

Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19

M.C.Enf. María de los Ángeles Onofre Santiago

aonofre@uv.mx

<https://orcid.org/0000-0002-8951-4379>

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería Orizaba

MSP. Sergio Rodríguez García

<https://orcid.org/0000-0003-0985-8508>

sergio.rg@icest.mx

Servicios de Salud de Veracruz

Instituto de Ciencias y Estudios Superiores de Tamaulipas A.C

MSP. Jaime Jaramillo Vázquez

<https://orcid.org/0000-0003-4465-8720>

jaimejaramillo09@hotmail.com

Servicios de Salud de Veracruz

Dr. Javier Salazar Mendoza

<https://orcid.org/0000-0001-9172-8731>

jasalazar@uv.mx

+52 272 1707671

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería Orizaba

M.C.Enf. María Guadalupe Hernández Montesinos

<https://orcid.org/0000-0002-1360-7405>

guadhernandez@uv.mx

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería Orizaba

LE. Oscar Daniel Luna Hernández

<https://orcid.org/0000-0003-0049-7865>

osluna@uv.mx

Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería Orizaba

RESUMEN

Introducción: En diciembre del año 2019 inició el brote por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 causante de la infección COVID-19. Europa y Estados Unidos presentaron una demanda excesiva en los servicios de salud, poniendo en riesgo la salud física y mental del personal médico, con base en esos antecedentes en México, es necesario evaluar la posible presencia de ansiedad, depresión y estrés en los prestadores de servicios de salud de primer nivel de atención. **Objetivo:** determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba en el periodo de

pandemia por COVID-19. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con una muestra probabilística estratificada del personal de primer nivel de atención, médico, enfermera, odontólogo y promotor de salud de 234 participantes, se utilizó la encuesta Depression Anxiety and Stress Scale-21 en el período de octubre-diciembre 2020. Resultados: La población estuvo conformada por el 59.8% mujeres y 40.2%, hombres, el 34.6% con categoría de médicos, personal de enfermería (47.9%), odontología (9.4%) y promotores de salud (8.1%). El 76.5%, no presentó ansiedad, mientras que el 80.3% clasificó sin depresión y 82.5% sin estrés. Conclusión: Los profesionales de salud demostraron tener ansiedad extremadamente severa y moderada en pequeños porcentajes al igual que la depresión que la padecen en niveles leve y moderado. Respecto a el estrés se concluyó que los niveles presentados más frecuentes fueron leve y moderado.

Palabras clave: infecciones por coronavirus; personal de salud; ansiedad; depresión; estrés psicológico.

Anxiety, Depression and Stress in health care providers before COVID-19

ABSTRACT

Introduction: in December 2019, in the province of Wuhan China, the outbreak of the new SARS-CoV-2 coronavirus causing COVID-19 infection started. Europe and the United States presented an excessive demand in health services, putting at risk the physical and mental health of health care providers, based on this background, before the registration of cases in Mexico, it is necessary to evaluate the possible presence of anxiety, depression and stress in health care providers of the first level of care, which is the first line in the face of COVID-19. **Objective:** to determine the level of anxiety, depression and stress in health personnel of the Sanitary Jurisdiction VII of Orizaba during the COVID-19 pandemic period. **Methods:** Quantitative, descriptive and cross-sectional study applying the Depression Anxiety and Stress Scale-21 survey to 234 participants, respecting the national healthy distance day, recommended by the authorities, Google Forms was used to collect the information, in a stratified probabilistic sample of the first level of care personnel, doctor, nurse, dentist and health promoter in the period October-December 2020. **Results:** the population consisted of 59.8% women and 40.2% men, 34.6% of whom were physicians, nursing staff (47.9%), dentistry (9.4%) and health promoters (8.1%). The 76.5% did not present anxiety, while 80.3% were classified without depression and 82.5% without stress. **Conclusion:** The health professionals of Health Jurisdiction VII of Orizaba showed extremely severe and moderate anxiety in small percentages, as well as mild and moderate levels of depression. Regarding stress, it was concluded that the most frequent levels presented were mild and moderate. Therefore, although the majority expressed not having severe symptoms, it is necessary to intervene in the population to maintain the levels and to work on the areas of opportunity to constantly evaluate the health care providers.

Keywords: coronavirus infections; health personnel; anxiety; depression; psychological stress.

Artículo recibido: 28. Julio. 2021

Aceptado para publicación: 25. Agosto. 2021

Correspondencia: aonofre@uv.mx

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos por ansiedad y depresión son problemas habituales de salud mental que afectan la capacidad de trabajo y productividad. Más de 260 millones de personas en el mundo sufren de ansiedad y 300 millones de personas sufren depresión, que es la principal causa de discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2020a).

La ansiedad es definida de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica (2010), como “un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa” este trastorno es muy común de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 12% de la población adulta se puede ver afectada, perjudica los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la realidad, del entorno y de sí mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando al individuo.

