico debido al contacto diario y mantenido con las personas que son objeto de trabajo (Maslach, 1982).

En el campo de la salud, distintas investigaciones señalan que los médicos residentes presentan síntomas asociados a burnout debido a la situación extenuante en que laboran y las distintas condiciones laborales adversas (Organización Internacional del Trabajo, 2021).

Mediante una revisión sistemática para conocer la prevalencia Burnout en el personal de salud durante la pandemia por COVID-19 a nivel mundial, se encontró que la tasa de Burnout se encontraba entre 48% y 51% en médicos de distintas especialidades, además de que un 20% de los médicos mostraron niveles de depresión “ligera” asociada y 13% de los médicos presentaba ideación suicida al momento del estudio (Palacios & Paz, 2021).

En Ecuador se aplicó el *Inventario de Burnout de Maslach* para determinar la prevalencia de Burnout entre el personal médico y enfermero durante la pandemia por COVID-19, encontrando que el cansancio emocional en nivel moderado y severo en médicos fue de 78.15% y en enfermeros 63.02%; la despersonalización moderada y severa obtuvo prevalencias en médicos de 72.61% y en enfermeros 65.63% y en la tercera dimensión baja y moderada entre los médicos 85.41% y en enfermeros 78.09%, además de que se asoció significativamente a la edad y el sexo, siendo el personal de enfermería el más afectado en las dimensiones que corresponden a cansancio emocional y despersonalización. Los resultados por puntuación directa fueron de presencia de Burnout en médicos en 95.36% y en enfermeros 95.89% (Vinueza-Veloz *et al.*, 2020).

En un estudio realizado a médicos y enfermeros de la Ciudad de México se aplicaron tanto el *Inventario de Burnout de Maslach* como la *Escala de Bienestar psicológico de Ryff* para conocer el impacto de la pandemia sobre la salud mental de los profesionales

sanitarios. Los resultados con respecto al Burnout mediante la prueba U Mann-Whitney identificó diferencias estadísticamente significativas por profesión en la dimensión despersonalización ($p = 0.024$), presentando un rango medio superior los médicos (68.72) que los enfermeros (54.35). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión realización personal ($p = 0.007$), encontrándose más alto en quienes laboran en el sector privado (76.71) que en el público (56.27). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre quienes se contagiaron y no con COVID-19 y tampoco por género. Respecto a la prevalencia de Burnout se encontró en un 3.4% de la muestra (García-Torres *et al.*, 2021).

En Hidalgo durante un periodo de septiembre 2020 a febrero 2021, se aplicó una encuesta a personal de salud del Hospital General de Pachuca para conocer la calidad de vida, satisfacción por empatía, desgaste por compasión y Burnout, el 48.2% de la muestra había laborado en un área COVID al momento de responder el cuestionario y en lo que respecta a los resultados por Burnout el 75.4% se ubicó en el nivel leve, en tanto el 26.4% en el moderado (Flores-Avilés & García-Ramírez, 2022).

3.4 Trastorno de estrés postraumático

El Trastorno de estrés postraumático se presenta cuando la persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa una amenaza para su vida o su integridad, o cuando ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas de la existencia de este tipo de acontecimientos en otras personas. La reacción emocional experimentada debe implicar una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos. Los grupos sintomáticos son: reexperimentación, evitación e hiperactivación. Estos deben prolongarse por más de un mes desde el suceso traumático y provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona (American Psychiatric Association, 2014).

Los síntomas incluyen pensamientos intrusivos recurrentes, conductas evitativas, alteraciones en la cognición y el estado de ánimo, problemas de memoria, distorsiones del pensamiento, afectos bajos o desinterés en lo cotidiano, y alteraciones del estado de alerta y de reacción como trastornos del sueño, conductas impulsivas e irritabilidad, mismos que pueden ser discapacitantes. El diagnóstico es clínico y amerita la presencia de los grupos sintomáticos mencionados, y el antecedente del evento traumático, como puede ser en este caso, aquellos eventos relacionados con la pandemia por COVID-19 (Muñoz-Fernández *et al.*, 2020).

En España se analizó una muestra de personal de enfermería (n=344) donde el 96.4% había laborado directamente con pacientes COVID, encontrando que el 45.9% presentaba sintomatología asociada al Trastorno de estrés postraumático, según la Escala de Trauma de Davidson (Blanco-Daza *et al.*, 2022).

Así mismo, durante el primer trimestre del 2020 en China se realizó un estudio para evaluar la prevalencia de estrés postraumático con la *Escala de autoevaluación de estrés postraumático* (PTSD-SS por sus siglas en inglés) y ansiedad con la *Escala de autoevaluación de ansiedad* en el personal de salud. Los resultados arrojaron que el 23.1% presentaba ansiedad y 27.4% estrés postraumático, en ambos trastornos la prevalencia fue mayor en las mujeres y en cuanto a la función las enfermeras eran quienes presentaron los índices más elevados (Huang *et al.*, 2020).

Otro estudio español a personal de salud de 18 hospitales buscó evaluar la prevalencia de trastornos mentales durante la primera ola de la pandemia en 2020, encontrando un 22.2% de la muestra con síntomas de Trastorno de estrés postraumático según el *PCL-5*, 6.2% de uso abusivo de sustancias según el *CAGE-AID*. Además, se concluyó que el personal con antecedentes de trastornos mostró una prevalencia doble que aquellos sin patología mental previa, las mujeres, enfermeras auxiliares y personal con infección previa por COVID-19 requerían más atención (Alonso *et al.*, 2021).

En México, un estudio para evaluar el TEPT en personal de salud militar del Hospital Central Militar durante la pandemia de COVID-19, se aplicó la *Escala de Trauma de Davidson* a una muestra de 1422. Los resultados arrojaron una incidencia de 0.9%, no se halló correlación entre el riesgo de presentar TEPT con la edad, jerarquía o grupo profesional, sin embargo, sí se encontró una alta correlación en cuanto al género, siendo las mujeres quienes presentaron mayores índices. Los investigadores reconocen que lo encontrado en su estudio es una prevalencia baja y eso puede explicarse debido a que el personal militar de salud puede tener una mayor resiliencia y motivación, mismos que actúan como factores protectores (Castañeda-Bonilla *et al.*, 2021).

3.5 Estrategias de afrontamiento

La manera en la que las personas encaran una situación de estrés es diversa y varía de una cultura, una comunidad o de una familia a otra. Los mecanismos o estrategias de afrontamiento son diversos y pueden denominarse de distintas maneras dependiendo del enfoque desde el que se estudie. Desde el enfoque cognitivo conductual, específicamente desde el modelo transaccional se denominan mecanismos o estrategias de afrontamiento.

En una revisión sistemática acerca de los mecanismos de afrontamiento empleados por los profesionales de la salud en tiempos de COVID-19, los principales fueron: soporte psicológico, disponibilidad de educación continuada, equipo de protección personal (EPP), espiritualidad y tiempo para hobbies. Las conclusiones aconsejan sobre la importancia de desarrollar acciones de protección a la salud mental ante la pandemia y promoción activa de estrategias de afrontamiento para que los profesionales de salud puedan sentirse capaces de enfrentar los retos contemporáneos (Dullius *et al.*, 2021).

Con el fin de determinar la propensión a la ansiedad y las estrategias de afrontamiento ante el estrés del personal de salud de primera línea de la pandemia por COVID-19 en España, un estudio encontró asociación estadística significativa entre la negación y religión (estrategias de afrontamiento del instrumento *COPE-28* y la edad ($p=0,026$) y ($p=0,042$); el estado civil se mostró significancia con el apoyo emocional ($p=0,040$) entre otras asociaciones interesantes entre los que predominaron puntuaciones altas entre las estrategias de afrontamiento activo (Piñar-Navarro *et al.*, 2020).

En este mismo contexto de preocupación por la salud mental del personal sanitario, en un Hospital Ecuatoriano se realizó un estudio a personal de salud para conocer sus niveles de ansiedad, depresión, miedo a COVID-19 así como de resiliencia y estrategias de afrontamiento durante la pandemia por COVID-19. Los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa entre el malestar psicológico y afrontamiento ($r=0,369$) que puede explicarse como a mayor malestar psicológico mayor es el afrontamiento. De la misma forma, resiliencia y afrontamiento se asociaron positivamente ($r=0,328$) lo que puede señalar según los autores que las personas que tienen mayor resiliencia son quienes emplean más activamente estrategias de afrontamiento (Peñafiel-León *et al.*, 2021).

En México García-Torres *et al.* (2021) evaluaron el bienestar psicológico y el Burnout en médicos y enfermeros de centros hospitalarios públicos y privados en el contexto de pandemia y encontraron que mediante la prueba t-de Student para muestras independientes, en el factor autoaceptación $t(111) = 2.69$, $p \leq 0.01$ los hombres presentaban puntajes más altos ($M=20.82$ / $H=19.25$), y en el factor propósito de vida $t(118) = 2.90$, $p \leq 0.01$, nuevamente los hombres mostraron puntajes mayores ($H=26.50$; $M=24.43$).

3.6 Depresión

La depresión se caracteriza por una serie de síntomas, la gravedad y duración de estos varía de una persona a otra. Algunos de estos síntomas son: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades, disminución o aumento del apetito, pérdida o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y/o dificultad para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Para poder establecer un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor al menos debe presentarse la pérdida de interés o de placer, por un periodo mínimo de dos semanas y cuatro del resto de los síntomas (American Psychiatric Association, 2014).

Entre el personal de salud en China, se encontró durante la pandemia por COVID-19 que entre un 62% y un 71% experimentó algún tipo de estrés y una prevalencia de depresión de 54% con tasas significativamente más altas entre enfermeras, mujeres y personal del área de atención de tercer nivel. Se halló también una realidad preexistente de desórdenes mentales no tratados y aun cuando la evidencia ha mostrado la efectividad de los tratamientos e intervenciones no medicalizadas disponibles, hay en el entorno muchas barreras como la falta de tiempo y el estigma, que limitaban su aplicación aún en tiempos previos a COVID-19 (Gupta & Sahoo, 2020).

En España durante la primera ola de la pandemia en 2020 se llevó a cabo un estudio para conocer el impacto de ésta en la salud mental del personal sanitario. Los resultados mostraron que uno de cada siete sanitarios españoles presentaba algún trastorno mental (45.7% de los 9146 participantes), el 28.1% presentaba síntomas asociados a Trastorno Depresivo Mayor, 22.5% sintomatología por Trastorno de Ansiedad Generalizada, 24.0% Pánico, 22.2% Trastorno de Estrés Postraumático y 6.2% Trastorno por Uso de Sustancias (Alonso *et al.*, 2021).

También durante la primera ola de la pandemia en México se realizó un estudio para conocer la prevalencia de Burnout y depresión en personal sanitario. Se encontró que la prevalencia global de Burnout fue de 11.5% y de depresión fue de 25.7%, aunque el personal de enfermería arrojó cifras más altas con 15.2% para Burnout y 30.0% en depresión. El análisis de varianza y estimación de riesgo relativo (RR) mostró que las variables asociadas a depresión fueron: ser mujer (RR=2.4, IC=1.7-3.4, $\chi^2=26.6$), trabajar

una jornada ≥ 9 horas (RR=2.2, IC=1.6-3.0, $Xi^2=23.5$), tener entre 20-39 años (RR=2.5, IC=1.8-3.4, $Xi^2=33.3$) (Álvarez *et al.*, 2021).

Otro estudio que buscaba determinar la correlación de estrés con ansiedad y depresión en el personal sanitario de atención a pacientes con COVID-19 en México, encontró correlación entre estos factores psicosociales, además halló una prevalencia de depresión de 47.1% donde el 8% fue grave y el 12.4% estuvo en el nivel de extremadamente grave. La prevalencia de depresión en personas que además tenían niveles altos de estrés fue de 74.7% y los resultados de la estimación de la Odds Ratio (OR) para ansiedad y depresión en personas con niveles altos de estrés fue de OR=8,9, IC 5.4-15.0 (95%) $p < 0$ (Medrano-Hernández & Becerra-Hernández, 2022).

Lo anterior muestra el impacto de la crisis sanitaria que se vivió en cada región, país y hospital del mundo a raíz de la aparición del SARS-CoV2. Aunque los datos de la medición son variables por diversas cuestiones es innegable el impacto generado por la pandemia en la salud laboral de los trabajadores sanitarios.

4. Planteamiento del problema

La pandemia por COVID-19 ha tenido un efecto en muchas áreas de la vida humana y hay una creciente preocupación por el estado mental y emocional de todas las personas y en especial de aquellos que laboran áreas consideradas esenciales como son los trabajadores sanitarios.

La evidencia da cuenta de un aumento significativo en la carga mundial de ansiedad generalizada entre otros riesgos psicosociales entre el personal de salud que estuvo en contacto directo con pacientes con COVID-19 (Camargo *et al.*, 2021).

