

BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS

TÍTULO:

**“IMPACTO PSICOEMOCIONAL POR COVID-19
EN PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 13, DELEGACIÓN
CHIAPAS”**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

MEDICINA FAMILIAR



IMSS

PRESENTA:

DR. ELÍN HERNÁNDEZ MARROQUÍN

DIRECTOR:

DR. LUIS ENRIQUE TORRES RAMOS

H. PUEBLA DE ZARAGOZA. FEBRERO 2022



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN
MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS**



**“IMPACTO PSICOEMOCIONAL POR COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13, DELEGACIÓN CHIAPAS”**

TESIS DE POSGRADO

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA
DR. ELÍN HERNÁNDEZ MARROQUÍN**

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2022



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN
MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS



**“IMPACTO PSICOEMOCIONAL POR COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13, DELEGACIÓN CHIAPAS”**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Tesista:

DR. ELÍN HERNÁNDEZ MARROQUÍN

Médico Residente de Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 13

Matrícula: 99079523

Teléfono: 9651135406

Correo Electrónico: frave22@hotmail.com

Asesor Metodológico y de Contenido:

DR. LUIS ENRIQUE TORRES RAMOS

Especialista en Medicina Familiar

Unidad de Medicina Familiar No. 17

Matrícula: 99222787

Teléfono: 9612693572

Correo Electrónico: drgtzjasso@gmail.com



TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2022



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN
 MÉDICA



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 13
 TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS

“IMPACTO PSICOEMOCIONAL POR COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE LA
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13, DELEGACIÓN CHIAPAS”

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
 MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. ELÍN HERNÁNDEZ MARROQUÍN

ASESOR METODOLÓGICO Y DE CONTENIDO

DR. LUIS ENRIQUE TORRES RAMOS

Dr. Luis Enrique Torres Ramos
 ESP. MEDICINA FAMILIAR
 MAT. 99222787
 CED. PROF. 1032202
 CÉD. ESP. 8475704

AUTORIZACIONES

DRA. YUNIS LOURDES RAMÍREZ ALCÁNTARA
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
 EDUCACIÓN EN SALUD, DELEGACIÓN
 ESTATAL, CHIAPAS



DR. HÉCTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
 COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
 INVESTIGACIÓN EN SALUD
 DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS



TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS; FEBRERO 2022

DELEGACIÓN ESTATAL EN CHIAPAS

COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE
 INVESTIGACIÓN EN SALUD

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 703.
U MED FAMILIAR NUM 13

Registro COFEPRIS 18 CI 07 101 059
Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 07 CEI 001 2018102

FECHA Miércoles, 09 de diciembre de 2020

M.E. LUIS ENRIQUE TORRES RAMOS

P R E S E N T E

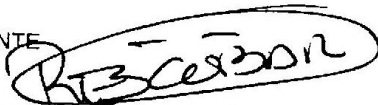
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **IMPACTO PSICOEMOCIONAL POR COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13, DELEGACIÓN CHIAPAS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2020-703-059

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

ATENTAMENTE



Mtro. francisco ricardo escobar diaz
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 703

[Imprimir](#)

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y al Instituto Mexicano de Seguro Social, por brindarme a través de sus instalaciones la oportunidad de obtener conocimientos teóricos y prácticos, así como humanos.

A los docentes, sus palabras fueron sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis profesores queridos, les debo mis conocimientos.

A mi asesor, Dr. Luis Enrique Torres Ramos, sin usted y sus virtudes, su paciencia y constancia este trabajo no lo hubiese logrado tan fácil.

Gracias a mis padres, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida.

Gracias a mis amigos, que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este trabajo y esta profesión.

Pero, sobre todo, gracias a mi esposa y a mi hijo, por su paciencia, comprensión y solidaridad con este proyecto, por el tiempo que me han concedido, un tiempo robado a la historia familiar. Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo.

A todos, muchas gracias.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1. MARCO TEÓRICO.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4. OBJETIVOS.....	16
5. HIPÓTESIS.....	17
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	18
DISEÑO DE ESTUDIO.....	18
LUGAR DE ESTUDIO.....	18
UNIVERSO DE ESTUDIO.....	18
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	18
PERIODO DE ESTUDIO.....	18
PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	18
MUESTRA.....	19
TIPO DE MUESTREO.....	19
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	19
INSTRUMENTOS Y MEDICIONES.....	19
PROCEDIMIENTO.....	21
PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	21
7. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
9. RESULTADOS.....	35
10. DISCUSIÓN.....	42
11. CONCLUSIONES.....	44
12. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	46
13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47
14. BIBLIOGRAFÍA.....	48
15. ANEXOS.....	56

RESUMEN

Título: “Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas”.

Investigador principal e investigadores asociados: Dr. Elín Hernández Marroquín, médico residente de tercer año de Medicina Familiar; Dr. Luis Enrique Torres Ramos, médico especialista en Medicina Familiar.

Número de centros participantes a nivel nacional e internacional: Ninguno.

Número de centros participantes del IMSS: (1) Unidad de Medicina Familiar No.13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Número de participantes de cada centro del IMSS: No aplica.

Tiempo de desarrollo: Del 01 de abril del 2020 al 31 de enero del 2021.

Antecedentes: La enfermedad conocida como COVID-19 es causada por el virus SARS-CoV-2, los antecedentes de los primeros pacientes diagnosticados sugieren un origen zoonótico. Posterior a declararse en marzo del 2020 el brote por el virus de COVID-19 pandemia mundial, se decretó el estado de alarma en México en febrero del 2020 al presentarse el primer caso. En esta situación crítica, los profesionales de la salud se sitúan en primera línea, por lo que está expuesto directamente determinados riesgos y estresores. Esto contribuye a que desarrollen sintomatología psicológica diversa. Los estudios relacionados al impacto psicoemocional por COVID-19 en este grupo son fundamentales.

Objetivo: Conocer el impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas, durante diciembre 2020 y enero 2021.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y prospectivo, con previo consentimiento informado se utilizó la escala Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21) es una encuesta que se autoaplicó a los profesionales de salud de la Unidad Médica Familiar No. 13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas relacionados con datos sociodemográficos como sexo, edad, puesto laboral, prueba diagnóstica, antecedentes familiares y personales de COVID-19, para el análisis estadístico se usó medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se entrevistaron a 130 trabajadores. 59.2% fueron mujeres. La edad promedio fue de 37.12 ± 8.17 años. El personal de enfermería representó 27.7%, médicos adscritos 40%, y residentes 32.3%. 56.9% se realizó prueba de detección de COVID-19. 50% indicó haber presentado síntomas. 36.9% señalaron no contar con familiares que enfermaron por COVID-19. En depresión, 79.2% registró valores normales, 9.2% leve y 6.2% moderada. En ansiedad, 58.5% fue normal, 26.2% moderada, 5.4% severa, y 6.2% muy severa. En estrés, 76.9% fue normal, 16.2% leve, y 4.6% muy severo.