Por otra parte, la depresión también es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración OMS (2020b), es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, afecta más a las mujeres y en el peor de los casos puede llevar al suicidio. Es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos y quienes han pasado por circunstancias adversas como: desempleo, luto y traumatismos psicológicos tienen más probabilidad de padecerla.

Asimismo, la definición de estrés según la OMS las reacciones fisiológicas que en su conjunto preparan al organismo para la acción (Universidad Nacional Autónoma de México, 2021). Considerada la enfermedad del siglo XX, otros estudios lo definen como un patrón de respuestas del organismo frente a exigencias externas y la capacidad de adaptación del ser humano (Osorio & Cárdenas Niño, 2017).

Las personas que participan en acciones cuya intención primaria consiste en mejorar la salud conforman al personal sanitario: médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos, trabajadores sanitarios de la comunidad y trabajadores sociales (Organización Mundial de la Salud, 2021).

La enfermedad de COVID-19, es el mayor brote desde el Síndrome Respiratoria Agudo Severo (SARS) en 2003 o la influenza en 2009 por el virus H1N1, a las pocas semanas del inicio del brote superó el número de casos y muertes que causó el SARS, se conoció

en diciembre 2019, cuando surgió una neumonía de etiología desconocida asociada con la exposición en un mercado de mariscos en la ciudad de Wuhan de la provincia de Hubei (Wang et al., 2020).

Las epidemias han existido desde los orígenes de la humanidad, en estos tiempos de globalización, la propagación de enfermedades es mayor; los prestadores de servicio de salud se ven involucrados en situaciones que nunca antes habían pasado para atender a la población afectada, exponiendo su vida y la de sus familias trayendo grandes consecuencias; un área que se ve afectada, es la salud mental (Huang et al., 2020; Jakovljevic et al., 2020; Lai et al., 2020; Wang et al., 2020), provocando: trastornos del sueño (Wu & Wei, 2020; Xiao et al., 2020). La emergencia sanitaria por la COVID-19, ha provocado aumento del consumo de drogas legales (Fernández Hernández et al., 2021) e ilegales, ansiedad, tensión, inseguridad, vigilancia obsesiva de los síntomas de la enfermedad y mayor demanda emocional, es por ello, que esta investigación pretende contribuir con las políticas nacionales de acuerdo con los Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México (Secretaría de Salud, 2020b).

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades en animales y humanos en estos, se sabe que varios causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta complicaciones graves como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el agudo severo (SRAS) En diciembre del 2019, se presentó en la ciudad de Wuhan el brote del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 causante de la enfermedad infecciosa COVID-19, cuyos síntomas frecuentes son fiebre, tos seca y cansancio (Organización Mundial de la Salud, 2020c). Aunque hay datos de que también pueden existir síntomas gastrointestinales, con una incidencia muy variable (Tian et al., 2021).

Esta enfermedad es altamente contagiosa Jakovljevic et al. (2020), para el diagnóstico de COVID-19 puede basarse en una combinación de información epidemiológica, síntomas clínicos, hallazgos de imágenes de tomografía computarizada y pruebas de laboratorio, según los estándares de la OMS (Meng et al., 2020). El primer caso de infección confirmado en los Estados Unidos condujo a la descripción, identificación, diagnóstico, curso clínico y manejo de este caso. Además, el primer caso de transmisión de persona a persona se informó en los Estados Unidos el 30 de enero de 2020 (Rothan & Byrareddy, 2020).

La infección se diseminó por todo el mundo, causando hasta el día 13 de junio 2021 175,668,875 casos confirmados y 3,795,554 muertes (Google, 2021). En México en la misma fecha las cifras con 2,452,469 casos confirmados, 4,335,420 negativos, 435,476 sospechosos con 230,097 defunciones y 22,728 casos activos (Gobierno de México, 2021).

En el mes de mayo 2020, la Secretaría de Salud, publica las recomendaciones para personal de odontología referente a COVID-19 (Secretaría de Salud, 2020c), ante la falta de información sobre la nueva enfermedad algunas sugerencias son atender solo urgencias en el consultorio dental y posponer consultas ordinarias (Araya Salas, 2020; Gaitán Cepeda et al., 2020; Morales Navarro, 2020).

En relación con la valoración de la ansiedad, depresión y estrés, en México la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, sugiere utilizar la escala de Hamilton que es un instrumento heteroaplicado que consta de 14 preguntas que evalúa la intensidad de ansiedad o el inventario de ansiedad de Beck el cual es un instrumento auto aplicado de 21 preguntas (Guía de Práctica Clínica, 2010), pero no evalúa la depresión ni el estrés.

La versión abreviada de Depression Anxiety and Stress Scale conocida como DASS-21, fue creada con el objetivo de evaluar la presencia de efectos negativos de depresión y ansiedad y cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos. Esto implica que las diferencias entre sujetos normales y con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés (Román et al., 2016). La cual se ha utilizado en personal de salud en diversos estudio(Boo et al., 2018; Chew et al., 2020; Sánchez Padilla et al., 2019; Sasaki et al., 2020).