En el Informe mundial sobre salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2022) la institución señala que la mayoría de los países dedican menos del 2% de sus presupuestos de salud a la salud mental. El aumento de más del 25% en la prevalencia de ansiedad y depresión en el primer año de pandemia, así mismo hubo una grave afectación en la prestación de los servicios de salud mental institucionalizados.

En el mismo informe se revela que los trastornos mentales representan uno de cada seis casos de años perdidos por discapacidad (APD). Las afecciones psicológicas o trastornos mentales son generalizados y costosos y las respuestas de los países aún son inadecuadas y deficientes (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Actualmente en muchas regiones se desconocen cifras exactas de la magnitud del impacto psicológico de la pandemia en el ámbito de la salud laboral y los mecanismos de prevención, identificación, diagnóstico y tratamiento aún no son empleados de manera eficaz por lo que es importante abonar en la cadena de estudio, análisis y difusión de la salud mental de los trabajadores sanitarios, quienes trabajan en un entorno de alto riesgo y responsabilidades.

Por lo anterior se propuso la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo se relacionan los factores psicosociales (ansiedad por coronavirus, Burnout, estrés postraumático, estrategias de afrontamiento, depresión) y la ansiedad generalizada en personal de salud de la Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo en el contexto de pandemia por COVID-19 durante el 2022?.

5. Justificación

La alta transmisibilidad del virus SARS-CoV2, ha impuesto enormes retos en todos los niveles. En esta pandemia como en ninguna otra crisis sanitaria previa se ha remarcado la importancia de la salud mental de todas personas y en especial de los profesionales de áreas esenciales como la salud.

En los últimos años, ha habido un aumento en la prevalencia de sintomatología asociada a una deficiente salud mental y los problemas asociados tienen como consecuencia altos costos para los sistemas de salud, la calidad de vida de las personas en la pérdida de bienestar, así como discapacidades asociadas, baja en los niveles de productividad y la consecuente pérdida económica para los países y las comunidades.

El personal sanitario posee los conocimientos y habilidades indispensables para enfrentar una pandemia, sin embargo, el alto grado de responsabilidad que enfrentan los obliga a trabajar en un entorno de alto riesgo que puede generar desórdenes orgánicos y mentales que merman su calidad de vida.

En el Estado de Hidalgo -y pudiera decirse que en el país en general- existen pocos datos acerca de la salud mental del personal sanitario previo y en el contexto de la pandemia por COVID-19 por lo que este estudio contribuye en la cadena de conocimiento de las enfermedades mentales, especialmente de la ansiedad, dado el impacto a nivel individual y social que generan. Los datos generados pueden servir para probar la importancia de los factores psicosociales en la salud laboral del personal sanitario.

Actualmente, en el Estado de Hidalgo no se cuenta con suficiente evidencia que refleje el impacto psicológico que generó una crisis sanitaria como la que se vivió y la realidad que se vive día a día en los espacios laborales. Esos datos son fundamentales para la creación de planes, programas y proyectos que mitiguen el impacto de esos escenarios. La información resultante puede servir como evidencia científica que sustente presentes y futuras acciones.

6. Objetivos

6.1 General

Evaluar la asociación entre los factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión, estrategias de afrontamiento y el nivel de ansiedad generalizada en personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

6.2 Específicos

1. Describir aspectos sociodemográficos (edad, estado civil, con hijos/as, nivel de estudios, etc.), laborales (tiempo laborando, área y función) y la percepción de riesgo al COVID-19 (tuvo contagio, presencia/ausencia de secuelas físicas y/o mentales, efectos en su salud mental, percepción de equipo de protección y contagios entre familiares y amigos).
2. Describir los niveles de ansiedad generalizada y demás factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión, estrategias de afrontamiento, en el personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

7. Hipótesis

General:

Hi: Existe relación entre la ansiedad generalizada y los factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión y estrategias de afrontamiento, en el personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

Ho: No existe relación entre la ansiedad generalizada y los factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión, estrategias de afrontamiento, en el personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

Ha: Existen relaciones bajas y moderadas entre la ansiedad generalizada y los factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión, estrategias de afrontamiento, en el personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

Específica:

Hi: Existen altos niveles de ansiedad generalizada y demás factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión, estrategias de afrontamiento, en el personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

Ho: No existen altos niveles de ansiedad generalizada y demás factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión y estrategias de afrontamiento, en el personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

Ha: Existen niveles bajos y moderados de ansiedad generalizada y demás factores psicosociales: ansiedad por coronavirus, burnout, trastorno de estrés postraumático, depresión y estrategias de afrontamiento, en el personal de salud que laboró en áreas COVID de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo antes y durante el 2022.

8. Material y Métodos

8.1 Diseño de estudio

Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal.

8.2 Ubicación espacio temporal

Tiempo: del 13 de junio al 05 de agosto de 2022.

Lugar: Subsecretaría de Salud del Estado de Hidalgo (SSH).

Persona: Personal sanitario de SSH que laboró en áreas COVID.

8.3 Selección de la población y muestra de estudio

Personal sanitario de la Secretaría de Salud del estado de Hidalgo que haya laborado o se encuentre laborando en un área COVID al momento de responder el cuestionario.

Criterios de inclusión

1. Formar parte del personal de la Secretaría de salud del Estado de Hidalgo.
2. Haber laborado en un área COVID antes y/o momento de contestar la encuesta.
3. Participar voluntariamente en el estudio.
4. Aceptar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Encontrarse en proceso psicoterapéutico.
2. Encontrarse en tratamiento psiquiátrico.

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios de personas con que NO han laborado en área COVID.
2. Cuestionarios respondidos por debajo del 90%.

8.4 Tamaño muestral y técnica de muestreo

Debido a que se desconoce el número de trabajadores de salud de la institución que laboraron las áreas COVID durante la pandemia, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

8.5 Variables de estudio

Variable dependiente.

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Ansiedad.	Preocupación excesiva, que al individuo le es difícil controlar, inquietud, fatigabilidad con facilidad, dificultad para concentrarse o relajarse, tensión muscular, irritabilidad y en general un deterioro en el funcionamiento (APA, 2014).	GAD-7(Spitzer et al., 2006).	Cuantitativa discreta.	0-4= ansiedad mínima. 5-9= ansiedad media. 10-14= ansiedad moderada. 15-21= ansiedad severa.

Variables independientes.

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Categorías
Ansiedad por COVID-19	Presencia de miedo, ansiedad o preocupación excesiva por contraer la enfermedad llamada COVID-19 (Lee, 2020).	Escala de Ansiedad por Coronavirus (Lee, 2020a, 2020b)	Cuantitativa discreta	0-4 ansiedad mínima 5-9 ansiedad media 10-14 ansiedad moderada 15-21 ansiedad severa

Burnout	Experiencia de malestar emocional y agotamiento físico debido al contacto diario y mantenido con las personas que son objeto de trabajo (Maslach, 1982)	Inventario de Burnout de Maslach (Moreno-Jiménez et al., 2006)	Cuantitativa discreta.	Agotamiento emocional (alto, medio, bajo) Despersonalización (alta, media, baja) Realización personal (alta, media, baja)
Trastorno de estrés Postraumático	La persona experimenta malestar psicológico, reacciones fisiológicas intensas, alteraciones cognitivas y del sueño entre otros síntomas, derivado de una experiencia o suceso traumático (APA, 2014).	Escala de trauma (Davidson et al., 1997)	Cuantitativa discreta	Puntuación 0-68
Estrategias de afrontamiento	Conductas orientadas a la respuesta ante un estresor, según el modelo transaccional pueden ser orientadas al problema u orientadas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1984).	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin et al., 1989)	Cuantitativa, discreta.	Calificación e interpretación por medias estadísticas.
Depresión	Disminución importante del interés o el placer por	PHQ-9 (Spitzer et al., 1997).	Cuantitativa discreta.	0-4 depresión mínima 5-9 depresión

	todas o casi todas las actividades, disminución o aumento del apetito, pérdida o aumento importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y/o dificultad para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes (APA, 2014).			media 10-14 depresión moderada 15-19 depresión moderadamente severa 20-27 depresión severa
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento (RAE, 2021).	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cuantitativa discreta	El que la persona responda en el formato digital correspondiente
Sexo	Características fisiológicas y biológicas binarias (RAE, 2021).	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa dicotómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1. Hombre 2. Mujer
Estado civil	Condición de una persona en relación con su filiación o	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa dicotómica	El que la persona responda en el formato digital

	matrimonio, que se hacen constar en el registro civil y que delimitan el ámbito propio de poder y responsabilidad que reconoce a las personas naturales (RAE, 2021).			correspondiente: 1.Vive en pareja 2.No solo/a
Hijos	Con respecto a la condición de ser padre o madre. (RAE, 2021)	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, Dicotómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1. Si 2. No
Escolaridad	Último grado de escolaridad completado	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, nominal.	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Carrera técnica 2.Licenciatura 3.Maestría 4.Especialidad 5.Subespecialidad 6.Doctorado 7.Otro
Función en la unidad de salud	En ejercicio propio de su cargo (RAE, 2021).	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, nominal.	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Medico/a

				<p>2. Enfermero/a</p> <p>3. Trabajador/a social</p> <p>4. Administrativo</p> <p>5. Laboratorista</p> <p>6. Odontólogo/a</p> <p>7. Personal de intendencia</p> <p>8. Otro</p>
Tipo de institución donde labora	Sector de la institución prestadora del servicio de salud	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica.	<p>El que la persona responda en el formato digital correspondiente:</p> <p>1. Pública</p> <p>2. Privada</p>
Área en que se desempeña	Espacio físico y de correspondencia de responsabilidad en la atención	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, nominal	<p>El que la persona responda en el formato digital correspondiente:</p>
Tiempo laborado en área COVID	Cantidad de tiempo que el encuestado ha laborado en atención en área COVID	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, categórica.	<p>El que la persona responda en el formato digital correspondiente:</p> <p>1. De 0 a 3 meses</p> <p>2. De 3 a 6 meses</p> <p>3. 6 m a un año</p> <p>4. Más de un año</p>
A cargo de	Función de responsabilidad laboral	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cuantitativa	<p>El que la persona responda en el formato digital</p>

otras personas			dicotómica	correspondiente: 1. Si 2. No
Turno	Orden según el cual se suceden varias personas en el desempeño de cualquier actividad o función (RAE, 2021).	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, nominal.	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Especial 5. Fines de semana 6. Otro: (especificar)
Infección por COVID-19	Presencia de signos, síntomas y valor positivo en la prueba clínica que señala infección viral ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (OMS, 2020)	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1. Si 2. No
Tiempo transcurrido posterior a la infección	Cantidad de tiempo posterior a la infección por COVID-19	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, politómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1. Hace menos de seis meses 2. Entre seis meses y un año 3. Hace más de

				un año 4.N/A
Secuelas físicas e la infección	Consecuencia o resultado físico posterior a la experiencia de la infección por el virus SARS-CoV2	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Sí 2.No
Efectos en la salud mental	Efectos en la salud mental	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Sí 2.No
Percepción de efectos en la salud por infección por COVID-19	Consecuencia o resultado a nivel mental posterior a la experiencia de la infección por el virus SARS-CoV2	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Sí 2.No
Conocimiento de una persona cercana con infección por COVID-19	Saber real, consciente y con evidencia sobre el curso de enfermedad de una persona con la que hay cercanía.	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1. Si 2. No
Tipo de relación con la persona infectada por COVID-19	Naturaleza de la relación en términos consanguíneos o perceptuales de relación	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, nominal.	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Amigo/a

	social.			2.Familiar 3.Compañero/a de trabajo 4.Conocido/a 5.Otro ¿Cuál?
Cercanía con fallecidos por COVID-19	Saber basado en la realidad, acerca del deceso de una persona con la que hay cercanía.	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica.	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Sí 2.No
Percepción acerca de la suficiencia de EPP	Estado subjetivo de aprobación con respecto a un hecho o evento particular	Ficha de aspectos sociodemográficos	Cualitativa, dicotómica.	El que la persona responda en el formato digital correspondiente: 1.Sí 2.No

8.6 Método de evaluación

Mediante batería de instrumentos conformada por: *Ficha de Datos Sociodemográficos*, *Generalized Anxiety Disorder (GAD-7; Spitzer RL, Kroenke K., Williams JBW, Löwe B., 2006)*, *Escala de Ansiedad por COVID-19 (CAS-HC; Lee, A.S. 2020)*, *Inventario de Burnout de Maslach (Maslach, 1982 en Hernández, 2011)*, *Escala de Trauma (Davidson et al., 1997;)*, *Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Cano et al., 2007)* y *Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Spitzer et al., 1997 en Choi et al., 2020)*.