Conclusión: El impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud es alto, por lo que, se recomienda establecer acciones de prevención y atención a la salud mental.

Palabras claves: Personal de salud, ansiedad, depresión, estrés, SARS-CoV-2.

1. MARCO TEÓRICO

El primer caso de COVID-19 (siglas en inglés, Coronavirus Disease 2019), se presenta y se publica el 31 de diciembre de 2019, con un número bajo de pacientes inicialmente ingresados por neumonía atípica, todos conectados a un mercado de la zona de Wuhan, China. El 9 de enero del 2020, se hace de conocimiento público que la enfermedad deviene de un nuevo brote de coronavirus. El 11 de febrero se le da globalmente el nombre de COVID-19 a la enfermedad causada por el nuevo virus presente, en dicha fecha, en más de 4 países, los primeros casos no importados se registran a finales de febrero. La declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ llega el 11 de marzo del 2020. Han transcurrido nueve meses desde el primer registro de la existencia de esta enfermedad y varias son las disciplinas que se han encargado de generar conocimientos respecto a este problema de salud mundial.

La pandemia causada por el virus SARS-CoV-2 (siglas en inglés, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) impacto no solo su cuadro clínico, el cual varía de un curso asintomático, a manifestaciones del tracto respiratorio, fiebre, dificultad respiratoria, diarrea y náuseas; estados críticos de neumonía y defunción.^{2,3}

Una de las consecuencias más significativas de la pandemia ha sido las afectaciones a la salud mental del personal de salud, siendo especialmente acentuada en aquellos que atiende a pacientes con COVID-19, debido al riesgo de desarrollar trastornos psicológicos o enfermedades mentales. La evidencia científica actual referente a la salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia son escasos.⁴

El personal de salud de primera línea de atención a pacientes con COVID-19 son propensos a desarrollar angustia, ansiedad, depresión y estrés. El incremento de casos, jornadas de trabajo extenuantes, desabasto de equipo de protección, cobertura excesiva de los medios de comunicación, falta de medicamentos, y la sensación de

recibir apoyo inadecuado contribuyen a incrementar la carga mental de estos trabajadores.

1.1 DEPRESIÓN

La depresión es un conjunto de problemas de salud mental, con la característica una ausencia de afectividad positiva, en la cual el individuo presenta un estado de ánimo disminuido y un conjunto de síntomas emocionales, como sentimiento de culpa, inutilidad, desilusión, baja autoestima, y pérdida de autoconfianza.⁵

1.1.1 Definición

Trastorno mental con sentimiento de tristeza acentuado y culpabilidad, pérdida del interés y/o del placer, baja o ausencia de autoestima, alteración del sueño y/o apetito, fatiga y falta de concentración.⁶ El manual CIE10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión) de la OMS, señala que los estados depresivos se ajustan habitualmente por una falta de interés y del disfrute frente aquellas cosas que anteriormente eran agradables, y por la disminución de energía requerida para efectuar actividades diarias.⁷

1.1.2 Epidemiología

La OMS reporta que la depresión afecta a cerca de 300 millones de personas manera global. A pesar de la existencia de tratamientos eficaces más de la mitad de éstos no recibe estos tratamientos. Además indica que una de cada cinco personas tiene el riesgo de desarrollar un cuadro depresivo en el transcurso de su vida, aumentando este número con la presencia de otros factores como comorbilidad o estrés. La prevalencia de esta patología para la población general se ubica entre 10-25% en mujeres, y de 5-12% en hombres.⁸

En México se realizó un estudio en trabajadores sanitarios empleando la escala de Beck, en los hallazgos se evidenciaron trastornos de depresión y ansiedad, y por ende riesgo de suicidio en residentes médicos de primer año. El tamaño muestra fue de 108

médicos residentes, en el cual 3.7% informó un nivel bajo de depresión, 38% síntomas de ansiedad, 1.9% de riesgo de suicidio. Se realizó una segunda medición, encontrando cifras mayores, en la cual 22.2% registró depresión, 56.5% y 7.4% riesgo de suicidio. La prevalencia de trastorno depresivo fue de 4.6%.⁹ Resultado discretamente inferior al publicado por la OMS.

1.1.3 Clasificación

La categorización diagnóstica para los trastornos relacionados al estado de ánimo actualmente vigentes son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (Trastorno depresivos y trastornos bipolares I y II)¹⁰ y el CIE-10 (Trastornos depresivos y trastornos bipolares I).¹¹ La OMS clasifica la depresión en leve, moderada y severa.

1.1.4 Manifestaciones clínica

La principal característica de la depresión es un estado de ánimo deprimido, desinterés en las actividades que anteriormente eran placenteras, y falta de capacidad en disfrutar, así como una disminución en las actividades por falta de energías durante un periodo mayor o igual a dos semanas. Asimismo, se presenta alteraciones del sueño y apetito, culpabilidad, baja autoestima, y problemas de concentración.

En los estados depresivos leves, las personas tendrán algún problema para seguir con sus actividades laborales y sociales acostumbradas, sin que ello signifique que las suspenderán completamente. Por otra parte, durante un episodio grave, el paciente con grandes limitaciones podrá mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas.¹²

1.2. ANSIEDAD

Los padecimientos que afectan a la salud mental representan un serio problema de salud pública, principalmente por el aumento en sus prevalencias. En este sentido, la ansiedad se presenta con alta frecuencia en cualquier etapa de la vida.^{13,14}

1.2.1 Definición

La ansiedad se presenta cuando existen pensamiento de anticipación a una amenaza futura, provocando estímulos dañinos, inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia.^{15,16,17} Diferentes posturas la han considerado como un mecanismo de respuesta fisiológica y del comportamiento con la finalidad de evitar un supuesto daño. El enfoque evolutivo la considera una conducta adaptativa, que promueve la supervivencia e induciendo el alejamiento de situaciones percibidas como peligrosas.