En estudios en personal médico Huang et al. (2020) encontraron una incidencia de ansiedad entre el personal médico fue del 23.04% (53/230), y el puntaje de ansiedad fue (42.91 ± 10.89). Entre ellos, la incidencia de ansiedad severa, ansiedad moderada y ansiedad leve fueron 2.17% (5/230), 4.78% (11/230) y 16.09% (37/230), concluyeron que el personal médico tiene una mayor incidencia de trastornos de ansiedad y estrés.

Luceño-Moreno et al. (2020) encontraron El 56,6% de los trabajadores sanitarios presentan síntomas de trastorno por estrés postraumático, 58,6% trastorno de ansiedad, el 46% trastorno depresivo y el 41,1% se siente agotado emocionalmente por su parte

Bohlken et al. (2020), encontraron niveles severos en 2.2 a 14.5% de los encuestados, los síntomas psicológicos estuvo influenciada por la edad, el género, el grupo ocupacional, la especialización, tipo de actividad y proximidad a pacientes con COVID-19

Lai et al. (2020) en 764 (60.8%) eran enfermeras y 493 (39.2%) médicos; 760 (60.5%) reportaron que el 50.4% con depresión, ansiedad 44.6%, insomnio 34.0% y angustia 71.5%. por su parte Lu et al. (2020), con la escala de ansiedad de Hamilton (HAMA) y la escala de depresión de Hamilton (HAMD) Los encuestados estaban compuestos por 2042 personal médico (médicos y enfermeras) y 257 personal administrativo encontraron que el personal médico desplegó un mayor miedo, ansiedad y depresión que el personal administrativo. Además, el personal médico de primera línea que trabaja en el departamento de enfermedades respiratorias, de urgencias, UCI y enfermedades infecciosas tenía dos veces más probabilidades de sufrir ansiedad y depresión que el personal no clínico.

El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de ansiedad, depresión y estrés en el personal de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba en el periodo de pandemia por COVID-19.

2. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS O MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de la presente investigación por el análisis y alcance de resultados es cuantitativa, de diseño descriptivo transversal (Hernández Prado & Velasco Mondragón, 2015). Para definir el número de muestra, se tomó en cuenta a los prestadores de servicios de salud que atienden de manera directa a usuarios de 28 municipios en la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba Veracruz, cuenta con un universo de 589, de los cuales 206 médicos, 282 enfermeras, 52 odontólogos y 49 promotores de salud, con base en la plantilla laboral actualizada a 2020 (Secretaría de Salud, 2020a).

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó el programa estadístico OpenEpi (Dean et al., 2013), la muestra fue probabilística con un intervalo de confianza del 95% $n=233$. Para mayor precisión en la muestra se categorizó en 4 estratos (médico, enfermera, odontólogo, promotor de salud) de acuerdo con Hernández Sampieri et al. (2014).

Quedando en los estratos: estrato 1, $n=81$, estrato 2, $n=112$, estrato 3, $n= 21$, estrato 4, $n= 19$ los cuales se eligieron de manera aleatoria. La obtención de la muestra fue a través del método probabilístico estratificado (Hernández Sampieri et al., 2014) en el que se organizó al universo en grupos homogéneos no superpuestos y se eligieron de manera

aleatoria a los miembros finales, que cumplieran con los criterios de selección, en el período comprendido de octubre-diciembre 2020.

Los criterios de selección (Hernández Sampieri et al., 2014), establecidos fueron inclusión: personal de salud hombre y mujer perteneciente a Jurisdicción Sanitaria VII, médico, enfermera, odontólogo y promotor de salud. Exclusión: Personal de Jurisdicción Sanitaria VII que se encontraba en actividades de coordinación de programa, que no tuvieran un dispositivo móvil o acceso a internet y aquellos que por indicación médica no se encontraran laborando. Se eliminaron los casos que no contestaron la encuesta completa.

Se elaboró una cedula utilizando Google Forms que permitió analizar datos sociodemográficos como edad, sexo, estado civil, profesión, años de servicio en la institución, trabajo en sector privado, grado académico, residencia. En el segundo apartado se incluyó la encuesta validada de salud mental DASS-21 (Román et al., 2016), conformada por 21 ítems con una escala numérica de 0=no me ha ocurrido, 1=me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo 2=me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo, 3=me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo.

La interpretación de depresión, los puntajes son los siguientes: <5 sin depresión, 5-6 depresión leve 7-10 depresión moderada 11-13 depresión severa 14 o más, depresión extremadamente severa. Ansiedad: <4 sin ansiedad, 4 ansiedad leve 5-7 ansiedad moderada 8-9 ansiedad severa 10 o más ansiedad extremadamente severa. Estrés: <8 sin estrés, 8-9 estrés leve 10-12 estrés moderado 13-16 estrés severo 17 o más estrés extremadamente severo. Modo de corrección: el DASS-21 posee tres subescalas, Depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18).