8.6.1 Ficha de datos sociodemográficos

Consta de 20 ítems para conocer: edad, sexo, estado civil, si tiene hijos o no, diagnóstico de COVID-19, tiempo del diagnóstico por COVID-19, percepción de secuelas físicas, percepción de secuelas mentales por diagnóstico COVID, opinión acerca del riesgo que representa laborar en área COVID, tiempo de laborar en área COVID, turno, cercanía con

personas contagiadas y fallecidas, función y área donde se desempeña, percepción de contar con suficiente EPP (ver ANEXO 1).

8.6.2 Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de (GAD-7)

Este instrumento auto aplicable se elaboró según los criterios diagnósticos del DSM-V consta de 7 ítems, emplea una escala Likert que se puntúa 0=nunca, 1=menos de la mitad de los días, 2=más de la mitad de los días, 3=casi todos los días para un periodo de 15 días, la calificación del instrumento es 0-4 ansiedad mínima, 5-9 ansiedad media, 10-14 ansiedad moderada, 15-21 ansiedad severa (Spitzer, 2006). La escala ha sido validada para la población mexicana durante la pandemia por COVID-19 (Gaitan *et al.*, 2021).

8.6.3 Escala de Ansiedad por COVID-19 (CAS)

Instrumento que consta de 5 ítems que miden: mareos, alteraciones del sueño, inmovilidad tónica, pérdida de apetito y náuseas o problemas estomacales como respuesta a COVID-19. mostrando un 90% de sensibilidad y un 85% de especificidad. Los resultados de confiabilidad de Alfa ordinal= .89 y un omega de Mc Donald = .89 ambos satisfactorios. Su validez en relación con otras variables como depresión y ansiedad es sólida. Se califica en una escala Likert que se puntúa 0=para nada, 1=rara vez, 2=varios días, 3=más de 7 días, 4=casi todos los días para un período de 2 semanas. Se califica de la siguiente manera: puntuación de 0-4 ansiedad mínima, 5-9 ansiedad media, 10-14 ansiedad moderada, 15-21 ansiedad severa (González-Rivera, 2020). La validez de la prueba para población mexicana obtuvo un valor Alpha de Cronbach de 0.849 (Sepúlveda-Vázquez *et al.* 2021).

8.6.4 Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HS)

Instrumento compuesto de 22 ítems, se responde en escala tipo Likert que puntúa: 0=nunca, 1=alguna vez al año o menos, 2=algunas veces al mes, 3=una vez a la semana, 4=varias veces a la semana, 5=todos los días. La versión para personal de salud ha sido validada en México e incluye las tres dimensiones del instrumento: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. La validez del instrumento para una muestra de psicólogos mexicanos mostró una consistencia interna de las tres subescalas con valores para el coeficiente alfa de Cronbach que varían entre 0,87 y 0,78, que se encuentran por encima del criterio de 0,70 recomendado (Nunnal y Berstein, 1994, citado por Moreno-Jiménez B. *et al.* 2006). El criterio diagnóstico para el Burnout se

considera válido cuando hay puntuaciones altas en las primeras dos dimensiones y bajas en la tercera que corresponde a realización personal (Hernández et al., 2011). La dimensión Cansancio emocional se califica < 19 baja, de 19-26 media y >26 alta; para despersonalización el puntaje < 6 baja, 6-9 media, >9 alta y para realización personal <33 baja, 33-39 media, 39< alta. El puntaje global >88 Burnout alto o severo, 44-88 Burnout moderado, <44 Burnout leve (Vinuenza et al., 2020).

8.6.5 Escala de Trauma (versión de Cano et al. 2007)

Es una escala auto aplicable compuesta por 17 ítems (cada uno tiene una columna de frecuencia y gravedad). Se responde usando una escala tipo Likert de 5 puntos que usa para frecuencia: nunca=0, a veces=1, de 2 a 3 veces por semana=2, de 4 a 6 veces por semana=3 y a diario=4; en tanto que para gravedad la escala es: nada=0, leve=1, moderada=2, marcada=3, extrema=4. La puntuación total para cada formato es de 0 a 68, se califica empleando un punto de corte de 40 (Davidson et al., 1997).

8.6.6 Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

Consta de 40 ítems que miden el grado de utilización de estrategias de afrontamiento, diferenciando entre estrategias de afrontamiento activo o dirigidas a la acción (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones y apoyo social) y estrategias de afrontamiento pasivo o no dirigidas a la acción (evitación de problemas, pensamiento desiderativo, autocrítica y retirada social). Utiliza un formato de respuesta tipo Likert: en absoluto=0, un poco=1, bastante=2, mucho=3, totalmente=4. Este instrumento se califica por medias (Cano et al., 2007). En población mexicana obtuvo un Alpha de Cronbach= 0.812 (Nava et al., 2012).

8.6.7 Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)

El cuestionario consta de 9 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el diagnóstico de depresión. Se responde en una escala Likert donde: nada=0, varios días=1, más de la mitad de los días=2 y casi todos los días=3. La puntuación oscila de 0 a 27, donde 0-4=depresión mínima, 5-9=depresión media, 10-14=depresión moderada, 15-19=depresión moderadamente severa, 20-27=depresión severa (Choi et al., 2020). Según Arrieta et al. (2017) obtuvo un Alpha de Cronbach > = 0,8 en población mexicana.

8.6.8 Propiedades Psicométricas de los instrumentos

Los instrumentos empleados en este protocolo tienen las siguientes propiedades psicométricas: *GAD-7* (Spitzer RL, Kroenke K., Williams JBW, Löwe B., 2006). Alpha de Cronbach= 0.912. KMO:0.914; prueba de esfericidad de Bartlett: $p < 0.001$, chi cuadrada:1160. *CAS-HWC* (Lee, A.S. 2020): Alpha de Cronbach:0.828. KMO: 0.833; prueba de esfericidad de Bartlett: $p < 0.001$, chi cuadrada: 506. *IBM-HSS* (Maslach, 1982; Hernández, 2011). Alpha de Cronbach de 0.855. KMO:0.881; prueba de esfericidad de Bartlett: $p < 0.001$, chi cuadrada: 2465. *Escala de trauma* (Davidson *et al.*, 1997; Bobes *et al.*, 2000). Alpha de Cronbach (de la columna de frecuencia): 0.938/ (de la columna de gravedad): 0.948. compuesta: 0.971. KMO: 0.934; prueba de esfericidad de Bartlett: $p < 0.001$, chi cuadrada: 9537. *Cuestionario de estrategias de afrontamiento* (Cano *et al.*, 2007): Alpha de Cronbach: 0.941. KMO: 0.910; prueba de esfericidad de Bartlett: $p < 0.001$, chi cuadrada: 6394. *PHQ-9* (Spitzer *et al.* en 1997; Choi *et al.*, 2020). Alpha de Cronbach: 0.929. KMO: 0.933; prueba de esfericidad de Bartlett: $p < 0.001$, chi cuadrada: 1721 (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados del Análisis Factorial Exploratorio.

INSTRUMENTO	Alpha de Cronbach	KMO	Prueba de esfericidad de Bartlett
1. GAD-7 (Spitzer RL <i>et al.</i> , 2006).	0.912	0.914	$p < 0.001$
2. CAS-HWC (Lee, A.S. 2020)	0.828	0.833	$p < 0.001$
3.- IBM (Maslach, 1982; Hernández, 2011).	0.855	0.881	$p < 0.001$
4.- Escala de trauma (Davidson <i>et al.</i> , 1997).	0.971	0.934	$p < 0.001$
5.- Inventario de estrategias de afrontamiento (Cano <i>et al.</i> , 2007):	0.941	0.910	$p < 0.001$
6.- PHQ-9 (Spitzer <i>et al.</i> en 1997).	0.929	0.933	$p < 0.001$

Fuente: elaboración propia

Al llevarse a cabo un Análisis Factorial exploratorio con un método de extracción de máxima verosimilitud con rotación oblimin, mostró valores superiores a 0.8 en todos los instrumentos la prueba Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de muestreo y la prueba de esfericidad de Bartlett una significancia de $p < 0.001$ en todos los casos lo que indica que el tamaño muestral es pertinente y la matriz de covariaciones soporta el análisis factorial. El alfa de Cronbach de todos los instrumentos resultó en valores superiores a 0.8 lo que da muestra de consistencia interna y confiabilidad.

8.7 Plan de análisis estadístico

El análisis estadístico se llevó a cabo con el software JAMOV, considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Se realizó la descripción de los datos sociodemográficos de la muestra mediante estadística descriptiva y se calificaron los instrumentos de evaluación mediante puntajes o medias según fuese el caso, los resultados también fueron descritos mediante frecuencias. Se ejecutó la prueba de normalidad de *Kolmogorov-Smirnov* que resultó en una distribución no normal de los datos por lo que se realizó una matriz de correlaciones de *Rho Spearman* que fue analizada y descrita en el apartado de resultados.

9. Aspectos bioéticos

Este estudio cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki en su última revisión de 1989 y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos (2014), referentes a la investigación en seres humanos en el Artículo 17, Apartado II que lo clasifica como de: riesgo mínimo. La participación en las encuestas fue voluntaria, las respuestas anónimas y la información obtenida confidencial. En el formato de consentimiento informado se brindó información sobre el estudio, su importancia, propósito, duración, así como elementos para ponerse en contacto con el investigador principal si se llegara a presentar un evento adverso. Los datos proporcionados por los participantes fueron manejados de manera estrictamente confidencial. La información demográfica recolectada fue la mínima para asegurar el anonimato de los encuestados y para animarlos a participar y contestar honestamente. Se protegió la dignidad, integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de los participantes y se anexó al final del cuestionario dos ligas de acceso a atención psicológica en línea y gratuita y una de material de autoayuda formulado especialmente para el personal sanitario propuesto por OMS, OPS y UNAM. Se anexa Carta de Consentimiento Informado (Ver anexo 1) que se colocó en la parte inicial del cuestionario digital enviado a los participantes, de acuerdo con los estándares de la Asociación Médica Mundial, 2021.

10. Resultados

En el periodo comprendido entre el 15 de junio y el 05 de agosto del año 2022, se diseminó mediante redes sociales entre el personal de la Secretaría de Salud del estado de Hidalgo (población de estudio), el cuestionario digital construido para recopilar los datos de la variable dependiente (trastorno de ansiedad generalizada) y variables independientes (ansiedad por coronavirus, Burnout, trastornos de estrés postraumático, depresión y estrategias de afrontamiento) de este estudio, así como los aspectos sociodemográficos de la muestra.

Una vez realizado el Análisis Factorial Exploratorio de los instrumentos y el puntaje de mismos, se llevó a cabo el análisis estadístico usando la plataforma JAMOVI.

En total se recabaron 342 cuestionarios a los cuales se aplicaron los criterios de eliminación y exclusión, quedando una muestra de 280.

10.1 Aspectos sociodemográficos

La muestra presenta un rango de edad de 18 a 71 años ($M_{edad}=40.5$, $DE=10.67$). El 74% son mujeres y el resto son hombres; en cuanto a su estado civil el 59.8% vive en pareja, 40.2% el resto no; el 77.9% respondió que sí tiene hijos. Sobre la escolaridad, se encontró que el 67.7% cuenta con un grado de licenciatura, el 1.4% cuenta con especialidad, el 23.5% nivel técnico y únicamente una persona cuenta con doctorado.

10.2 Aspectos laborales

El 97.9% labora en el ámbito público y el 75.5% ha estado laborando por más de un año en un área COVID, el 11.1% entre seis meses y un año y el resto menos de seis meses. En lo concerniente a la función que desempeñaron en el área COVID, cerca de la mitad de la muestra un 49.1% se desempeña como enfermero/a, seguido de un 37% que labora como médico/a y un 5.7% como administrativos, el resto de la muestra un 8.2% labora en otras áreas como: trabajo social, personal de intendencia, odontología, psicología, promotores de salud y pasantes de medicina y enfermería. El 43.3% está a cargo de otros.

Con respecto al área en la que se desempeñan al momento de responder el cuestionario o en la que se desempeñaron durante la pandemia, se encontró que el 28.1% estuvo en consulta general y consulta externa, en tanto un 26.3% de la muestra en atención y seguimiento de pacientes con COVID-19, un 10% respondió que se encontraba en el área

de medicina preventiva y primer nivel de atención, mientras un 5.7% estuvo en contacto directo con casos sospechosos en el área de triage, toma de muestras, área de pruebas y en somatometría. Cabe señalar, que un 10% de la muestra respondió que se encontraba laborando en un Centro de Salud, pero no especificó el área en la que se desempeñó.

En cuanto al turno de trabajo, el 76.5% de las personas labora en el matutino, el 6.8% en el vespertino, el 3.6% en el nocturno y el 13.1% labora en un turno mixto, especial, de fin de semana o a disposición.

10.3 Percepción de riesgo laboral

El 47% de la muestra se había contagiado por COVID-19 al momento de responder la batería; de estos el 25.3% se contagió en el primer semestre de 2021, es decir, en el periodo en el que aún no había vacunas disponibles. Y en respuesta a la pregunta de si ha experimentado secuelas físicas después de su diagnóstico, el 27.4% manifestó que sí. Así mismo el 36.3% consideró que hubo efectos en su salud mental a partir de haber enfermado.