Sin embargo, la ansiedad puede llegar a ser un trastorno mental cuando se manifiesta de manera cotidiana e involuntaria ante cualquier situación, sea ésta real o virtual. Asimismo, los trastornos referentes a la ansiedad muestran una respuesta persistente e incontrolable, reduciendo la calidad de vida.¹⁸

1.2.2. Epidemiología

En las últimas tres décadas se ha convertido en las diez primeras condiciones agravada de todas las enfermedades a nivel mundial.¹⁹ Diferentes estudios han mostrado que los trastornos de ansiedad (TA) son más frecuentes que la depresión en adultos.²⁰ La OMS en el año 2015, estimó la prevalencia global en 3.6%, existiendo una variación entre países entre 2.4-25%.²¹

Las mujeres presentan más casos de trastornos de ansiedad,^{14,22} significando dos veces más probabilidad de sufrirlo en comparación con los hombres.^{23,24} Determinar la edad de inicio representa un reto diagnóstico, al confundirse con otros padecimientos. Enfatizando que, la falta de tratamiento adecuado, ésta permanece, y al ser diagnosticada posteriormente la persona puede encontrarse en estados más severos.²⁵

1.2.3. Clasificación

Con base en los factores propuestos dentro del DSM-V, los trastornos de ansiedad habitualmente se asocian a manifestaciones de angustia y temor,²⁶ opresión en el pecho y deterioro del funcionamiento, incrementando los niveles de preocupación y tensión por alguna situación temida.²⁷ Teniendo en cuenta el tipo de trastorno, se presentan síntomas particulares. Los síntomas de los distintos TA se describen a continuación:

1. **Trastorno de pánico:** Episodios de pánico y malestar intenso, inesperados, con pico de la manifestación en pocos minutos, acompañado de temblores, sudoración, palpitaciones, disnea, sensación de asfixia.^{22,28}
2. **Trastorno de ansiedad generalizada:** Altamente frecuente en personas adultas. La identificación inicial se fundamenta en los casos de preocupación excesiva asociada con actividades cotidianas durante gran parte de la semana en un periodo de seis meses o más.^{28,29} Se relaciona con inquietudes constantes, fatiga, desconcentración, tensión muscular, trastorno del sueño.^{30,31} En promedio el inicio de este trastorno es alrededor de los 30 años.
3. **Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC):** Caracterizado por obsesión y/o compulsión grave y recurrente, deterioro de la actividad general y malestar clínico significativo. Presentándose involuntariamente.³²
4. **Fobia específica:** Temor excesivo a objetos o situaciones no justificadas, y exagera ante un peligro real. El diagnóstico se basa a partir de una duración mínima de seis meses. Las principales fobias son hacia animales, a los ambientes naturales, agujas o punciones, sangre y ciertas situaciones como ascensores y aviones.³²

5. **Trastorno por estrés postraumático:** Presenta sintomatología de ansiedad posterior a la exposición a un evento traumático severo. Los síntomas habituales son revivir el hecho traumático, comportamientos de evitación, y embotamiento emocional.³²

6. **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos:** Manifestaciones moderadas a graves de ansiedad o pánico durante o después del uso o al retiro de sustancias, o durante la exposición a medicamentos.³²

7. **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica:** Efecto asociado a condiciones médica o de salud.²⁷

1.2.4 Etiopatogenia

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad representan un modelo de alta complejidad, en el cual se interrelacionan factores psicodinámicos, biológicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje.³³ La patología es multifactorial, asociándose a la presencia de factores de riesgo y protectores quienes median la expresión de este trastorno.³⁴ En el aspecto neurobiológico la ansiedad tiene origen en zonas del tallo cerebral, responsables del desarrollo y transmisión de la angustia, así como del hipocampo y la amígdala del sistema límbico. De igual modo, se ha comprobado que algunas hormonas tienen un papel crucial en el estrés (cortisol) y la ansiedad.³⁵

1.2.5. Manifestaciones clínicas

El cuadro clínico de los trastornos de ansiedad se asemeja a las de la ansiedad no patológica, siendo la duración y gravedad quien los diferencia. Los síntomas predominantes son variables, pero las más frecuentes incluyen nerviosismo constante, sudoración, temblores, tensión muscular, aturdimiento, palpitaciones, mareos y malestar epigástrico.³²

1.3. ESTRÉS

El estrés genera consecuencias severas y visiblemente notorias en el personal de salud, debido a la exposición pública de su trabajo y vocación de servicio. Por tanto, la relación con el paciente se dificulta, requiriendo para ello de competencias, habilidades y actitudes por parte de los profesionales de la salud.

Cuantiosos profesionales se encuentran sometidos a niveles elevados de estrés, sobre todo en el ámbito de salud, y de manera específica los médicos y enfermera, al ser los mayormente expuestos de manera estricta como continua.³⁶

1.3.1. Definición

La OMS considera al estrés como un el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción.³⁷ Por ende, es un mecanismo complejo de alerta biológica fundamental para la supervivencia, el cual depende directamente del estado físico y psíquico.³⁸

El estrés es un problema de salud, siendo uno de los síndromes más frecuentes en el ambiente laboral, que constantemente amenaza con vulnerar la salud de uno de cada cinco trabajadores.³⁹

1.3.2. Clasificación

- Agudo / Crónico. El estrés agudo conlleva un gran impacto físico y emocional a corto plazo. En el estrés crónico, el impacto físico y emocional es menos intenso, pero se mantiene en el tiempo, porque los pequeños factores estresores diarios se suman y se encuentra agotando la capacidad de adaptación del cuerpo.³⁸

- Positivo / Negativo. El estrés también puede clasificarse de acuerdo con su efecto general para la persona en positivo y negativo. A menudo son de un tipo u otro según cómo se gestione y cómo se controle.³⁸

1.3.3. Sintomatología

El estrés suele afectar a la persona a distintos niveles:⁴⁰

- Cognitivo: dificultad para decidir, preocupación, inseguridad, temor, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo y sobre la actuación ante los otros, temor a la pérdida del control y a que se den cuenta de las dificultades, dificultad para concentrarse, pensar o estudiar, etc.
- Fisiológico: escalofríos, tensión muscular, sudoración, taquicardia, palpitaciones, malestar gástrico, cefalea, disnea, sequedad de boca, disfagia, vértigo, náuseas, etc.
- Motor u observable: intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.), evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, ir de un lugar a otro sin una finalidad, paralizarse, tartamudeo.