Para evaluar cada subescala por separado, se deben sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una. Pueden obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems. Un tercer apartado con datos clínicos constituido por 10 ítems. Peso, talla, consumo de tabaco, alcohol y actividad física, para determinar si existía relación con ansiedad, depresión o estrés.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Investigación (CI), Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital Regional Río Blanco con número registro: HRRB/CI/2020/24, así como autorización de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba con número de oficio: SESVER/JURISVII/ECI/166/20. Las personas que decidieron

participar aceptaron un consentimiento informado vía electrónica, Para garantizar la confidencialidad la información que se obtuvo es vinculada anónima, el participante se registró con un código por lo que no se puede, asociar o conectar con la persona a quien se refiere. Así como lo sugiere recomendaciones “Principios éticos aplicados a la epidemiología. Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos CIOMS” (Gobierno de México, 2019).

No se expuso a la persona a riesgos ni daños innecesarios de acuerdo con la normativa nacional vigente y los beneficios esperados son mayores que los riesgos predecibles (NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que Establece Los Criterios Para La Ejecución de Proyectos de Investigación Para La Salud En Seres Humanos, 2012).

La recolección de datos se realizó respetando la jornada nacional de sana distancia, declarada por las autoridades sanitarias, se procedió a contactar a las personas seleccionadas vía telefónica, por uno de los investigadores explicándole de la encuesta, la persona que aceptó participar le fue enviado un enlace con un código para responder la encuesta, vía internet con un dispositivo móvil o por computadora personal con acceso a Internet.

Para el análisis de datos, se utilizó el programa Google Forms para convertir el instrumento de medición en formato digital y así elaborar un análisis de la información mediante la creación de una base de datos en Excel. Dichos resultados, se transformaron a códigos numéricos para transferirlos al programa digital Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) IBM® SPSS® Statistics Versión 23, formando una nueva base de datos donde se integran todas las derivaciones obtenidas de los instrumentos aplicados previa validación y revisión.

El plan de análisis estuvo integrado por estadística descriptiva con frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y dispersión (desviación estándar y varianza) para representar los datos más importantes.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos sociodemográficos se evaluaron en la Tabla 1, la edad mínima fue de 20 años y máxima de 66, con un rango 46, desviación estándar 9.609.

Tabla 1

Datos sociodemográficos de la población

Variable	Total	
	F	%
Sexo		
Hombre	94	40.2%
Mujer	140	59.8%
Edad/años		
20-25	10	4.3%
26-31	34	14.5%
32-37	33	14.1%
38-43	65	27.8%
44-49	44	18.8%
50-55	30	12.8%
56-61	12	5.1%
62-66	6	2.6%
Vive con		
Familia	174	74.4%
Pareja	36	15.3%
Solo	24	10.3%
Estado civil		
Soltera(o)	65	27.8%
Casada(o)	109	46.6%
Unión libre	42	17.9%
Divorciada(o)	16	6.8%
Viuda(o)	2	0.9%
Total	234	100.0%

Fuente: directa, n= 234.

El 74.4%, tiene la responsabilidad de una familia y es con ellos con quien habita, así como el 15.3% lo hace con su pareja y son por estos, quienes los servidores de salud tienen mayor responsabilidad de cuidarse para no exponerlos al contagio por la COVID-19, aunque el 10.3%, vive solo, también procura realizar sus actividades con el mayor cuidado para no enfermar y complicar el estado de salud.

En cuanto al estado civil, el 46.6%, es casado, mientras que el 17.9% vive en unión libre, es decir que el 64.5%, tiene el apoyo directo de su pareja para enfrentar y fortalecer sus factores protectores ante la pandemia. El 6.8% refirió ser divorciado y 0.9% viudo, el 27.8%, es soltero y no tiene responsabilidades económicas del cuidado y protección de sus dependientes.

Tabla 2

Consumo de medicamentos, deporte, toxicomanías y COVID-19

Variable	Si		No	
	F	%	F	%
Consumo de medicamentos	70	29.9%	164	70.1%
Practica algún deporte	81	34.6%	153	65.4%
Consumo de bebidas alcohólicas	70	29.9%	164	70.1%
Consumo de tabaco	41	17.5%	193	82.5%
Contacto con pacientes COVID-19	158	67.5%	76	32.5%
Tiene algún familiar con COVID-19	134	57.3%	100	42.7%
Tiene diagnóstico COVID-19	30	12.8%	204	87.2%
Trabaja en el sector privado	40	17.1%	194	82.9%

Fuente: directa, n= 234.

La Tabla 2, hace referencia a las diferentes prácticas de los servidores de salud. En relación con el consumo de medicamentos, el 29.9% lo afirmó, es decir que se encuentran con tratamiento farmacológico para el control de sus enfermedades.

En relación con la práctica de un deporte que bien es conocido que funge como factor protector ante diferentes problemas de salud y en especial en aspectos mentales, únicamente lo realiza el 34.6% y son estos los que pueden canalizar la tensión en momentos de pandemia.

Por otro lado, el 22.9% consume bebidas alcohólicas y el 17.5% tabaco, aunque son porcentajes menores, estos tienen mayor predisposición en aumentar el uso y presentar complicaciones en su salud a consecuencia del abuso de éstas.