Cerca de dos tercios de la muestra, el 65.1% considera que no contó con el Equipo de Protección Personal necesario para el desempeño óptimo de sus funciones. Y el 73.7% de la muestra consideró que el hecho de laborar en un área COVID, incrementaba el riesgo de presentar alguna condición mental al momento de responder.

El 94.3% de las personas encuestadas respondió afirmativamente ante la pregunta de si “alguien cercano a ellos se había contagiado por COVID-19”, de ese porcentaje un 53.7% respondió que era cercano a alguien que falleció por COVID-19. En cuanto a su relación con los enfermos donde las opciones de respuesta son: amigos, familiares, compañeros de trabajo y todos los anteriores, es posible observar que el 37% fueron familiares, seguido de un 26.7% que corresponde a todas los anteriores, es decir que marcaron las tres anteriores (amigos, familiares y compañeros de trabajo) por lo que cerca del 64% era cercano a personas enfermas por COVID-19.

10.4 Análisis descriptivo de las variables de estudio

En lo que respecta a las variables psicosociales de este estudio, se describe a continuación los resultados encontrados para la variable dependiente (Trastorno de ansiedad generalizada) encontrando que no hay casos de ansiedad severa, también es posible observar que el 52.5% se encuentra en el rango mínimo y que el 47.5% se divide entre ansiedad leve y moderada. (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados GAD-7.

Nivel	Frecuencias	% del Total
Mínima	147	52.5 %
Leve	101	36.1 %
Moderada	32	11.4 %

Fuente: elaboración propia.

10.5 Análisis descriptivo de las variables independientes

Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS por sus siglas en inglés) muestra que el 93.2% de las personas encuestadas se encuentran en las categorías de ansiedad mínima y leve, en tanto que un 6.1% se encuentra en el nivel de ansiedad por coronavirus moderada y un 0.7% en un nivel de severidad (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados CAS

Nivel	Frecuencias	% del Total
Mínima	201	71.8 %
Leve	60	21.4 %
Moderada	17	6.1 %
Severa	2	0.7 %

Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta al Inventario de Burnout de Maslach los resultados deben revisarse analizando sus tres subescalas que son: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, altas puntuaciones en las dos primeras y baja puntuación en la última es indicativo de presencia del síndrome. Como se observa en la Tabla 4 en la dimensión de cansancio emocional se observa un 13.9% de la muestra que se encuentra en un nivel medio, en tanto que el 16.4% que se encuentra en un nivel alto. En la dimensión denominada despersonalización el 75% de las personas encuestadas se encuentra en la categoría bajo y el resto de la muestra entre las categorías medio y alto:

16.1% y 8.9% respectivamente. La dimensión de realización personal, en concordancia con las dos subescalas anteriormente descritas que un porcentaje del 45.4% de las personas que respondieron se encuentran en una categoría baja al momento de contestar.

Tabla 4. Resultados del IBM por subescala.

Subescalas	Categoría	Frecuencias	% del Total
Cansancio emocional	Bajo	195	69.6 %
	Medio	39	13.9 %
	Alto	46	16.4 %
Despersonalización	Bajo	210	75.0 %
	Medio	45	16.1 %
	Alto	25	8.9 %
Realización Personal	Bajo	57	20.4 %
	Medio	73	26.1 %
	Alto	150	53.6 %

Fuente: elaboración propia.

De manera global puede observarse en la Tabla 5 que el que el 20.8% de las personas que respondieron presenta un índice alto, en tanto que un 76.3% se concentra en el nivel medio y un 2.9% en bajo.

Tabla 5. Burnout Puntuaje Global.

Categoría	Frecuencias	% del Total
Bajo	8	2.9 %
Medio	213	76.3 %
Alto	58	20.8 %

Fuente: elaboración propia.

En lo que corresponde a la presencia de Trastorno de Estrés Postraumático que fue medido a través de la Escala de Trauma (de Davidson), una vez realizado en análisis estadístico de los resultados, en estos se encontró que un 11.5% de la muestra de

población sanitaria manifiesta sintomatología asociada a la presencia de este, como puede observarse en la Tabla 6.

Tabla 6. Trastorno de Estrés Postraumático.

Presencia	Frecuencias	% del Total
Presencia	33	11.9 %
No presencia	245	88.1 %

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la depresión los resultados arrojados por los puntajes de la prueba *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9) mostraron que un 94.3% de la muestra se encuentra en la categoría de mínimo, leve y moderada. En tanto que, un 5.7% se encuentra en las categorías de moderadamente severa y depresión severa (ver tabla 7).

Tabla 7. Depresión.

Nivel	Frecuencias	% del Total
Mínima	187	66.8 %
Leve	60	21.4 %
Moderada	17	6.1 %
Moderadamente severa	10	3.6 %
Severa	6	2.1 %

Fuente: elaboración propia.

En lo que se refiere a la variable estrategias de afrontamiento, de acuerdo con las medias obtenidas con los puntajes de la *Escala de Estrategias de Afrontamiento*, mismos que se observan en la Tabla 8, la estrategia más utilizada es la resolución de problemas ($M=2.291$), seguida por la reestructuración cognitiva ($M=1.936$) y la búsqueda de apoyo social ($M=1.744$). En tanto que las estrategias de afrontamiento menos empleadas por el personal de salud al momento de responder la encuesta fueron: autocrítica ($M=0.771$), retirada social ($M=1.031$) y evitación de problemas ($M=1.300$).

Tabla 8. Resultados de la Escala de Estrategias de Afrontamiento.

Estrategia	N	Media	DE
Resolución de problema	280	2.291	1.135
Reestructuración cognitiva	280	1.936	1.117
Apoyo social	280	1.744	1.132
Expresión emocional	280	1.474	1.001
Pensamiento desiderativo	280	1.709	1.181
Autocrítica	280	0.771	0.813
Evitación de problemas	280	1.300	0.904
Retirada social	280	1.031	0.801

Fuente: elaboración propia.

10.6 Análisis de las medias

El análisis de los resultados globales por factor o dimensión de las variables de estudio muestra que las medias tanto para la ansiedad generalizada como para la ansiedad por coronavirus son muy bajas, en ambos casos se encuentran en el rango de respuesta de “nunca”. El Burnout se compone de tres dimensiones, se observa que hay un valor alto en la dimensión de realización personal (4.873) que correspondería con un rango de respuesta de entre “una vez a la semana” y “varias veces a la semana”, por otro lado, hay una dimensión con valores bajos (0.696) que es la dimensión de despersonalización y correspondería con el rango de respuesta “nunca”, lo que indica que muy pocas personas en la muestra manifiestan conductas de desinterés hacia los usuarios o pacientes.

Del mismo modo, en la Tabla 9 puede observarse que la media para estrés postraumático se localiza en un rango de respuesta para “nunca” (0.557). En cuanto a las estrategias de afrontamiento la segunda media con mayor valor de la tabla corresponde a la resolución de problemas con un valor alto de 2. 291 que ubica a la muestra en un rango de respuesta de “bastante” para esta variable, y en cuanto a la reestructuración cognitiva con una media de 1.936 y la autocrítica con 1.744 que ubican a la muestra en el rango de respuesta “un poco”, el valor más bajo la obtuvo la estrategia denominada autocrítica con 0.771 que significa en este caso “en absoluto” como la respuesta donde se ubica la mayoría de la muestra. El nivel de depresión en este estudio también muestra una media de 0.661 que corresponde al rango de respuesta “para nada”.

Tabla 9. Resultados por Medias de las Variables de Estudio.

Variables	Media	DE
Ansiedad generalizada	0.884	0.699
Ansiedad por coronavirus	0.696	0.693
Cansancio emocional	1.580	1.320
Despersonalización	0.654	0.798
Realización personal	4.873	0.889
Estrés postraumático	0.577	0.593
Resolución de problemas	2.291	1.135
Reestructuración cognitiva	1.936	1.117
Apoyo social	1.744	1.132
Expresión emocional	1.474	1.001
Pensamiento desiderativo	1.709	1.181
Autocrítica	0.771	0.813
Evitación de problemas	1.300	0.904
Retirada social	1.031	0.801
Depresión	0.661	0.481

Fuente: elaboración propia.

Una vez realizada la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov se encontró que los datos no muestran una distribución normal ($p = <0.001$).

10.7 Análisis de correlaciones

De acuerdo con la matriz de correlaciones de Rho de Spearman (Tabla 10) se observa que la variable ansiedad por coronavirus está medianamente asociada de manera positiva y significativa con las siguientes variables: cansancio emocional ($r=0.553$), estrés postraumático ($r=0.491$), depresión ($r=0.467$). Existe al mismo tiempo, una asociación significativa baja y positiva con tres estrategias de afrontamiento: retirada social ($r=0.310$), autocrítica ($r=0.223$) y pensamiento desiderativo ($r=0.215$) y con despersonalización que es una dimensión del Burnout ($r=0.186$). También existe una correlación significativa negativa baja con realización personal ($r = -0.197$). lo que puede estar evidenciando que el personal de salud que está manifestando ansiedad por coronavirus también está experimentando cansancio emocional, estrés postraumático y depresión, lo que tiene sentido si se observa el cuadro sintomático de las tres. También se observa las personas en estos rangos pueden estar manifestando una tendencia al aislamiento, presencia de

pensamientos de culpa y deseo por que las cosas hubiesen ocurrido de una manera distinta, así como la presencia de posibles conductas y/o actitudes negativas hacia las personas receptoras del servicio. En cuanto a la realización personal puede entenderse que aquellas personas con mayor satisfacción acerca de sus logros personales experimentan en menor medida ansiedad específica hacia el coronavirus.

En cuanto al Burnout, la dimensión de cansancio emocional muestra una correlación significativa positiva y alta con depresión ($r=0.721$) así como una correlación significativa mediana positiva con ansiedad ($r=0.666$), estrés postraumático ($r=0.602$) y ansiedad por coronavirus ($r=0.553$), se observa que las personas con presencia de cansancio emocional muestran a su vez síntomas afines a depresión, ansiedad y aspectos fisiológicos y cognitivos asociados al trauma. También se ve una correlación mediana significativa y positiva con retirada social ($r=0.354$), autocrítica ($r=0.290$), despersonalización ($r=0.275$) y pensamiento desiderativo ($r=0.152$), lo que puede indicar que el personal de salud que muestra cansancio emocional puede estar empleando estrategias de afrontamiento pasivo como la autoinculpación, aislamiento y el deseo de que las cosas fueran de otro modo, así mismo se observa un rasgo del Burnout como la despersonalización que pueden ser actitudes no optimas en el desempeño de sus funciones. Así mismo se observa una correlación significativa baja y negativa con: realización personal ($r= -0.351$), resolución de problemas ($r= -0.216$) y reestructuración cognitiva ($r= -0.179$) lo que puede estar mostrando que entre más grande es el agotamiento emocional en el que se encuentran las personas menos satisfechas se sienten consigo mismas y menor capacidad para establecer estrategias para enfrentar los problemas de forma activa y cognitivamente organizada.

Respecto a la despersonalización se observa una correlación significativa baja y positiva con: depresión ($r=0.330$), estrés postraumático ($r=0.297$), autocrítica ($r=0.234$), retirada social ($r=0.184$), cansancio emocional ($r=0.275$), ansiedad por coronavirus ($r=0.186$) y ansiedad generalizada ($r=0.240$), ansiedad por coronavirus ($r=0.186$) y con la variable ansiedad generalizada ($r=0.240$) lo que puede estar señalando que las personas que han experimentado poca motivación hacia el trabajo o mostrado alguna conducta negativa hacia los pacientes pueden estar experimentando tanto síntomas depresivos y ansiosos así como aquellos asociados al estrés y cansancio crónico y a la experiencia traumática así como conductas menos sociales y pensamientos de recriminación hacia sí mismos. Al mismo tiempo se ve una correlación significativa baja y negativa con realización personal ($r= -0.221$) y resolución de problemas ($r= -0.118$) lo que indica que la capacidad para

sentirse a gusto con los logros personales, así como la activación cognitiva indispensable para pensar en distintas soluciones disminuye a medida se presenta la despersonalización.