Las manifestaciones de estrés encontrados en personal de salud habitualmente se encuentran entre moderados a altos. En el cual la presencia de factores en el individuo tanto objetivos como subjetivos influyen en la intensidad. Para la evaluación de esta patología, existen varios métodos, los cuales tienen un alto nivel de confiabilidad.⁴¹

Cortaza y Torres, realizaron un estudio para establecer el grado de estrés e identificar los principales factores generadores de éste en personal de enfermería de una institución de segundo nivel de atención médica al Sur del estado de Veracruz, México. Los resultados mostraron que 65.9% de los enfermeros presentó en ocasiones estrés y 34.1% de manera frecuente. Con relación al aspecto físico, la jornada laboral extenuante fue el factor que más provocó la aparición de estrés (48.8%), seguido de muerte y sufrimiento (29.3%), e incertidumbre en el tratamiento (29.3%). De igual

modo, los hombres fueron los que manifestaron mayor estrés (83.3%) en comparación con las mujeres (25.7%). Concluyendo que el personal masculino de enfermería se encuentra en mayor estrés, debido a la sobrecarga de trabajo y sensibilidad al sufrimiento de los derechohabientes.⁴²

La pandemia por COVID-19, ha provocado que el personal de la salud se enfrente a condiciones laborales exigentes física y psíquicamente, aunado a las medidas de seguridad estrictas, limitación de equipos de protección y disminución en el contacto social, lo que ha significado cambios en su cotidianidad.^{43,44}

Lo anterior, muestra el riesgo físico y psíquico constante al que se enfrenta este tipo de personal, resultando posiblemente en la aparición o intensificación de los síntomas de ansiedad, depresión o trastornos por estrés postraumático⁴⁵ o traumatización derivados de la compasión hacia los pacientes que atienden.⁴⁶

En diversos estudios relacionados a epidemias anteriores, han comprobado los efectos psicológicos adversos en el personal sanitario. Ejemplo de ello, se encuentran los casos registrados en el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS),⁴⁷ Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS)⁴⁸ y actualmente el COVID-19⁴⁹. En todos ellos, los trabajadores desarrollaron temor al contagio y al de sus familiares, amistades y colegas,⁴⁷ además de mantener constantemente el sentimiento de incertidumbre y estigmatización⁵⁰ reflejándose en consecuencias psicológicas a largo plazo.⁴⁶ Asimismo, otras epidemias o pandemias han demostrado que la ansiedad y el estrés no solo influyen en la salud, sino también en el sistema de salud, al interrumpir los servicios por ausencia de personal.⁵¹

Un estudio realizado en personal sanitario de China corroboró la presencia de ansiedad severa en 2.17%, moderada de 4.78% y leve de 16,09%.⁵² En otra investigación, la ansiedad (28.8%), depresión (16.5%) y estrés (8.1%) en personal de salud de China mostró niveles altos.⁵³ Un estudio realizado en Singapur e India mostró una incidencia de depresión de 5.3%, ansiedad de 8.7% y estrés de 2.2%.⁵⁴

Con base en lo planteado anteriormente, es evidente la relación entre estas variables, al corroborarse con evidencia que el personal de salud, y principalmente en jóvenes, el estrés es desencadenante en las manifestaciones de depresión y ansiedad.⁵⁵ El desarrollo de la pandemia de COVID-19, aunado a la sobrecarga de trabajo y el temor al contagio provoca e intensifica los niveles de estrés.⁵⁶ En un ensayo para conocer los efectos psicológicos de la pandemia en China se encontró que la ansiedad, es más frecuente en el personal femenino, y que el personal menor a 35 años tienen mayor riesgo de padecer ansiedad y depresión.⁵⁷

La pandemia por COVID-19 en México se encuentra lejos de terminar, intensificando la preocupación y en particular por el ajuste psicológico y de recuperación en el personal sanitario de primera línea,⁵⁸ siendo escasas las investigaciones al respecto.

Planteado lo anterior, el objetivo de este trabajo será evaluar el grado de ansiedad, depresión y estrés en el personal de salud que atiende a pacientes sospechosos o con infección por el virus COVID-19. Estudiando otras variables descriptivas que podrían estar asociadas a estos niveles de sintomatología psicológica.

2. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad por COVID-19, se presentó por primera vez en diciembre del 2019, se extendió hasta tomar el carácter de pandemia en un lapso muy corto de tiempo. Se requiere del esfuerzo de las múltiples disciplinas científicas para incrementar el conocimiento sobre la enfermedad, su agente etiológico, tratamiento, vacuna; y también dentro de otras áreas científicas como la social, antropológica, económica, que nos permitan hacer frente a esta problemática.

Es un problema de salud global que impactó gravemente a la sociedad y en específico ha cobrado muchas vidas de los servidores de la salud, quienes están enfrentando al virus de modo directo. El impacto de la pandemia por COVID-19 y sus implicaciones suponen un gran desafío para el personal de salud, que muchas veces enfrenta una sobrecarga laboral, en condiciones psíquicamente exigentes y con la sensación de contar con pocos medios y apoyos. El convivir con una persona con enfermedad crónica aumentaba también los niveles de ansiedad en los profesionales de salud, por el miedo al contagio. Además, el solo hecho de trabajar con pacientes infectados por COVID-19 incrementó los niveles de ansiedad y estrés.

Todo proyecto de investigación, desde las ciencias básicas, como las aplicadas, así como la innovación, son esenciales para afrontar esta crisis global. Realizar la presente investigación, aportará elementos que fortalezcan al equipo de trabajo local; pero también, conocimientos que se unan a los esfuerzos globales por conocer más del comportamiento del COVID-19.

Actualmente, no se han desarrollado suficientes estudios en México y Chiapas que exploren el impacto psicoemocional de la pandemia en el personal sanitario. Esta sería la principal fortaleza del estudio. Las implicaciones prácticas del mismo son también relevantes. Es necesario reducir el impacto psicológico del personal sanitario (especialmente mujeres y personas de menor edad), siguiendo las medidas que se están utilizando en la actualidad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pandemia por COVID-19, ha provocado que sectores de todo tipo disminuyan su actividad habitual, trabajando en condiciones restringidas; e incluso cesar de manera temporal o definitiva sus actividades, especialmente en establecimientos no esenciales y toda actividad o evento que implique aglomeraciones.⁵⁹

Las acciones de los países son diversas, desde la aplicación de cuarentenas de índole nacional, o parcial (ciudades y/o regiones). Siendo la primera en China, cuando el gobierno ordenó el encierro de la provincia de Hubei el 23 de enero de 2020 que incluía a Wuhan, ciudad en donde apareció el SARS-CoV-2 que origina la enfermedad.⁶⁰

El COVID-19 constituye un problema de salud pública grave y una emergencia sanitaria mundial. Hasta el mes de agosto de 2020 se han aplicado rigurosos esfuerzos a escala mundial para la contención del virus por medio de la cuarentena obligatoria. Hasta hoy, ocho meses después de la aparición del virus, se tiene en el mundo 25,127,297 casos confirmados por laboratorio de COVID-19 y 844,69 personas fallecidas, lo que indica el rápido crecimiento que ha tenido el número de contagios a escala mundial.⁶¹ En México, hasta el día 30 de agosto de 2020 se han confirmado 595,841 casos y 64,158 muertes.⁶² Para el Estado de Chiapas, hasta el día 30 de agosto de 2020 se han reportado 6,274 casos confirmados y 546 defunciones.⁶³