Al cuestionar si los servidores de salud tienen contacto directo con pacientes de COVID-19, el 67.5% dijo que si y son quienes están expuestos a contagiarse aun utilizando el equipo de protección personal, aumentando la preocupación y tensión por el riesgo potencial dando paso a la ansiedad, depresión y estrés, máxime que el 57.3% mencionó tener algún familiar con COVID-19 y el 12.8% tiene un diagnóstico de la enfermedad. Así mismo, el 17.1%, refirió trabajar en el sector privado, teniendo una sobrecarga mayor para cumplir con sus actividades y responsabilidades.

Tabla 3

Clasificación de ansiedad por escolaridad, ocupación y comorbilidades

Variable	SA	AL	AM	AS	ES	Total
----------	----	----	----	----	----	-------

	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Escolaridad												
Preparatoria	5	2.1	0	0	0	0	0	0	1	0.4	6	2.6%
Licenciatura	126	53.8	10	4.3	19	8.1	5	2.1	12	5.1	172	73.5%
Especialidad	20	8.5	0	0	4	1.7	1	0.4	0	0	25	10.7%
Maestría	28	12.0	0	0	1	0.4	1	0.4	1	0.4	31	13.2%
Ocupación												
Médico	70	29.9	1	0.4	6	2.6	1	0.4	3	1.3	81	34.6%
Enfermería	74	31.6	7	3.0	16	6.8	4	1.7	11	4.7	112	47.9%
Odontología	18	7.7	2	0.9	1	0.4	1	0.4	0	0	22	9.4%
Promotor de salud	17	7.3	0	0	1	0.4	1	0.4	0	0	19	8.1%
Comorbilidades												
*Si	33	14.1	5	2.1	6	2.6	3	1.3	8	3.4	55	23.5%
No	125	53.4	5	2.1	14	6.0	4	1.7	6	2.6	154	65.8%
Otra	21	9.0	0	0	4	1.7	0	0	0	0	25	10.7%
Total	179	76.5%	10	4.2%	24	10.3%	7	3.0%	14	6.0%	234	100.0%

Nota: Fuente: directa, **SA:** Sin ansiedad, **AL:** Ansiedad leve, **AM:** Ansiedad moderada, **AS:** Ansiedad severa, **ES:** Extremadamente severa, *Si: Ansiedad, Depresión, Depresión y ansiedad, Diabetes, Diabetes e hipertensión, Diabetes, hipertensión y ansiedad, Diabetes, hipertensión y otra, Otras comorbilidades, Hipertensión e Hipertensión y otra, n= 234.

En la Tabla 3 se representan los datos de ansiedad por escolaridad, ocupación y comorbilidades. En cuanto a la formación académica, prevaleció la licenciatura con el 73.5%, maestría (13.2%), especialidad (10.7%) y preparatoria (2.6%). Los licenciados, presentaron mayor índice de ansiedad con el 19.7%, prevaleciendo el nivel moderado (8.1%) mientras que el 5.1% fue extremadamente severo, en el resto de los participantes, en su mayoría no presenta el problema.

En cuanto a la ocupación analizando las diferentes profesiones en el 100%, el personal de enfermería es quien tiene mayor ansiedad en sus diferentes clasificaciones con el 15.8% dado que son estos los que mayor tiempo pasan con las personas que ingresan a las instituciones de salud realizando los procedimientos que permiten brindar los cuidados.

Los médicos con 4.7% seguido del 1.7% el personal de odontología mientras que el promotor de salud solo el 0.9%.

Al cuestionar si la población participante tiene comorbilidades como ansiedad, depresión, diabetes, hipertensión el 23.5% confirmó que, si tiene una, dos o más enfermedades, el 10.7% mencionó otras, mientras que el 65.8%, no. La clasificación de ansiedad en general el 4.2% es leve, mientras que el 10.3% moderada, no así que el 3.0% severa y extremadamente severa (6.0%), el 76.5% no tiene la enfermedad, aun cuando el 23.5% se encuentra en riesgo y de no atender este problema, podría provocar grandes consecuencias afectando la estabilidad de salud de los prestadores y atención de las personas.

Tabla 4

Clasificación de depresión por escolaridad, ocupación y comorbilidades

Variable	SD		DL		DM		DS		ES		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Escolaridad												
Preparatoria	5	2.1	0	0	0	0	0	0	1	0.4	6	2.6%
Licenciatura	136	58.1	17	7.3	10	4.3	4	1.7	5	2.1	172	73.5%
Especialidad	22	9.4	0	0	2	0.9	1	0.4	0	0	25	10.7%
Maestría	25	10.7	4	1.7	1	0.4	0	0	1	0.4	31	13.2%
Ocupación												
Médico	73	31.2	3	1.3	2	0.9	2	0.9	1	0.4	81	34.6%
Enfermería	80	34.2	13	5.6	10	4.3	3	1.3	6	2.6	112	47.9%
Odontología	18	7.7	4	1.7	0	0	0	0	0	0	22	9.4%
Promotor de salud	17	7.3	1	0.4	1	0.4	0	0	0	0	19	8.1%
Comorbilidades												
*Si	39	16.7	7	3.0	2	0.9	1	0.4	6	2.5	55	23.5%
No	126	53.8	14	6.0	9	3.8	4	1.7	1	0.5	154	65.8%
Otra	23	9.8	0	0	2	0.9	0	0	0	0	25	10.7%
Total	188	80.3%	21	9.0%	13	5.6%	5	2.1%	7	3.0%	234	100.0%