La tercera y última dimensión del Burnout es la realización personal, en esta muestra se ve una correlación significativa baja positiva con: resolución de problemas ($r=0.291$), reestructuración cognitiva ($r= 0.266$), apoyo social ($r=0.244$) y expresión emocional ($r=0.164$) lo que muestra un patrón lógico dado que son las cuatro estrategias de afrontamiento activo y en cuyo caso pueden revelar que las personas que experimentan satisfacción con lo que han logrado y con lo que hacen día a día tienen mayor tendencia a trabajar en equipo o buscar apoyo social en la búsqueda de soluciones, del mismo modo parecen expresar con mayor facilidad cómo se sienten y buscar activamente soluciones. De modo contrario se observa una correlación significativa negativa baja con depresión ($r= -0.262$), estrés postraumático ($r= -0.274$), retirada social ($r= -0.146$), despersonalización ($r= -0.221$), cansancio emocional ($r= -0.351$), ansiedad por coronavirus ($r= -0.197$) y ansiedad generalizada ($r= -0.227$) lo que puede entenderse como ante una menor experiencia de realización personal hay una mayor presencia de sintomatología depresiva, estrés crónico y menor convivencia.

Con respecto a los factores que componen las estrategias de afrontamiento, se observa que la resolución de problemas tiene una correlación positiva y alta con reestructuración cognitiva ($r=0.776$) y positiva y mediana con expresión emocional ($r=0.598$), apoyo social ($r=0.574$), evitación de problemas ($r=0.504$) y pensamiento desiderativo ($r=0.411$). Hay correlación significativa baja con realización personal ($r=0.291$), retirada social ($r=0.172$) y autocrítica ($r=0.147$). También se observa correlación significativa negativa y baja con cansancio emocional ($r= -0.216$) y despersonalización ($r= -0.118$) lo que puede evidenciar que el personal de salud que mantiene un patrón cognitivo enfocado en encontrar soluciones a lo que se considera una crisis o un problema también muestra actitudes orientadas al trabajo colaborativo, evitación de conflictos mediante mecanismos de minimización o evasión o pensamientos de evocación sobre que las cosas fueran distintas, también pueden estar lidiando con el estrés de otra manera como pasar tiempo sólo o experimentar sentimientos de culpa, sin embargo al encontrarse una correlación negativa con despersonalización y cansancio emocional podemos aludir bajo índice de Burnout en estas personas.

El factor reestructuración cognitiva muestra una correlación significativa positiva y alta con apoyo social ($r=0.715$), expresión emocional ($r=0.705$). Una correlación significativa

mediana y positiva con evitación de problemas ($r=0.640$) y pensamiento desiderativo ($r=0.446$) y una correlación significativa baja y positiva con realización personal ($r=0.266$), retirada social ($r=0.171$) y autocrítica ($r=0.181$). Se observa que aquellas personas que emplean la estrategia de afrontamiento que aborda la reinterpretación de la crisis tuvieron mayor tendencia a buscar ayuda en otros, así como manifestar lo que sentían y presentaron un menor uso de estrategias pasivas como el deseo de que las cosas fuesen diferentes, aislarse o auto culparse por lo sucedido. En este factor se muestra una correlación significativa negativa y baja con cansancio emocional ($r= -0.179$) y depresión ($r= -0.129$) lo que puede significar que a menor empleo de la reinterpretación positiva o útil de la crisis hay más posibilidades de presentar fatiga emocional o sintomatología asociada a la depresión.

En cuanto a apoyo social, este factor mostró una mediana correlación significativa positiva alta con reestructuración cognitiva ($r=0.715$), expresión emocional ($r=0.687$) y resolución de problemas ($r=0.574$) y evitación de problemas ($r=0.490$). También se ve una correlación significativa baja positiva con pensamiento desiderativo ($r=0.378$) y autocrítica ($r=0.140$) y con realización personal ($r=0.244$). Lo que puede evidenciar en esta muestra que el personal de salud que muestra y busca apoyo social lo hace de manera reservada con tendencia a la evitación de conflictos y en ocasiones con un pensamiento poco centrado en la realidad en el que puede predominar el deseo de que las cosas fuesen distintas y tendencia a la autoculpabilización. Así mismo se ve una correlación significativa baja y negativa con depresión ($r= -0.138$) que puede estar mostrando que entre más activa es la búsqueda de ayuda en una red de apoyo social, hay menor prevalencia de sintomatología asociada a depresión.

El factor expresión emocional se correlaciona significativamente de manera positiva y mediana con reestructuración cognitiva ($r=0.705$), apoyo social ($r=0.690$), resolución de problemas ($r=0.598$), evitación de problemas ($r=0.586$) y pensamiento desiderativo ($r=0.522$). También existe correlación positiva significativa, aunque baja con: autocrítica ($r=0.358$), retirada social ($r=0.319$) y con realización personal ($r=0.164$). Esto puede estar manifestando que aquellos que dicen analizar sus sentimientos y los comparten con otros, también hacen una reinterpretación o reelaboración de la crisis o situación problemática que están afrontando, aunque con lo hagan con cierta cautela al emplear mecanismos de evitación de conflictos o deseos de cambiar las cosas en vez de aceptarlas. Se observa el empleo de todas las estrategias de afrontamiento disponibles activas o pasivas y también se observa confianza en sus logros y capacidades personales.

En lo que respecta a pensamiento desiderativo, este factor muestra una mediana correlación positiva y significativa con retirada social ($r=0.523$), expresión emocional ($r=0.522$), evitación de problemas con un ($r=0.513$), autocrítica ($r=0.470$), reestructuración cognitiva ($r=0.446$) y resolución de problemas ($r=0.411$). Al mismo tiempo hay una correlación significativa baja y positiva con apoyo social ($r=0.378$), estrés postraumático ($r=0.330$), ansiedad generalizada ($r=0.272$), ansiedad por coronavirus ($r=0.215$), depresión ($r=0.192$) y cansancio emocional ($r=0.152$). Esto puede estar mostrando que aquellas personas que formaban parte muestra y que presentaban un tipo de pensamiento desiderativo como la idea de que el “presente” no fuese estresante también podían estar manifestando aislamiento, conductas de negación y autoinculpación o recriminación hacia si mismos lo que podría estar llevando a un porcentaje menor de ellos a manifestar sintomatología asociada al estrés postraumático como pesadillas, malestares físicos y también síntomas asociados a la depresión, ansiedad generalizada y ansiedad por coronavirus.

En el caso del factor autocrítica se observa que correlaciona positivamente en un nivel medio de manera significativa con retirada social ($r=0.663$), pensamiento desiderativo ($r=0.470$), evitación de problemas ($r=0.423$) y con estrés postraumático ($r=0.422$) y en un nivel significativo positivo y bajo con expresión emocional ($r=0.358$), ansiedad ($r=0.336$), depresión ($r=0.328$), cansancio emocional ($r=0.290$), despersonalización ($r=0.234$), ansiedad por coronavirus ($r=0.223$), reestructuración cognitiva ($r=0.181$), resolución de problemas ($r=0.147$) y apoyo social ($r=0.140$) lo que puede evidenciar que el personal de salud que usa la autocrítica como estrategia para enfrentar las crisis también tiende al aislamiento y con un tipo de pensamiento que evita la realidad pueden presentar más síntomas cansancio emocional, ansiedad generalizada, ansiedad por coronavirus, estrés postraumático y también depresión. Este factor es el único que correlacionó con todas las variables del instrumento excepto con realización personal.

La variable retirada social se correlaciona significativamente de manera positiva y mediana con autocrítica ($r=0.663$), pensamiento desiderativo ($r=0.523$), estrés postraumático ($r=0.509$), evitación de problemas ($r=0.463$), depresión ($r=0.432$), ansiedad generalizada ($r=0.423$), cansancio emocional ($r=0.354$), expresión emocional ($r=0.319$), ansiedad por coronavirus ($r=0.310$), despersonalización ($r=0.184$), resolución de problemas ($r=0.172$) y reestructuración cognitiva ($r=0.171$), de manera significativa hay una correlación negativa baja con realización personal ($r= -0.146$). Se observa como el empleo de la estrategia pasiva del aislamiento acerca a las personas con la manifestación

de estrés postraumático, cansancio emocional, depresión, ansiedad generalizada, ansiedad por coronavirus y mucho menos con la capacidad de reinterpretar de manera útil los conflictos, problemas o crisis y con la capacidad de sentirse pleno y realizado con los logros personales alcanzados.

En cuanto a la variable estrés postraumático este se ve medianamente correlacionado de manera significativa y positiva con depresión ($r=0.662$), ansiedad generalizada ($r=0.642$) cansancio emocional ($r=0.602$), retirada social ($r=0.509$), ansiedad por coronavirus ($r=0.491$) y autocrítica ($r=0.422$). Del mismo modo se observa una correlación significativa positiva y baja con pensamiento desiderativo ($r=0.330$), despersonalización ($r=0.297$) y evitación de problemas ($r=0.156$). Lo que puede entenderse como que el personal de salud que manifiesta estrés postraumático también puede estar manifestando depresión, ansiedad generalizada y ansiedad por coronavirus por lo que emplea conductas como el aislamiento y la auto culpabilización o auto recriminación, así como con la negación o minimización de la crisis, el deseo de que las cosas cambien, o la mala actitud frente al sujeto de atención de salud. También se ve una correlación significativa baja y negativa con realización personal ($r= -0.274$) que se entiende muy bien en el marco antes descrito como a mayor estrés postraumático menor sentimiento de orgullo por los logros personales.

La variable depresión presenta una correlación significativa, alta y positiva con cansancio emocional ($r=0.721$), ansiedad ($r=0.670$) estrés postraumático ($r=0.662$), retirada social ($r=0.432$) y ansiedad por coronavirus ($r=0.467$). Lo anterior puede manifestar la relación entre el agotamiento ligado al sentimiento de vacío que representa el cansancio emocional y que también se asocia con la depresión, pero al mismo tiempo con la ansiedad generalizada y el estrés postraumático lo que puede explicarse igualmente por el tiempo que han vivido bajo el estrés que produce enfrentar una pandemia; así mismo, resalta el empleo de la estrategia de aislamiento o evitación en este cuadro que es también un síntoma común en la depresión y el estrés postraumático. Se observa una correlación significativa, positiva y de magnitud baja con despersonalización ($r=0.330$), autocrítica ($r=0.328$), pensamiento desiderativo ($r=0.192$) que puede estar mostrando la presencia de menores actitudes de servicio y disminución del deseo de prestar una atención compasiva a los usuarios y al mismo tiempo la aparición de la culpabilización mediante la auto crítica y el pensamiento fantasioso de desear que el escenario sea distinto. Hay también una correlación significativa, negativa y baja con realización personal ($r= -0.262$), apoyo social ($r= -0.138$) y reestructuración cognitiva ($r= -0.129$) lo

que muestra como aquellos que tienen mayores índices de depresión manifiestan menor empleo de estrategias como búsqueda de trabajo en equipo o ayuda, así como una menor capacidad para la reinterpretación o reelaboración de los significados de la crisis o su utilidad, así como una valoración menor de sus logros personales.

Finalmente, la variable ansiedad generalizada mostró una correlación significativa de forma positiva de magnitud mediana con depresión ($r=0.670$), cansancio emocional ($r=0.666$), estrés postraumático ($r=0.642$), ansiedad por coronavirus ($r=0.604$) y retirada social ($r=0.423$). Se observa como la ansiedad y la depresión se asocian, así como con la desesperanza y el vacío que se relaciona con el cansancio emocional y los síntomas físicos y psicológicas del estrés postraumático, y la ansiedad por coronavirus, así como con la conducta de retirarse o aislarse del medio social. Del mismo modo se puede ver una correlación significativa baja positiva con autocrítica ($r=0.336$), pensamiento desiderativo ($r=0.272$), despersonalización ($r=0.240$) que puede estar mostrando que aquellos que muestran falta de aceptación de la realidad y las actitudes poco empáticas hacia los usuarios pueden estar derivando en conductas de auto recriminación o culpa. Finalmente, también hay correlación significativa, negativa de magnitud baja con realización personal ($r= -0.227$) que puede explicarse como a mayor presencia de ansiedad generalizada menor es la habilidad para valorar los logros, habilidades y capacidades personales.

Tabla 10. Matriz de Correlaciones de Rho Spearman.

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Ansiedad	—													
2. Ansiedad por COVID	0.604***	—												
3. Cansancio emocional	0.666 ***	0.553 ***	—											
4. Despersonalización	0.240 ***	0.186 **	0.275 ***	—										
5. Auto realización	0.227 ***	0.197 ***	0.351 ***	0.221 ***	—									
6. Resolución de problemas	0.088	0.059	0.216 ***	0.118 *	0.291 ***	—								
7. Reestructuración cognitiva	0.104	0.005	0.179 **	0.095	0.266 ***	0.776 ***	—							
8. Apoyo social	0.096	0.036	0.106	0.016	0.244 ***	0.574 ***	0.715 ***	—						
9. Expresión emocional	0.004	0.023	0.083	0.007	0.164 **	0.598 ***	0.705 ***	0.687 ***	—					
10. Pensamiento desiderativo	0.272 ***	0.215 ***	0.152 *	0.087	0.020	0.411 ***	0.446 ***	0.378 ***	0.522 ***	—				
11. Autocrítica	0.336 ***	0.223 ***	0.290 ***	0.234 ***	0.110	0.147 *	0.181 **	0.140 *	0.358 ***	0.470 ***	—			
12. Evitación de problemas	0.079	0.064	0.027	0.055	0.108	0.504 ***	0.640 ***	0.490 ***	0.586 ***	0.513 ***	0.423 ***	—		
13. Retirada social	0.423 ***	0.310 ***	0.354 ***	0.184 **	0.146 *	0.172 **	0.171 **	0.077	0.319 ***	0.523 ***	0.663 ***	0.463 ***	—	
14. TEPT	0.646 ***	0.496 ***	0.606 ***	0.289 ***	0.274 ***	0.081	0.096	0.074	0.023	0.335 ***	0.427 ***	0.150 *	0.513 ***	—
15. Depresión	0.670 ***	0.467 ***	0.721 ***	0.330 ***	0.262 ***	0.111	0.129 *	0.138 *	0.057	0.192 **	0.328 ***	0.066	0.432 ***	0.666 ***

Fuente: elaboración propia, 2023.