En el 33% de los casos no se presentan comorbilidades, 26% con una sola comorbilidad y 41% con dos o más comorbilidades. Dentro de las comorbilidades más frecuentes están, hipertensión arterial; diabetes mellitus más hipertensión arterial; diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad; diabetes mellitus, obesidad y tabaquismo; condiciones de salud que afectan el sistema inmunológico, ocasionado mecanismos de defensa del organismo se alteren y, por ende, se presente una mayor propensión a cualquier enfermedad, en este caso el COVID-19.¹ Esto coincide con lo encontrado en los estudios de Carbaño.⁶⁴

México se ha visto bastante afectado siendo el tercer país con más defunciones por millón de habitantes en el mundo. Todo ello implica la necesidad de realizar investigación tanto dentro del ámbito clínico-epidemiológico, como también investigaciones interdisciplinarias que ofrezcan información de la conducta humana respecto al COVID-19, sus riesgos, mecanismos de prevención y prácticas cotidianas. Por lo anteriormente descrito, se pretende indagar sobre el estrés, ansiedad y depresión en los profesionales de la salud que atienden pacientes con COVID-19, médicos y enfermeras, siendo uno de los grupos mayormente vulnerables ante este problema de salud mundial.

Para el caso de la UMF No 13, Delegación Chiapas, desde el registro del primer caso (30 abril 2020) en personal de salud hasta el 30 de agosto del 2020, se ha presentado 23.71% casos de COVID-19 en profesionales de la salud adscritos a esta unidad médica, observándose mayor prevalencia en el turno matutino. Por lo anterior, es importante conocer a través de la presente investigación cual es el impacto sobre la salud de los profesionales de salud que laboran en la unidad médica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No 13, Delegación Chiapas?

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas.

Objetivos específicos

1. Determinar la frecuencia de depresión en los profesionales de salud respecto a la edad, sexo, estado civil, ocupación, turno laboral, antecedentes personales y familiares de COVID-19.
2. Determinar la frecuencia de ansiedad en los profesionales de salud de la Unidad de salud respecto a la edad, sexo, estado civil, ocupación, turno laboral, antecedentes personales y familiares de COVID-19.
3. Determinar la frecuencia de estrés en los profesionales de salud de salud respecto a la edad, sexo, estado civil, ocupación, turno laboral, antecedentes personales y familiares de COVID-19.

5. HIPÓTESIS

El impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas es alto, al mostrar un incremento en los niveles de depresión, ansiedad y estrés, siendo factores determinantes el grupo de edad, ocupación, y los antecedentes personales y familiares de la enfermedad.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE ESTUDIO

El estudio se diseñó de tipo observacional, descriptivo, analítico, con el propósito de explorar y describir el impacto psicoemocional de COVID-19 en los profesionales de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas.

LUGAR DE ESTUDIO

Unidad de Medicina Familiar No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

UNIVERSO DE ESTUDIO

Profesionales de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas, México.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

El estudio se realizó en hombres y mujeres, profesionales de la salud, y que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

PERIODO DE ESTUDIO

Del 01 de abril del 2020 al 31 de enero del 2021.

PERIODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Del 22 de diciembre del 2020 al 14 de enero del 2021.

MUESTRA

El tamaño muestra fue constituido por el total de profesionales de la salud: Médicos y Enfermeras que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas, México.

TIPO DE MUESTREO

Muestreo a conveniencia del investigador

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesionales de la salud, personal médico (adscrito y residentes) y de enfermería adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas, México.
- Que deseen participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesionales de la salud, personal médico y de enfermería, que NO están adscritos a la en la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas, México.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Personal que no sea profesional de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas.

INSTRUMENTOS Y MEDICIONES

Se diseño un cuestionario que contiene datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, escolaridad, turno que labora, antigüedad en el puesto) y preguntas acerca si estuvo enfermo por COVID-19, si se le realizo prueba para COVID-19 y cuantos

familiares se contagiaron; para evaluar las variables de ansiedad, estrés y depresión, se usará la versión en español abreviada de la escala Depression, Anxiety and Stress Scale-21 (DASS-21)⁷ autoaplicada en los profesionales de salud la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas, durante horas laborables en los diferentes servicios, previo conocimiento del estudio a realizar y firma del consentimiento informado.

La escala DASS es utilizada para evaluar estados psicológicos negativos de depresión, ansiedad y estrés (Lovibond y Lovibond, 1995),⁶⁵ originalmente contaba con 42 ítems y a partir de ahí se conformó la versión corta que consta de 21 ítems (DASS-21). Esta escala fue traducida y validada para habla hispana por Daza, Novy, Stanley y Averill, (2002),⁶⁶ Vinet, Rehbein, Román y Saiz (2008),⁶⁷ Román (2010),⁶⁸ para este estudio se utilizó esta última versión. Cada ítem cuenta con cuatro alternativas de respuesta en formato tipo Likert, que van desde 0 ("Nunca") hasta 3 ("Casi siempre"). Para responder, cada ítem establece en qué medida la oración describe lo que sucedió o sintió la persona durante la última semana. El resultado de cada subescala se suma para el análisis, mediante puntos de corte clínicos. El estrés se considera normal con puntajes dentro de un rango de 0 a 7, leve 8 a 9, moderado 10 a 12, severo 13 a 16 y muy severo 17 o más. La ansiedad como normal de 0 a 3, leve 4, moderada 5 a 7, severa 8 a 9 y muy severa 10 o más. La depresión como normal de 0 a 4, leve 5 a 6, moderada 7 a 10, severa 11 a 13 y muy severa 14 o más. Como menciona Tovar (2018) “estas clasificaciones son orientativas y no un diagnóstico, pero son útiles cuando se examinan diferencias clínicamente significativas”.⁶⁹ Esta escala tiene la ventaja de ser un instrumento autoinformado, corto, fácil de administrar y responder, además su interpretación es sencilla.

Con relación a la fiabilidad en población hispana las subescalas de depresión y estrés presentaron un alfa de Cronbach de 0.93 y 0.91 respectivamente, mientras que en la subescala de ansiedad se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86. En conjunto, los ítems que componen el DASS-21 presentaron un alfa de Cronbach de 0.96.⁶⁶ La validación para la población mexicana lo realizó Gurrola, Balcázar, Bonilla y Virseda (2006)⁷⁰

obteniendo 0.81 para la subescala de depresión, 0.79 para la de estrés, de 0.76 para la de ansiedad y de 0.86 para toda la escala, el porcentaje de varianza explicada por factor de 30.6% para la subescala de depresión, 10.8% para la de estrés, 5.2% para la de ansiedad y de 46.64% para toda la escala.

Se construyó una matriz digital con la información obtenida a partir de las encuestas en el programa Excel.

PROCEDIMIENTO

El protocolo se sometió a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar No.13 para que luego de su aceptación se registró en el Sistema de Registro Electrónico de la Coordinación de Investigación (SIRELCIS) para su aceptación final.