Nota: Fuente: directa, **SD:** Sin depresión, **DL:** Depresión leve, **DM:** Depresión moderada, **DS:** Depresión severa, **ES:** Extremadamente severa, *Si: Ansiedad, Depresión, Depresión y ansiedad, Diabetes, Diabetes e hipertensión, Diabetes, hipertensión y ansiedad, Diabetes, hipertensión y otra, Otras comorbilidades, Hipertensión e Hipertensión y otra, n= 234.

En la Tabla 4, se aprecia la variable depresión, el 9.0% se clasificó como leve, 5.6% moderada, 2.1% severa y 3.0% extremadamente severa, es decir que el 19.7% se

encuentra en riesgo y tiene problemas de percepción y sienten una amenaza constante por la situación en que viven de la pandemia.

Tabla 5

Clasificación de estrés por escolaridad, ocupación, y comorbilidades

Variable	SE		EL		EM		ES		ES		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Escolaridad												
Preparatoria	5	2.1	0	0	0	0	0	0	1	0.4	6	2.6%
Licenciatura	141	60.3	14	6.0	10	4.3	6	2.6	1	0.4	172	73.5%
Especialidad	22	9.4	1	0.4	0	0	2	0.9	0	0	25	10.7%
Maestría	25	10.7	5	2.1	0	0	0	0	1	0.4	31	13.2%
Ocupación												
Médico	66	28.2	7	3.0	5	2.1	3	1.3	0	0	81	34.6%
Enfermería	89	38.0	11	4.7	4	1.7	5	2.1	3	1.3	112	47.9%
Odontología	21	9.0	0	0	1	0.4	0	0	0	0	22	9.4%
Promotor de salud	17	7.3	2	0.9	0	0	0	0	0	0	19	8.1%
Comorbilidades												
*Si	40	17.1	5	2.1	4	1.7	3	1.3	3	1.3	55	23.5%
No	129	55.1	14	6.0	6	2.6	5	2.1	0	0	154	65.8%
Otra	24	10.3	1	0.4	0	0	0	0	0	0	25	10.7%
Total 193 82.5% 20 8.5% 10 4.3% 8 3.4% 3 1.3% 234 100.0%												

Nota: Fuente: directa, **SE:** Sin estrés, **EL:** Estrés leve, **EM:** Estrés moderado, **ES:** Estrés severo, **ES:** Extremadamente severo, *Si: Ansiedad, Depresión, Depresión y ansiedad, Diabetes, Diabetes e hipertensión, Diabetes, hipertensión y ansiedad, Diabetes, hipertensión y otra, Otras comorbilidades, Hipertensión e Hipertensión y otra, n= 234.

La variable estrés, se evalúa en la Tabla 5, el 8.5% se clasificó en leve, 4.3% moderado, 3.4% severo y 1.3% extremadamente severo. Los resultados en la dimensión ansiedad 23.5% son similares al 23% del realizado por Huang et al. (2020), sin embargo, las diferencias radican en los niveles de ansiedad registrándose un 10.03% en la moderada y en el de Huang et al. (2020) estuvo en la leve con un 16.06%, por otra parte, la ansiedad extremadamente severa solo se manifestó en el personal encuestado de la Jurisdicción Sanitaria VII con un 6%. Por el contrario, Lai et al. (2020), en su registro porcentajes de ansiedad presentes en el 44.6%.

Por otra parte, en la dimensión depresión, se encontró que solo el 19.7% del personal manifestó esta condición, encontrándose además leve estuvo en el 9%, a diferencia del estudio realizado por Lai et al. (2020), en donde el resultado fue 50.4% con una diferencia

significativa de más del 30%. Ozamiz-Etxebarria et al. (2020), describió los resultados de depresión con relación al sexo, en donde comenta que los hombres que presentaron ansiedad fueron del 17.3% y en mujeres 30.9% comportamiento similar a lo encontrado en los trabajadores de la Jurisdicción Sanitaria VII donde el 7.6% de los hombres presentó ansiedad a diferencia del 11.9% en mujeres.

En la dimensión de estrés en este estudio se observó que se presentó con mayor frecuencia en mujeres con un 11.9% y en hombres con un 5.6%, además al analizar hábitos que estuvieron frecuentes en el personal de salud que manifestó estrés, el 6% se encontraba con tratamiento de algún medicamento, solo el 4.3% practicaba algún deporte, el 5.6% consumía alcohol y el 2.5% y el porcentaje más alto relacionado con estrés se encontró en las personas que habían tenido contacto con pacientes con diagnóstico COVID-19, registrado en un 13.3%, lo anterior se puede inferir que se relacione a lo que menciona Lu et al. (2020), en las conclusiones de su estudio refiriendo que el personal médico desplegó un mayor miedo, ansiedad y depresión que el personal administrativo, además que es el personal de primera línea que trabaja en el departamento de enfermedades respiratorias o de urgencias.