11. Discusión

Habiendo expuesto lo anterior y para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada acerca de cómo se relacionan los factores psicosociales (ansiedad por coronavirus, Burnout, estrés postraumático, depresión y estrategias de afrontamiento) y la variable dependiente: ansiedad generalizada, se puede plantear que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula dado que se han observado resultados estadísticamente significativos que responden al planteamiento original del presente.

A partir de los hallazgos se puede observar la congruencia de los resultados encontrados con lo señalado por Muñoz (2021) quien describió que la pandemia era un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental como ansiedad, depresión, insomnio o estrés postraumático, en los resultados obtenidos se observa que hay un desarrollo de problemas psicosociales como son la ansiedad, depresión, ansiedad a coronavirus, Burnout y estrés postraumático entre el personal de salud que laboró en áreas COVID antes y durante el 2022.

De acuerdo con la teoría cognitiva de Lazarus & Folkman (1986) en la que se postula que los procesos de adaptación y enfrentamiento del estrés difieren de un individuo a otro. En este caso, la población estudiada mostró un mayor uso de las estrategias de afrontamiento adaptativas como resolución de problemas y reestructuración cognitiva en tanto que una menor parte de la población estudiada empleó estrategias menos adaptativas como la autocrítica y la retirada social. Lo anterior puede ser la razón por la que el porcentaje de ansiedad severa fuera nulo y se observara una presencia de sintomatología de ansiedad generalizada en nivel moderado de 11.4%.

En las primeras etapas de la pandemia la prevalencia de ansiedad en el personal de salud en China indicaba cifras de 44.6% (Lai et al., 2019, en Gold, 2020), en España las cifras de ansiedad en el personal sanitario de primera línea de atención que iban de 26.5% a 44.6% según lo publicado por García et al. 2020, en Estados Unidos los trabajadores de salud presentaron índices de ansiedad en una media de 0.31 (Firew et al., 2020), sin embargo en México Onofre et al. (2021) reportaron índices menores del 24.5% evaluados con la escala DASS-21, mientras que Lucas et al. (2022) también en México reportaron niveles de ansiedad del personal de salud de 83.1% evaluados con la escala de ansiedad de Beck, Mora-Magaña et al. (2020) utilizando el GAD-2 reportaron niveles de ansiedad de 27.7% en personal sanitario durante el primer año de pandemia. Los resultados

encontrados en el presente estudio reflejan un 11.4% los niveles de ansiedad moderada que se encontrarían en concordancia con lo reportado por Onofre et al. (2021), lo que puede deberse en parte al tiempo transcurrido y las habilidades desarrolladas por el personal de salud durante ese periodo.

Con respecto a la variable ansiedad por coronavirus, lo reportado por Huamaccto (2021) fue un 7.1% de personal sanitario con nivel de ansiedad disfuncional, en tanto que García-Reyna et al. (2021) reportaron ansiedad ausente o leve (media=4.22), en contraste con el 34.6% reportado por Mora-Magaña et al. (2020), lo encontrado en el presente estudio que fue ansiedad moderada en un 6.1% y severa en un 0.7% que corresponde con lo reportado por Huamaccto (2021) y García-Reyna et al. (2021), una vez más encontrándose en la variable tiempo una explicación al descenso en los niveles de ansiedad específica al coronavirus.

Ahora bien, otra variable estudiada fue el Burnout que arrojó un resultado global de un 20.8% de personas en el nivel alto y un 76.3% en nivel medio, en tanto que los datos obtenidos para cansancio emocional fueron 30.3% para los niveles medio y alto; despersonalización 25% en niveles medio y alto y realización personal es 4.4% niveles medio y bajo que son menores a los reportados por Vinuenza-Veloz et al. (2020) que encontraron niveles de cansancio emocional entre 63.02% y 78.15%, de despersonalización entre 65.63% y 72.61% y de moderada y baja realización personal entre 78.09% y 85.41%. Sin embargo, se observa una similitud en el resultado global puesto que Vinuenza-Veloz et al. encontraron entre un 95.36% de Burnout moderado y severo en personal médico y un 95.89% en personal enfermero, en tanto que en este estudio se encontró un 97.1% sumando el Burnout moderado y el alto, sin hacer distinción de la función que realizan.

Por su parte Paz y Palacios (2020) hacen referencia en su estudio a la heterogeneidad en la determinación del Burnout en las distintas investigaciones, dado que se emplean distintos puntos de corte y se han encontrado hasta 8 tipos de criterios de determinación de la presencia del síndrome, lo que dificulta la discusión. En el estudio de Paz y Palacios se determinaron distintas asociaciones con factores asociados al trabajo como extensión de las jornadas laborales, libertad para la toma de decisiones entre otras y se correlacionó con la variable psicosocial estrés, así mismo se distinguió entre médicos de base y medios residentes de siete hospitales de la Ciudad de México durante el 2020. Se encontró un 34% de presencia de cansancio emocional en nivel alto que es mayor al encontrado en el presente que representó un 16.4%; para la dimensión

despersonalización el resultado de Paz y Palacios fue de 49% en tanto que en este se encontró un nivel alto de 8.9% y por último la dimensión denominada realización personal baja en el estudio de Paz y Palacios fue de 54% en contraste con un 20.4% encontrado en el presente. En tanto el resultado global fue del 16% para presencia de Burnout alto en comparación con el 20.8% encontrado en el presente estudio, se observa cierta correspondencia únicamente en el último dato que estaría en concordancia con el tiempo laborado en un área COVID ya que el presente se realizó un año y ocho meses después, sin embargo, se importante distinguir que los datos de las dimensiones son más bajos que lo encontrado por Paz y Palacios.

En contraste García-Torres et al. (2021) reportaron en una muestra de personal de salud en México un resultado global de presencia de Burnout 3.4%, mientras Flores y García (2022) reportaron en Hidalgo un 26.4% en el nivel moderado, este último resultado tiene más relación con el 20.8% global reportado en este estudio.

En lo que corresponde a la variable estrés postraumático se encontró una prevalencia del 11.5% de sintomatología asociada a este trastorno, dato que es menor al encontrado por Blanco et al. (2021) que reportaron un 45.9% evaluadas con la Escala de Trauma de Davidson (DTS), Huang et al. (2020) reportaron un nivel de estrés postraumático del 27.4% y en España Alonso et al. (2021) encontraron un nivel de 22.2%. Se encuentra cierta concordancia entre lo encontrado por Anaís y Lamas (2021) que hallaron una prevalencia de 18%. En contraste se encuentran los datos reportados por Castañeda-Bonilla et al. (2020) de 0.9% evaluado con la misma escala (DTS) en personal militar de salud en México. La disparidad de los resultados puede deberse a la diversidad de instrumentos empleados por los estudios, el tipo de población estudiada y al periodo de la pandemia en los que se llevaron a cabo.

En cuanto a la variable estrategias de afrontamiento en el estudio de Piñar et al. (2020) reportaron asociaciones estadísticamente significativas entre la negación con la experiencia profesional y la religión; así como el apoyo emocional con estado civil; el nivel de estudios con la autoinculpación y el tipo de contrato con el desahogo; todos los anteriores son factores que mide el instrumento Brief-Cope; en este proyecto donde se intervino usando el inventario de estrategias de afrontamiento los resultados mostraron que las tres estrategias más empleadas por la muestra se correlacionaron de la siguiente manera: resolución de problemas se correlacionó negativamente con cansancio emocional y despersonalización; estrategia reestructuración cognitiva se correlacionó negativamente con cansancio emocional y depresión; apoyo social positivamente con

realización personal y negativamente con depresión lo que muestra que al actuar activamente en la reinterpretación de lo que ocurre, la búsqueda activa de soluciones así como el acercamiento interpersonal da como resultados mayor realización personal y menor desgaste laboral o Burnout y depresión.

Lo descrito anteriormente da cuenta de la dificultad de comparar los resultados entre investigaciones en las estrategias de afrontamiento debido a las diferencias entre los instrumentos psicométricos empleados y la manera en que estos interpretan. En el caso de Peñafiel-León et al. (2020) se usó la escala Brief-Cope misma que emplearon Piñar et al. (2020), sin embargo, Peñafiel-León et al. (2020) reportan los resultados de afrontamiento como media, sin diferenciar los 14 factores de la escala, en ese estudio encontraron que el malestar psicológico obtuvo una correlación significativa positiva media con el afrontamiento y la resiliencia es decir que a mayor malestar psicológico mayor afrontamiento y mayor resiliencia.

En el caso del estudio de García-Torres et al. (2021), se utilizó la escala de bienestar de Ryff y reportando que los hombres presentan puntuaciones más altas en el factor autoaceptación y propósito de vida. Y el factor crecimiento personal fue más alto entre quienes laboran en el sector privado que quienes lo hacen en el público. En tanto que no encontraron significancias estadísticas en ningún factor con la variable diagnóstico positivo a COVID. Al revisar los resultados de la matriz de correlaciones se observó que las variables cansancio emocional y despersonalización correlacionaron negativamente con todos los factores de la prueba de bienestar, mientras la dimensión realización personal correlacionó significativamente con todos. En el presente estudio la dimensión cansancio emocional mostró correlación con 6 de los factores: negativamente con resolución de problemas y reestructuración cognitiva y de manera positiva con expresión emocional, pensamiento desiderativo, autocrítica y retirada social, lo que puede significar que a mayor cansancio emocional menos capacidades resolutorias y más utilización de las estrategias pasivas como puede ser la expresión emocional orientada a la queja, pensamientos negativos sobre la realidad, auto inculpación sobre lo que ocurre y aislamiento en tanto que la dimensión despersonalización presentó una correlación negativa con resolución de problemas y positiva con autocrítica y retirada social lo que puede indicar que al incrementarse las actitudes negativas en el trato con los usuarios disminuyen la capacidad de resolver problemas y se incrementa la autocrítica y el aislamiento.

Siguiendo la lógica de interpretación de García Torres et al. (2021), en el presente estudio se observa que la realización personal presentó correlación positiva con apoyo social y expresión emocional lo que puede indicar que el personal que se siente más satisfecho con su desempeño y logros tiende a buscar mucho más la colaboración y a hablar de sus emociones en tanto que ésta dimensión correlacionó negativamente con retirada social lo que puede evidenciar que aquellos que se sienten más auto realizados evitan el aislamiento.

Finalmente, en la variable depresión en China Gupta & Sahoo (2020) reportaron una prevalencia de depresión de 54% entre el personal sanitario durante el 2020, mientras en España Alonso et al. (2021) reportaron 22.5%. En México Álvarez-Reza et al. (2021) y Becerra y Medrano (2022) encontraron 25.7% y 47.1% respectivamente. En el presente estudio la prevalencia fue de 5.7% (3.6%=moderadamente severa y 2.1%=severa) el descenso observado puede deberse a los periodos en los que se realizaron las investigaciones, los instrumentos empleados y la metodología al calificar y presentar resultados lo que nos genera una variedad de datos que sin embargo, muestran una lógica de disminución efecto probable del conocimiento sobre la enfermedad, los procesos de vacunación y la campaña de gratitud generada en los medios hacia el personal sanitario y el uso de estrategias de afrontamiento activas como se describió anteriormente.

12. Conclusiones

A causa de la pandemia de COVID-19, se ha observado un creciente interés por la salud mental y los efectos que los aspectos de la pandemia han generado en la población y en los trabajadores esenciales.

Las complejas situaciones a las que se vieron enfrentados los trabajadores sanitarios que laboraron durante la pandemia, pudieron haber generado que algunos experimentaran problemas de salud mental, mismo que se vieron agravados por motivos personales, necesidades de salud física propias, así como de sus pacientes, familiares y amigos.

Lo observado en el presente estudio revela que el personal sanitario estudiado no manifestó niveles severos de ansiedad generalizada, aunque en algunos casos si hubo manifestaciones severas de ansiedad por coronavirus y depresión al mismo tiempo que se manifestaron índices medios y altos de Burnout y estrés postraumático.