Al obtener el registro se solicitó la autorización para la aplicación del instrumento de recopilación de información que fue aplicado al personal médico y de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No.13, Delegación Chiapas, no se recabo nombre ni número de seguro social para guardar la confiabilidad y anonimato del personal de salud.

PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se integraron los datos al programa estadístico informático IBM SPSS versión 25.0 para Windows. Posteriormente se realizó el análisis para su interpretación de los resultados determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado, a través de estadística descriptiva. Los resultados se presentan en gráficas y tablas de frecuencia, así como explicaciones desde el orden de lo cualitativo.

7. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
TRASTORNO PSICO EMOCIONAL	El término trastorno psicoemocional incluye una amplia gama de condiciones que afectan la capacidad de las personas para manejar las demandas del estilo de vida. Puede causar dificultades con los pensamientos, sentimientos, comportamiento funcional y relaciones personales. ⁷¹	Cuando hay un desequilibrio conductual, emocional con cierto grado de incidencia que se manifiesta dentro del sujeto y es anormal; se medirá mediante la escala DASS-21 validada para la clasificación de Depresión, Ansiedad y Estrés.	1 = Normal 2 = Leve 3 = Moderado 4 = Severo 5 = Muy severo	Cualitativa Ordinal Escala DASS-21
DEPRESIÓN	Es un trastorno mental caracterizado por tristeza, pérdida del interés o del placer, sentimientos de culpabilidad, baja o falta de autoestima, alteración del sueño o del apetito, percepción de cansancio y falta de concentración. ⁶	Se medirá con la subescala de Depresión (DASS-21) que cuenta con 7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno, máximo 21 puntos. Ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21.	1 = 0-4 puntos 2 = 5-6 puntos 3 = 7-10 puntos 4 = 11-13 puntos 5 = 14 o más puntos	Cualitativa Ordinal Subescala de Depresión (DASS-21)

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

ANSIEDAD	<p>Trastorno emocional con anticipación a una amenaza futura que se manifiesta de la sensación de estímulos generales posiblemente dañinos, percibiendo un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia.^{15, 16,17}</p>	<p>Se medirá con la subescala de Ansiedad (DASS-21) que cuenta con 7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno, máximo 21 puntos. Ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20.</p>	<p>1 = 0-3 puntos 2 = 4 puntos 3 = 5-7 puntos 4 = 8-9 puntos 5 = 10 o más puntos</p>	<p>Cualitativa Ordinal Subescala de Ansiedad (DASS-21)</p>
ESTRÉS	<p>La OMS menciona que es “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”.³⁷ Considerado como un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia, dependiendo del estado físico y psíquico de la persona.³⁸</p>	<p>Se medirá con la subescala de Estrés (DASS-21) que cuenta con 7 ítems valorados de 0 a 3 cada uno, máximo 21 puntos. Ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18.</p>	<p>1 = 0-7 puntos 2 = 8-9 puntos 3 = 10-12 puntos 4 = 13-16 puntos 5 = 17 o más puntos</p>	<p>Cualitativa Ordinal Subescala de Estrés (DASS-21)</p>

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Años de vida cumplidos al momento de la aplicación de la encuesta.	Años Grupos: 20-29 30-39 40-49 50-59	Cuantitativa Discreta
SEXO	Característica fenotípica que diferencia hombre de mujer.	Característica genotípica al que pertenece reportado mediante la encuesta.	1= Hombre 2= Mujer	Cualitativa Ordinal
ESTADO CIVIL	Condición de una persona según el registro civil en función a si tiene o no una pareja.	Condición civil reportado mediante la encuesta.	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Separado 4 = Viudo 5 = Divorciado 6 = Unión libre	Cualitativa Ordinal
OCUPACIÓN	Empleo o trabajo que la persona ejerce y por el que recibe una retribución económica.	Actividad desempeñada al momento de la encuesta.	1 = Enfermería 2 = Médico adscrito 3 = Médico residente	Cualitativa Ordinal
ESCOLARIDAD	Ultimo grado alcanzado de Educación formal	Último grado de estudios al momento de la encuesta.	1 = Licenciatura 2 = Especialidad 3 = Maestría 4 = Doctorado	Cualitativa Ordinal
TURNO	Horario en el que se desempeñan las actividades laborales.	Turno en el que labora al momento de la encuesta.	1 = Matutino 2 = Vespertino 3 = Nocturno 4 = Jornada Acumulada	Cualitativa Ordinal
ANTIGÜEDAD EN AÑOS	Tiempo en el cual ha mantenido una relación formal con el empleador.	Antigüedad reportada al momento de la encuesta.	1 = 1-5 2 = 6-10 3 = 11-15 4 = 16-20 5 = 20 y más	Cualitativa Ordinal

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

ENFERMÓ COVID-19	Manifestación clínicos de acuerdo con la definición operacional de COVID-19.	Antecedentes personales de COVID-19 al momento de la entrevista	1 = Si 2 = No	Cualitativa Ordinal
PRUEBA COVID-19	Método de detección para SARS-CoV-2 (PCR, antígenos, anticuerpos).	Antecedentes de haberse realizado la prueba de detección de COVID-19 al momento de la entrevista	1 = Si 2= No	Cualitativa Ordinal
FAMILIARES CON COVID-19	Familiares con desarrollo sintomático o defunción por COVID-19.	Antecedentes familiares de COVID-19 al momento de la entrevista	1 = Si 2 = No	Cualitativa Ordinal

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto de investigación se apegó a la Ley General de Salud y a las normas éticas. Se evaluó por el Comité Local de Investigación en Salud 703 y Comité de Ética en Investigación 7038, ambos del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Unidad de Medicina Familiar no.13 donde fue sometido a análisis para valorar su factibilidad y realización. La información es confidencial, protegiendo la privacidad de los encuestadores involucrados en el estudio.

De acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud, 2014), se tomó en cuenta lo establecido en el título segundo “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos”. La presente investigación se considera **sin riesgo** de acuerdo con lo establecido en el capítulo I Disposiciones comunes, Artículo 17 Párrafo 1:

I.- Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Lo anterior secundario a que se obtendrá información en base a expedientes clínicos, estudio de tipo retrospectivo, por lo que se omite realizar el consentimiento informado en este estudio. Para proteger la privacidad de los participantes, el instrumento de recolección de datos no llevará nombre ni dirección, se tendrá apego a las fracciones I, VI, VII y VIII.

Con respecto al consentimiento informado, se establecerá lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento

informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Además, se seguirán las recomendaciones estipuladas por las Buenas Prácticas Clínicas de Investigación en salud del consejo Internacional de Armonización de los requisitos técnicos para el registro de medicamentos de uso humano (ICH, por sus siglas en inglés International Conference on Harmonization), que definen una serie de pautas a través de las cuales los estudios clínicos puedan ser diseñados, implementados, finalizados, auditados, analizados e informados para asegurar su confiabilidad. Esta investigación se basará en las buenas prácticas clínicas.