Wang et al. (2020), en su estudio realizado en los inicios de la pandemia encontró que el género femenino, se asoció con un mayor impacto psicológico del brote y mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión, este comportamiento también se reflejó en los resultados del personal de salud encuestado en la Jurisdicción Sanitaria VII ya que en ansiedad, depresión y estrés fueron más altos los resultados en mujeres.

En resumen, son evidentes que no existen grandes diferencias entre los niveles de ansiedad, depresión y estrés que sufre el personal de salud en distintas zonas sociodemográficas que se encontraron en los trabajos, independientemente de las similitudes en el rango de edad, profesión y género que presentan los sujetos de estudio, puesto que el análisis demuestra la existencia de estrés manifestada incluso en otros trastornos como el sueño, a consecuencia de la pandemia por COVID-19.

Entre las limitaciones se observa que a pesar de haber considerado como una estrategia efectiva la encuesta auto administrada para respetar las recomendaciones de la Secretaría de Salud de guardar la sana distancia este período de pandemia, la dificultad radicó que los prestadores de servicios de salud aun cuando cuentan con un teléfono inteligente, no tiene usuario de Google situación que dificultó el proceso de recolección de datos.

4. CONCLUSIÓN O CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados comprobaron que los profesionales de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII de Orizaba en el periodo de pandemia por COVID-19 demostraron que muy pocos presentaron ansiedad extremadamente severa y moderada. En cuanto a depresión se confirmó que padecen en niveles leve y moderado. Respecto a el estrés se concluyó que los niveles presentados más frecuentes fueron leve y moderado.

Aunque el 80.3% expresó no tener depresión, no se pueden aislar los casos del problema dado que viven en riesgo constante y están en un medio donde pueden enfermar o complicar los síntomas de salud mental en ellos y sus familias.

En cuanto al estrés, aunque la mayor población (82.5%) expresó no percibir el problema, existe mayor riesgo en el 9.0% de la población donde sus niveles están por encima del nivel moderado y son quienes requieren atención para disminuir el problema.

Finalmente, a través de los resultados fue posible identificar que los prestadores de servicio de salud muestran un grado mayor de ansiedad, depresión o estrés por la presencia de alguna comorbilidad fueron aquellos que padecen de hipertensión y diabetes mellitus.

Por lo anterior, se recomienda: informar y orientar acerca de las características de la ansiedad, depresión, estrés, burnout y fatiga por compasión. Fomentar técnicas de autocuidado de salud mental que incluyan alimentación balanceada, hidratación adecuada y descanso.

Proporcionar atención psicosocial que promuevan la salud mental del personal, evaluación periódica de salud mental y adicciones, conformar grupos de autoayuda en sana distancia, técnicas de manejo del estrés, proporcionar la primera ayuda psicológica (Organización Mundial de la Salud, 2012), establecer mecanismos de referencia de manera inmediata con personal calificado, tener atención psicológica y apoyo emocional a través de líneas telefónicas previamente difundida.

Crear espacios de discusión sobre medidas de prevención ante las emergencias, equipos de respuesta rápida y de afrontamiento.

5. LISTA DE REFERENCIAS

Araya Salas, C. (2020). Consideraciones para la atención de urgencia odontológica y medidas preventivas para COVID-19. *Int. J. Odontostomat*, 14(3), 268–270.
<https://doi.org/10.4067/S0718-381X2020000300268>

- Bohlken, J., Schömig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M., & Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers - A Short Current Review. *Psychiatr Prax*, 47(4), 190–197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
- Boo, Y. L., Liam, C. C., Lim, S. Y., Look, M. L., Tan, M. H., & Ching, S. M. (2018). Stress and burnout syndrome in health-care providers treating dengue infection: A cross-sectional study. *Med J Malaysia*, 73(6), 371–375. <http://www.e-mjm.org/2018/v73n6/stress-and-burnout-syndrome.pdf>
- Chew, N. W., Lee, G. K., Tan, B. Y., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J., & Yeo, L. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*, 1591(20), 30523–30527. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- Dean, A. G., Sullivan, S. M., & Soe, M. M. (2013). OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health. OpenEpi. https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
- Fernández Hernández, C. E., Salazar Mendoza, J., Conzatti Hernández, M. E., Castellanos Contreras, E., Onofre Santiago, M. L., & Luna Hernández, O. D. (2021). Cuarentena por COVID-19, factor asociado al consumo de drogas legales en estudiantes de enfermería. *European Scientific Journal*, 17(10), 1. <https://doi.org/10.19044/esj.2021.v17n10p1>
- Gaitán Cepeda, L. A., Leyva-Huerta, E. R., Cruz-González, R., Carmona Ruíz, D., Rodríguez, M. E., & Gómez Arenas, A. (2020). COVID-19 y el cirujano dentista. Una revisión integral. *Revista Odontológica Mexicana*, 23(4), 207–215. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2019.23.4.75990>
- Gobierno de México. (2019). Comisión Nacional de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. <https://www.gob.mx/salud%7Cconbioetica/es/articulos/normatividad-internacional?idiom=es>
- Gobierno de México. (2021). coronavirus.gob.mx. Coronavirus.Gob.Mx. <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Google. (2021). Google News. Coronavirus (COVID-19). <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&gl=MX&ceid=MX%3Aes-419>