Así mismo fue posible evidenciar una correlación entre el tipo de estrategias empleadas para el afrontamiento lo que puede explicar los bajos niveles de ansiedad encontrados. El personal de salud estudiado empleaba con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento activas orientadas a la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva que es una habilidad cognitiva para reinterpretar asertivamente los acontecimientos.

Un aspecto a resaltar es que la estrategia evitación de problemas no presentó correlación con ninguna variable psicosocial lo que puede inducir a la idea de que es una estrategia difícil de emplear en un entorno con alto grado de responsabilidad e información y en una población con alto nivel de estudios.

13. Recomendaciones

La pandemia por COVID-19 así como las crisis sanitarias anteriores han actuado como catalizadores de muchos fenómenos que han estado presentes en la vida y el trabajo hospitalario por mucho tiempo. Cada vez es más visible la necesidad de un abordaje integral y especializado desde todos los niveles de atención de la salud a los trabajadores esenciales para el fortalecimiento de la salud laboral.

La gestión de riesgos en el trabajo como son en este caso los factores psicosociales merece mayor atención. Es indispensable la generación de una cultura orientada a la prevención, tamizajes regulares y diagnósticos situacionales que incluyan los elementos sociales y psicológicos de la salud, tal y como sugieren las organizaciones internacionales y como dictan las normas oficiales.

A partir de lo encontrado en el presente estudio se recomienda la aplicación de tamizajes periódicos para la identificación del personal con necesidades psicosociales en cumplimiento de la NOM-035, creación de grupos de autoayuda en cada centro de trabajo dirigidos por un profesional de la salud con experiencia en manejo de grupos y la creación de programas psicoeducativos para facilitar el autocuidado y la motivación hacia la protección de la salud mental individual y comunitaria.

Así mismo, se recomienda la creación del servicio de salud mental orientado al personal de sanitario con programas específicos de pausas diarias y la promoción permanente de la autoexploración emocional para favorecer la atención oportuna.

Es fundamental que la sociedad comience a entender que la salud mental entendida como parte de la salud integral es un derecho humano básico (OMS, 2022).

14. Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones entre ellas el tiempo con el que cuenta el personal sanitario pudo ser factor para el llenado de la batería de instrumentos. Así mismo, se desconoce a qué número de personas fue enviado el cuestionario y cuantas de estas personas desistieron de su respuesta y el motivo por el que no respondieron. Del mismo modo no se pudo evaluar si la evitación de la respuesta fue por el criterio de psicoterapia o tratamiento psiquiátrico. No hay conocimiento de que la respuesta al cuestionario haya generado algún episodio adverso, ya que no hubo ningún acercamiento.

No se indagó acerca del número de hijos, la gravedad de la infección por COVID-19 de aquellos que refirieron haberse contagiado.

En cuanto a la representación de la muestra no se pueden establecer relaciones causales y otro factor limitante es que los datos se recabaron durante el 2022 en la quinta ola por COVID-19 en el mes de junio de 2022, es decir, que no se midieron durante el momento cúspide de la pandemia.

Y finalmente, es importante señalar que los instrumentos psicométricos son útiles para identificación y dimensión e intensidad de los síntomas, sin embargo, el diagnóstico de un trastorno toma en cuenta otros criterios como duración, gravedad, ausencia, incapacidad o la determinación de causas posibles y ciertos diagnósticos concurrentes, por lo que los resultados obtenidos mediante medios instrumentales deben ser siempre interpretados con cautela, como señalan las Guías de Práctica Clínica (GPC, 2018).

15. Materiales y Presupuesto

En este estudio no se utilizó material impreso, los cuestionarios fueron enviados, recibidos y calificados de manera digital por lo que el material empleado fue el equipo de cómputo y el teléfono celular del investigador; el programa estadístico empleado es un software gratuito de libre acceso al público por lo que tampoco representó un gasto.

16. Cronograma de Actividades

Actividad	2022			2023		
	Enero a junio	Junio a agosto	Agosto a diciembre	Enero a abril	Mayo	Junio a Septiembre
Planeación	X					
Recolección de Datos		X				
Análisis de Datos			X	X		
Presentación de Resultados					X	
Proyecto Terminal Concluido						X

17. Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., Aragonés, E., Campos, M., Cura-González, I. D., Emparanza, J. I., Espuga, M., Forjaz, M. J., González-Pinto, A., Haro, J. M., López-Fresneña, N., Salázar, A. D. M., Molina, J. D., Ortíz-Lucas, R. M., Parellada, M., & Pelayo-Terán, J. M. (2021). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. . *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, , 14(2), 90–105.
- Álvarez, R., Flores-Olivares, S., Fernández-López, L., Durán-Oyarzabal, C., Hernández-Granillo, P., & Tapia-Ortega, E. (2021). Depresión y síndrome de Burnout en personal de salud durante la contingencia sanitaria por Covid-19. *Salud Pública de México*, 63(2), 162–163.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V* (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodríguez-Gutiérrez, EG., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, MF. (2017). Validez y Utilidad del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ)-2 y PHQ-9 para la Detección y Diagnóstico de Depresión en Zonas Rurales de Chiapas, México: Estudio Transversal. *Clin. Psychol*, 73, 1076–1090.
- Blanco-Daza, M., de la Vieja-Soriano, M., Macip-Belmonte, S., & Tercero-Cano, M. D. C. (2022). Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19 . *Enfermería Clínica*, 32(2), 92–102.
- Camargo, L., Herrera-Pino, J., Shelach, S., Soto-Añari, M., Porto, M. F., Alonso, M., González, M., Contreras, O., Caldichoury, N., Ramos-Henderson, M., Gargiulo, P., & López, N. (2021). GAD-7 Generalised Anxiety Disorder scale in Colombian medical professionals during the COVID-19 pandemic: construct validity and reliability. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.06.003>
- Cano, F., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr*, 35(1), 29–39.
- Castañeda-Bonilla, U., Guzman-Pinacho, D., Villegas-Tapia, D. L., López-Olmos, D., Pantoja-Villagomez, D., Rios-Vela, D., Díaz-Sanchez, Y., Flores-Vazquez, J. L., Rios-Morales, J. R., Martínez-Cuazitl, A., & Martínez-Salazar, I. N. (2021). Evaluation of

- PTSD in Military Health Staff through a digital survey during the COVID-19 pandemic. *Revista de Sanidad Militar*, 74(4). <https://doi.org/10.56443/rsm.v74i4.70>
- Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and anxiety in Hong Kong during covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R. D., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. E. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27(1), 153–160. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004229>.
- Dullius, R., Scortegagna, S., Lima, E. dos S. de, Pasian, S. R., & Amparo, D. M. do. (2021). Mental health in health professionals facing Covid-19: A systematic review. *Psicologia - Teoria e Prática*, 23(1). <https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpc1913976>
- Firew. T., Sano, E., & Lee, J. W. (2020). Protegiendo la línea del frente: una sección transversal análisis de la encuesta de los factores ocupacionales que contribuyen a la Infección y angustia psicológica durante la pandemia de COVID-19 en los Estados Unidos. *BMJ*.
- Flores-Avilés, A., & García-Ramírez, D. (2022). Calidad de vida profesional, satisfacción por empatía, desgaste por compasión y síndrome de Burnout vs. COVID-19 en personal del Hospital General de Pachuca, 2020-2021. *Gaceta Hidalguense de Investigación En Salud*, 10(1).
- Gaitan, P., Pérez, V., Vilar, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por COVID-19 en México. *Salud Pública de México*, 63(4), 478–485.
- García-Reyna, B., Castillo-García, G. D., Barbosa-Camacho, F. J., Cervantes-Cardona, G. A., Cervantes-Pérez, E., Esparza-Estrada, I., Brancaccio-Pérez, I. V., Silva-González, G., Fuentes-Orozco, C., Pintor-Belmontes, K. J., Guzmán-Ramírez, B. G., Navarro, D. R., Ibarrola-Peña, J. C., López, V. A. S., Chejfec-Ciociano, J. M., Sapién-Fernández, J. H., González-Ojeda, A., & Cervantes-Guevara, G. (2022). Anxiety and COVID-19: Coronavirus Anxiety Scale scores in medical and non-medical personnel in urban hospitals in Guadalajara. A cross-sectional survey study. *Death Studies*, 46(3), 581–589. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1936297>.
- García-Torres, M., Aguilar-Castro, A. de J., & García-Méndez, M. (2021). Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19.

- Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 14(2), 96–106.
<https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.13618>.
- Gold, A. J. (2020). Covid-19: resultados adversos de salud mental para los trabajadores de la salud. *BMJ*.
- Gupta, S., & Sahoo, S. (2020). Pandemic and mental health of the front-line healthcare workers: a review and implications in the Indian context amidst COVID-19. *General Psychiatry*, 33(5), e100284. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100284>.
- Hernández-García, T. (2018). Burnout en médicos de un hospital del sector público en el Estado de Hidalgo. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 15(2), 161–172.
- Huamaccto Caballero, Y. C. (2021). Miedo y ansiedad por coronavirus en personal de central de esterilización de un hospital de Lima. *Revista Cuidado y Salud Pública*, 1(1), 3–10.
- Huang, J., Han, M., Luo, T., Ren, A., & Zhou, X. (2020). Encuesta de salud mental del personal médico de un hospital terciario de enfermedades infecciosas para COVID-19. *Revista China de Salud Laboral y Enfermedades Profesionales*.
- Instituto de Estadística Geografía e Informática. (2021). *Estadísticas a propósito de las personas ocupadas como médicos*.
- Instituto Nacional de Estadística, G. e I. (n.d.). *Síntesis Geográfica del Estado de Hidalgo*.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (2022). *Estadísticas a propósito del día internacional de la enfermera*.
- Jesús García-Iglesias, J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Ramón Martínez-Riera, J., Ruiz-Frutos, C., & sugerida, C. (2020). IMPACTO DEL SARS-COV-2 (COVID-19) EN LA SALUD MENTAL DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA REVISIÓN SISTEMÁTICA. In *Rev Esp Salud Pública* (Vol. 94). www.mscbs.es/resp.
- Lara-Abad, G. E., Baca-Salinas, J., & Reyes-Mendoza, L. G. (2021). Nosofobia como impacto negativo de la pandemia derivada del covid-19. *Boletín Científico de La Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 8(15), 55–60.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (Martínez Roca, Ed.). Martínez Roca.
- Lee, S. A. (2020a). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401.
- Lee, S. A. (2020b). Replication Analysis of the Coronavirus Anxiety Scale. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.*, 33, 2031–2205.

- Lucas, A., González, V., López, A., Kammar, A., Mancilla, J., Vera, O., Jiménez, J., & Peralta, A. (2022). Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 60(5), 556–562.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice Hall.
- Medina-Ortiz, O., Araque-Castellanos, F., Ruíz-Domínguez, L., Riaño-Garzón, M., Mora-Magaña, I., Maldonado-Castellanos, I., Jiménez-Gutiérrez, C., Méndez-Venegas, J., Maya-Del-Moral, A., Rosas-Munive, M., Mathis, A., & Jobe, M. (2020). Coronaphobia among healthcare professionals in Mexico: A psychometric analysis. *Death Studies*.
- Medrano-Hernández, J. L., & Becerra-Hernández, A. (2022). Correlación de estrés con ansiedad y depresión en personal sanitario mexicano atendiendo pacientes con COVID-19. *Horizonte Sanitario*, 21(3), 513–520.
- Moreno-Jiménez, B., Meda-Lara, R., Morante-Benadero, M., Rodríguez-Muñoz, A., & Palomera-Chávez, A. (2006). Validez factorial del inventario de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 445–456.
- Muñoz-Fernández, S., Molina-Valdespino, D., Ochoa-Palacios, R., Sánchez-Guerrero, O., & Esquivel-Acevedo, J. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediatr Mex*, 41(1), 127–136.
- Nava, C., Ollua, P., Vega, C., & Soria, R. (2012). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213–220.
- Onofre-Santiago, M., Rodríguez-García, M. S., Jaramillo-Vázquez, M. J., Salazar-Mendoza, D. J., Hernández-Montesinos, M., & Luna-Hernández, L. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 683–685.
- Organización Internacional del Trabajo. (n.d.). Proteger la vida y la salud de los trabajadores durante la pandemia de COVID-19: Panorama general de las respuestas nacionales en materia legislativas y de política. *Organización Internacional Del Trabajo*.
- Organización Internacional del Trabajo. (1984). Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. *Organización Internacional Del Trabajo, Ginebra*.