Este estudio tendrá base en los principios básicos de La declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1989; “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos” Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial. Helsinki, Finlandia (1964) y revisada por la 29ª Asamblea Médica Mundial, (Tokio 1975) y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, (Venecia, 1983) y la 41ª Asamblea Médica Mundial (Hong Kong 1989). 48ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, (octubre 1996) 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, (octubre 2000), Nota de Clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, (Washington 2002), Nota de Clarificación agregada por la Asamblea General de la AMM, (Tokio 2004), 59ª Asamblea General, (Seúl, Corea, octubre 2008), 64ª Asamblea General, (Fortaleza, Brasil, octubre 2013). En mencionada Declaración se menciona los siguientes principios:

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.
2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en

seres Declaración de Helsinki de la AMM Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la formula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de Ética Médica afirma que “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.
4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.
9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad la integridad, el derecho a la autodeterminación la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional

de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquier medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.
11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.
12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.
13. Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación solo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.
15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.
16. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

17. Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.
18. Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.
19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas deben recibir protección específica.
20. La investigación médica en un grupo vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades o prioridades de salud de este grupo y la investigación no puede realizarse en un grupo no vulnerable. Además, este grupo podrá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones derivadas de la investigación.
21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas fueran del caso y debe

indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre el financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio y la información sobre las estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. En los ensayos clínicos, el protocolo también debe describir los arreglos apropiados para las estipulaciones después del ensayo.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y debe estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración.
24. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ninguna enmienda en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Después que termine el estudio, los investigadores deben presentar un informe final al comité con un resumen de los resultados y conclusiones del estudio.

La Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, donde constituye que la investigación para la salud en seres humanos se desarrolla con el propósito de realizar aportaciones científicas, tecnológicas y conocimientos en materia de salud.

Para garantizar la seguridad del paciente y garantizar la veracidad de la investigación, se considera lo dispuesto en el título quinto de los aspectos éticos de la investigación humana capítulo 1 de la Ley General de Salud del 2011 de acuerdo con los artículos 96 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103. El cual dicta lo siguiente:

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El

Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo;
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;
- IV. Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
- V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación.
- VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, y
- VII. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

Artículo 101.- Quien realice investigación en seres humanos en contravención a lo dispuesto en esta Ley y demás disposiciones aplicables, se hará acreedor de las sanciones correspondientes.

Artículo 102.- La Secretaría de Salud podrá autorizar con fines preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios o de investigación, el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de productos ya conocidos. Al efecto, los interesados deberán presentar la documentación siguiente:

- I. Solicitud por escrito;
- II. Información básica farmacológica y preclínica del producto;
- III. Estudios previos de investigación clínica, cuando los hubiere;
- IV. Protocolo de investigación, y
- V. Carta de aceptación de la institución donde se efectúe la investigación y del responsable de la misma.

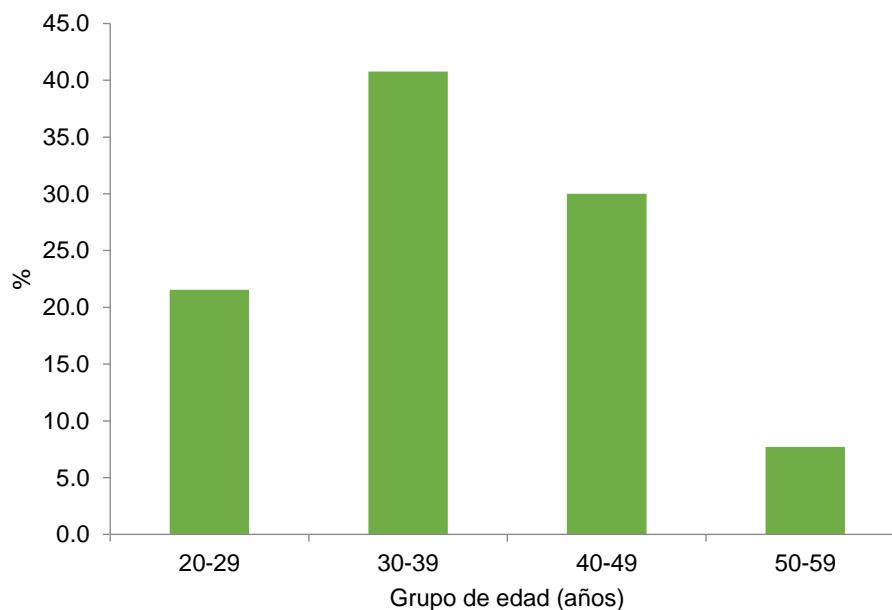
Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico, podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del pariente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Así también, el acuerdo por lo que se dispone el establecimiento de coordinadores de proyectos prioritarios de salud Pública en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984, y los acuerdos 5/95 al 55/95 del 1ro de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización.

9. RESULTADOS

El total de personal de salud entrevistado fue de 130, de los cuales 77 (59.2%) fueron mujeres y 53 (40.8%) hombres. El personal del área de enfermería fueron 36 (27.7%), médicos 52 (40%), y médicos residentes 42 (32.3%). El turno que predominó fue el matutino (60%), seguido del vespertino (33.8%). Respecto a la antigüedad la mayoría registró de 1-5 años de servicio (35.4%), seguidos por los de 6-10 (33.8%). El estado civil prevaleciente fue casado (46.9%), seguido por soltero (42.3%), y unión libre (10.8%). En escolaridad, 59.2% contó con licenciatura, 37.7% especialidad, 1.5% maestría y doctorado respectivamente. La edad promedio fue de 37.12 ± 8.17 años, encontrándose 40.8% entre 30-39 años, 30% entre 40-49, 21.5% entre 20-29, y 7.7% entre 50-59 (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de entrevistados respecto al grupos de edad (años).