- Guía de Práctica Clínica. (2010). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. Secretaría de Salud (MX). <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-392-10/ER.pdf>
- Hernández Prado, B., & Velasco Mondragón, H. E. (2015). Encuestas transversales. In M. Hernández, E. Lazcano, & C. Oropeza (Eds.), *Epidemiología diseño y análisis de estudios* (Segunda, pp. 209–228). Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Selección de la muestra. In *Metodología de la Investigación* (sexta, pp. 170–194). McGrawHill.
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(3), 192–195. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
- Hulsbergen, A. F., Eijkholt, M. M., Balak, N., Brennum, J., Bolger, C., & Bohrer, A. M. (2020). Ethical triage during the COVID-19 pandemic: a toolkit for neurosurgical resource allocation. *Acta Neurochir (Wien)*, 162(7), 1485–1490. <https://doi.org/10.1007/s00701-020-04375-w>
- Jakovljevic, M., Bjedov, S., Jaksic, N., & Jakovljevic, I. (2020). COVID-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. *Psychiatr Danub*, 32(1), 6–14. <https://doi.org/doi:10.24869/psyd.2020.6>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., & Wu, J. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Res*, 288, 112936. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112936>
- Luceño-Moreno, L., Talavera-Velasco, B., García-Albuerne, Y., & Martín-García, J. (2020). Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 1–29. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155514>

- Meng, L., Hua, F., & Bian, Z. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Emerging and Future Challenges for Dental and Oral Medicine. *J Dent Res*, 99(5), 481–487. <https://doi.org/10.1177/0022034520914246>
- Morales Navarro, D. (2020). Riesgos y retos para los profesionales de las disciplinas estomatológicas ante la COVID-19. *Rev Haban Cienc Méd*, 19(2), e3256. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200006&lng=es&tlng=es.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. 2. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf;jsessionid=6C6DE9801E4BEEA0E171B5F98FD61109?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2020a). OMS/Salud mental. Organización Mundial de La Salud. https://www.who.int/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2020b). Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. https://www.who.int/mental_health/management/depression/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2020c). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19). OMS. <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Organización Mundial de la Salud. OMS. https://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/
- Osorio, J. E., & Cárdenas Niño, L. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas*, 13(1), 81–90. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.06>.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública*, 36(4), 2–10. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicol*, 6(1), 2325–2336. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30053-9](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30053-9)

- Rothan, H. A., & Byrareddy, S. N. (2020). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun*, 109, 102433. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>
- Sánchez Padilla, M. L., Martínez Alcántara, S., & Zamora Macorra, M. (2019). Trabajo emocional y sus efectos en la salud del personal de enfermería del hospital general de México 2017. *Rev Elec Psic Izt*, 22(2), 888–919. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi191h.pdf>
- Sasaki, N., Imamura, K., Thuy, T. T., Watanabe, K., Huong, N. T., & Kuribayashi, K. (2020). Validation of the Job Content Questionnaire among hospital nurses in Vietnam. *J Occup Health*, 61(1), e12086. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12086>
- NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, Diario Oficial de la Federación (2012). https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- Secretaría de Salud. (2020a). Dirección General de Información en Salud. Dirección General de Información En Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
- Secretaría de Salud. (2020b). Lineamientos de respuesta y de acción en salud mental y adicciones para el apoyo psicosocial durante la pandemia por COVID-19 en México. Secretaría de Salud. <https://coronavirus.gob.mx/personal-de-salud/salud-mental/>
- Secretaría de Salud. (2020c). Recomendaciones para la práctica odontológica (p. Gobierno de México). https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2020/04/Recomendaciones_Odontologicas_16042020.pdf
- Tian, Y., Rong, L., Nian, W., & He, Y. (2021). Review article: gastrointestinal features in COVID-19 and the possibility of faecal transmission. *Aliment Pharmacol Ther*, 51(9), 843–851. <https://doi.org/10.1111/apt.15731>
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2021). ciencia.unam.mx. Universidad Nacional Autónoma de México. http://ciencia.unam.mx/leer/249/Estres_que_pasa_en_el_cerebro#:~:text=La Organización Mundial de la,la supervivencia de los individuos.

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors During the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic Among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wu, K., & Wei, X. (2020). Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight Against COVID-19 in China. *Med Sci Monit Basic Res*, 26, e924085. <https://doi.org/10.12659/MSMBR.924085>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit*, 26, e923549. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>