- Organización Internacional del Trabajo. (2021). *Proteger la vida y la salud de los trabajadores durante la pandemia de COVID-19: Panorama general de las respuestas nacionales en materia legislativas y de política.*
- Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos. Panorama general.*
- Organización Mundial de la Salud. (2022b, March 2). *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia: resumen científico.*
- Palacios, M. E., & Paz, M. (2021). El Síndrome de Burnout: una enfermedad laboral de los profesionales de la salud y la pandemia por COVID-19. *Boletín Sobre COVID-19*, 21(2), 9–14.
- Peñafiel-León, J. E., Ramírez-Coronel, A. A., Mesa-Cano, I. C., & Martínez-Suárez, P. C. (2021). Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 202–211.
- Pfefferbaum, B., & North, S. (2020). Mental Health and the COVID-19 Pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512.
- Piñar-Navarro, E., Fuente, G., González-Jiménez, E., & Hueso-Montoro, C. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento ante el estrés en Primeros Intervinientes y personal sanitario de emergencias extrahospitalarias antes de la pandemia de COVID-19. *EMERGENCIAS*, 32(5), 369–373.
- Rodríguez, N., Padilla, L., Jarro, I., Suárez, B., & Robles, M. (2021). Factores de riesgo asociados a depresión y ansiedad por COVID-19 (SARS CoV-2). *Journal of American Health*, 4(1), 64–72.
- Secretaría de Salud del estado de Hidalgo. (2021). *Informe sobre servicios de salud.*
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2018). *NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención.*
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J., & Löwe, B. (2006). Una medida breve para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada: el GAD-7. *Arch Intern Med*, 166.
- Tobin, D., Holroyd, K., Reynolds, R., & Kigal, J. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy Research*, 13(4), 343–361.
- Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillen-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con Covid-19. *Rev. Mex. Urol*, 80(3), 1–9.

Velázquez-Fernández, M. (2020). Los nuevos retos del trabajo decente: la salud mental y los riesgos psicosociales (Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 5, 8, 10). *Seminario Llevado a Cabo En La Universidad de Carlos III de Madrid*.

Vinueza-Veloz, A., Aldaz-Pachacama, N., Mera-Segovia, C., Pino-Vaca, D., Tapia-Veloz, E., & Vinueza-Veloz, M. (2020). Síndrome de burnout entre médicos y enfermeras ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *SciELO Preprints*.

18. Anexos

Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCIÓN: La pandemia por COVID-19 generó sentimientos difíciles de manejar en todas las personas, especialmente en quienes prestan o prestaron atención a pacientes con COVID-19. Por lo que es importante conocer el estado de salud mental del personal que labora en un espacio de riesgo sanitario. Para ello es prioritario contar con información que aporte conocimiento para la generación de medidas de prevención, así como de mecanismos de contención.

El propósito de este estudio es determinar la presencia de ansiedad, depresión, estrés postraumático, Burnout, estrategias de afrontamiento, calidad del sueño y la presencia de factores de riesgo psicosocial, que son asociados al entorno laboral por la atención de pacientes con COVID-19. Comité de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo número 039/2022/2022.

IMPORTANTE: Si usted labora actualmente o laboró en la atención a pacientes con COVID-19, y NO se encuentra en proceso psicoterapéutico o bajo tratamiento psiquiátrico por favor responda al siguiente cuestionario.

BENEFICIOS: Se le ha invitado a participar en el estudio, en el que tiene la oportunidad de aportar información valiosa a investigadores y académicos de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, quienes buscan entender los factores que impactan en la salud mental de los trabajadores de la salud y ayudar a enriquecer el conocimiento científico.

Adicionalmente, al final de este cuestionario usted encontrará ligas a Servicios de Salud Mental en línea y gratuitos, así como a documentos de interés con aval científico que le podrán ser de utilidad.

RIESGOS: La aplicación de las herramientas de diagnóstico no implica riesgos potenciales. De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud esta investigación se clasifica como de riesgo mínimo.

DERECHOS: La información brindada en este formato es anónima, el criterio de confidencialidad de cualquier dato de interés personal sigue intacto y sujeto a las leyes que protegen a los participantes de este estudio con fines de investigación. En todo momento usted debe sentir que están siendo respetados sus derechos y dignidad personal, de lo contrario podrá revocar su consentimiento cuando así lo manifieste. Lo anterior en apego y cumplimiento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en Salud, así como las buenas prácticas clínicas dictadas por el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología y la Declaración de Helsinki.

Usted puede ponerse en contacto con el investigador principal Psic. Alda Iliana Suárez Velasco en un horario de 9:00 a 16:00 hrs de lunes a viernes a través de:

- Correo electrónico: su467885@uaeh.edu.mx
- Teléfono: 771 397 97 38.

DECLARATORIA DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Yo: Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en este estudio. Se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación. He comprendido el contenido de esta carta de consentimiento informado, señalo que no recibiré recompensa alguna y acepto libre y voluntariamente participar en este estudio. Entiendo que podré retirar mi consentimiento en el momento que lo decida y así lo manifieste. Al continuar respondiendo estoy aceptando los términos antes descritos.

Ficha sociodemográfica

Pregunta	Opciones
1. ¿Cuál es su edad?	
2. Indique su sexo biológico	1. Mujer 2. Hombre
3. Indique su estado civil	1. Soltero 2. Casado 3. Unión libre 4. Divorciado 5. Otro: ¿cuál? _____
4. Tiene hijos	1. Si 2. No
5. Indique su escolaridad	1. Técnico 2. Licenciatura 3. Especialidad 4. Maestría 5. Doctorado 6. Otro: ¿Cuál? _____
6. ¿Qué función desempeña en el Centro de Salud en el que labora?	1. Médico 2. Enfermero 3. Trabajador social 4. Administrativo

	<p>5. Laboratorista</p> <p>6. Odontólogo</p> <p>7. Personal de intendencia</p> <p>8. Otro: ¿cuál? _____</p>
7. ¿En qué ámbito se desempeña?	<p>1. Público</p> <p>2. Privado</p>
8. ¿En qué área COVID se desempeñó?	
9. ¿Cuánto tiempo ha laborado en un área COVID?	<p>1. Más de un año</p> <p>2. De seis meses a un año</p> <p>3. Entre seis meses y un año</p>
10. Indique si tiene a cargo a otras personas	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>
11. ¿En qué turno labora o laboró mientras se encontraba en un área COVID?	<p>1. Matutino</p> <p>2. Vespertino</p> <p>3. Nocturno</p> <p>4. Otro: ¿cuál?</p>
12. ¿Ha padecido usted COVID-19?	<p>1. Si</p> <p>2. No</p>
13. ¿Hace cuanto enfermó por COVID-19? (Si respondió que no en la pregunta anterior por favor elija N/A)	<p>1. Hace menos de seis meses</p> <p>2. Entre seis meses y un año</p> <p>3. Hace más de un año</p>

	4. N/A
14. ¿Ha experimentado secuelas físicas tras haber enfermado por COVID-19?	1. Si 2. No
15. ¿Ha experimentado efectos en su SALUD MENTAL a partir de haber enfermado por COVID-19?	1. Si 2. No
16. ¿Considera que el hecho de laborar en un área COVID, incrementa el riesgo de presentar alguna condición mental?	1. Si 2. No
17. ¿Alguien cercano a usted ha padecido COVID-19?	1. Si 2. No
18. ¿Cuál era su relación con esa persona o personas? (Puede marcar más de una opción):	1. Amigos 2. Familiares 3. Compañero/s de trabajo 4. Todos los anteriores
19. ¿Alguien cercano a usted falleció por COVID-19?	1. Si 2. No
20. ¿Considera usted que contó con el Equipo de Protección Personal necesario para el desempeño óptimo de sus funciones?	1. Si 2. No

Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estar quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Escala de Ansiedad por Coronavirus (CAS-HC)

Escala de Ansiedad por Coronavirus

En las últimas 2 semanas ¿qué tan seguido ha “sentido” alguno de los siguientes?:

Para nada =0 Menos de un día o dos=1 De 2 a 7 días=2 Más de 7 días=3 Casi todos o todos los días=4

- 1 Me siento mareado, con la cabeza hueca, o con desmayo cuando leo o escucho noticias del coronavirus.
- 2 He tenido problemas para conciliar el sueño o se me va el sueño en la noche de pensar en el coronavirus.
- 3 Me siento paralizado o congelado cuando escucho información del coronavirus.
- 4 Se me va el hambre cuando pienso o escucho hablar del coronavirus.
- 5 Me dan náuseas, ganas de vomitar, asco o molestias en el estómago cuando pienso o escucho hablar sobre el coronavirus.

Inventario de Burnout de Maslach

Inventario de Burnout de Maslach

CONTESTE FRENTE A CADA UNA DE LAS 22 PREGUNTAS, EN FUNCIÓN A LA SIGUIENTE ESCALA DE FRECUENCIA.

0.- Nunca 1.- Pocas veces al año o menos 3.- Unas pocas veces al mes o menos

4.- Una vez a la semana 5.- Pocas veces a la semana 6.- Todos los días

PREGUNTAS

- 1.- Me siento emocionalmente agotado (4)
- 2.- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo (4)
- 3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo (4)
- 4.- Fácilmente comprendo cómo se sienten los pacientes o usuarios (4)
- 5.- Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales (4)
- 6.- Trabajar todo el día con pacientes es un esfuerzo (4)
- 7.- Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes (4)
- 8.- Me siento "quemado" con mi trabajo (4)
- 9.- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes (4)
- 10.- Me vuelvo más insensible con los pacientes desde que ejerzo esta profesión o tarea (4)
- 11.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me está endureciendo emocionalmente (4)
- 12.- Me siento muy activo ()
- 13.- Me siento frustrado con mi trabajo (4)
- 14.- Creo que estoy trabajando demasiado (4)
- 15.- No me preocupa realmente lo que ocurre a algunos pacientes a los que doy servicio ()
- 16.- Trabajar directamente con pacientes me produce estrés ()
- 17.- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con los pacientes a los que doy servicio ()
- 18.- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con los pacientes (4)
- 19.- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión o tarea (4)
- 20.- Me siento acabado (4)
- 21.- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma (4)
- 22.- Siento que los pacientes que trato me culpan de algunos de sus problemas (4)

Escala de Trauma (de Davidson)

Escala de Trauma de Davidson (DTS)

(Jonathan R. T. Davidson)

(Traducida por: J Bobes, MT Bascarián, MP González, M Bousoño, A Calcedo, JA Hormacocha, D H. Wallace,
17 de febrero de 1999)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: H M

Estado civil: _____ Domicilio: _____ Fecha: _____

Por favor, identifique el trauma que más le molesta

Cada una de las siguientes preguntas se trata de un síntoma específico. Considere, para cada pregunta, cuántas veces le ha molestado el síntoma y con cuánta intensidad, durante la **última semana**. Escriba en los recuadros de al lado de cada pregunta un número, de 0 a 4 para indicar la frecuencia y gravedad del síntoma.

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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Ha tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo?
¿Como si lo estuviera reviviendo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Le ha molestado alguna cosa que se lo haya recordado?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimiento? (Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tenido dificultad para disfrutar de las cosas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Se ha sentido distante o alejado de la gente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ha tenido dificultades de concentración?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia"?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha estado nervioso o se ha asustado fácilmente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inventario de estrategias de afrontamiento

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

por Cano, Rodríguez y García, 2007 con ajustes inquitico para el contexto de Panamá
 Redistribuido según factor por González Y; Ortega, E; Castillo,R; Whetsell, M; Cleghorn, D .(2015)
 Estrategias Primarias.

Estrategias de afrontamiento	En absoluto 0	Un poco 1	Bastante 2	Mucho 3	Totalmente 4
Resolución de problemas.					
1.Luché para resolver el problema					
9.Me esforcé para resolver los problemas de la situación					
17.Hice frente al problema					
25. Supe lo que había que hacer, así que doble mis esfuerzos y trate con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran.					
33. Mantuve mi postura y luché por lo que quería.					
Autocrítica					
2. Me culpé a mí mismo.					
10. Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché.					
18. Me criticé por lo ocurrido					
26. Me recriminé por permitir que esto ocurriera.					
34. fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias					
Expresión emocional					
3. Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés.					
11. Expresé mis emociones, lo que sentía.					
19. Analicé mis sentimientos y simplemente los deje salir.					
27. Dejé desahogar mis emociones.					
35. Mis sentimientos me abrumaban y estallaron					
Pensamiento desiderativo					
4.Deseé que la situación nunca se hubiera dado					
12. Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase.					
20. Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.					
28. Deseé poder cambiar lo que había sucedido.					
36. Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.					
Apoyo social					
5. Encontré a alguien a quien contarle mi problema que escuchó mi problema.					
13. Hablé con una persona de confianza.					
21. Dejé que mis amigos me echaran una mano.					
29. Pasé algún tiempo con mis amigos.					
37.Pedí consejo a un amigo o familiar que respeta.					
Re-estructuración cognitiva					
6. Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente.					
14. Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malos.					
22. Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían.					
30 .Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo.					
38. Me fijé en el lado bueno de las cosas.					
Evitación de Problemas.					

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil <input type="checkbox"/>	Un poco difícil <input type="checkbox"/>	Muy difícil <input type="checkbox"/>	Extremadamente difícil <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.