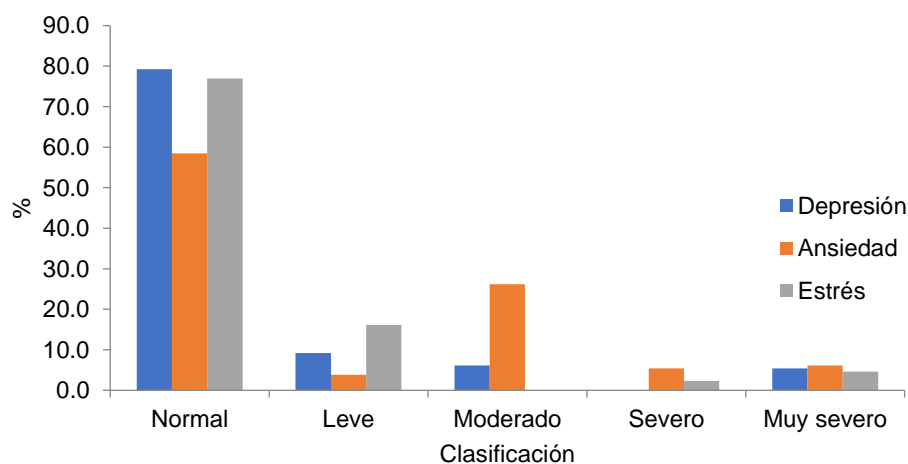
Nota: En la Figura 1 se observa que el grupo de edad predominante fue el que se encontró entre los 30-39 años.

Fuente: Cédula de recolección de datos por grupos de edad (años), basado en la encuesta realizada a personal de salud adscrito a la UMF 13.

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

El personal que señaló haberse realizado la prueba de detección de COVID-19 fueron 74 (56.9%). Respecto al desarrollo de signos y síntomas de la enfermedad, 65 (50%) señalaron de manera afirmativa. En el caso de contar o haber contado con familiares que enfermaron por COVID-19, 36.9% indicaron que no, 24.6% señalaron que contaron con dos familiares enfermos, 16.2% con uno, y resto con tres o más (22.3%). En depresión, 79.2% registró valores normales (promedio 1.40 ± 1.50), 9.2% leve (promedio 5.33 ± 0.49), 6.2% moderada (promedio 8.25 ± 0.71), y 5.4% muy severa (promedio 20 ± 2.33). El puntaje promedio fue de 3.18 ± 4.68 . En ansiedad, 58.5% fue normal (promedio 0.91 ± 1.27), 3.8% leve (promedio 4 ± 0.0), 26.2% moderada (promedio 5.91 ± 0.8), 5.4% severa (promedio 8.14 ± 0.39), y 6.2% muy severa (promedio 16.63 ± 4). El puntaje promedio fue de 3.69 ± 4.39 . En cuanto al estrés, 76.9% fue normal (promedio 3.12 ± 2.4), 16.2% leve (promedio 8.57 ± 0.51), 2.3% severo (promedio 14.33 ± 1.53), y 4.6% muy severo (promedio 20 ± 1.1). El puntaje promedio fue de 5.04 ± 4.68 (Figura 2 y 3).

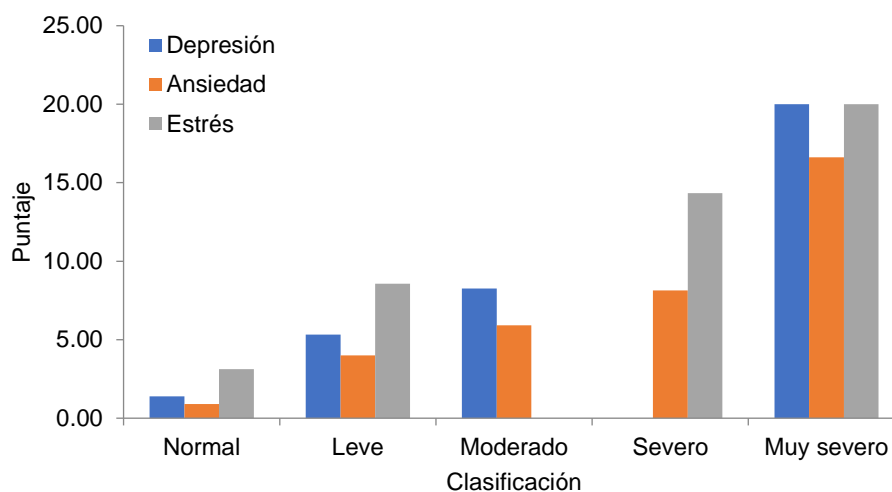
Figura 2. Porcentaje de personal entrevistado respecto a la clasificación de depresión, ansiedad y estrés.



Nota: En la Figura 2 se observa que la mayoría del personal entrevistado se encontró sin depresión, ansiedad y estrés, sin embargo, fue significativa el porcentaje de casos leves, moderados severos y muy severos.

Fuente: Cédula de recolección de datos para clasificación de depresión, ansiedad y estrés basado en el instrumento DASS-21 realizada a personal de salud adscrito a la UMF 13.

Figura 3. Puntaje obtenido por el personal entrevistado respecto a la clasificación de depresión, ansiedad y estrés.



Nota: En la Figura 3 se observa que el puntaje obtenido en el instrumento DASS-21 fue mayor para la depresión y el estrés.

Fuente: Cédula de recolección de datos para clasificación de depresión, ansiedad y estrés basado en el instrumento DASS-21 realizada a personal de salud adscrito a la UMF 13.

La Frecuencia de clasificación y puntaje de depresión DASS-21 respecto a edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, turno laboral, antigüedad, antecedentes personales y familiares de COVID-19 se muestran en la Tabla 1. Se encontró asociación significativa entre la depresión y la edad ($p=0.040$), siendo menor en los grupos de 20-29, 30-39 y 40-49 años. Respecto al puntaje obtenido no existió diferencia significativa entre estos grupos ($p=0.304$). Se encontró asociación con la ocupación ($p=0.001$), siendo los médicos residentes quienes presentaron mayor frecuencia de casos muy severos. El puntaje obtenido entre este grupo presentó diferencias significativas ($p=0.000$), registrando mayores valores los médicos residentes (promedio 5.40 ± 6.81), seguidos por el personal de enfermería (promedio 3.11 ± 2.72), y médicos adscritos (promedio 1.44 ± 2.44). Los antecedentes de haber padecido COVID-19 se asoció ($p=0.012$) con la depresión. El puntaje presentó

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

diferencia significativa ($p=0.004$), siendo mayor en el grupo que ha padecido la enfermedad (promedio 4.37 ± 5.50).

Tabla 1. Frecuencia de clasificación y puntaje de depresión DASS-21 respecto a edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, turno laboral, antigüedad, antecedentes personales y familiares de COVID-19.

Variable	[Valor p] Puntaje Promedio	Clasificación					[Valor p] Total Clasificación
		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	
Edad (años)	0.304						0.040
20-29	3.14±2.69	20	4	4	-	0	28
30-39	3.42±4.34	40	7	4	-	2	53
40-49	2.33±5.00	35	1	0	-	3	39
50-59	5.40±8.34	8	0	0	-	2	10
Total	3.18±4.68	103	12	8	-	7	130
Sexo	0.963						0.554
Hombre	3.21±5.22	43	3	3	-	4	53
Mujer	3.17±4.31	60	9	5	-	3	77
Total	3.18±4.68	103	12	8	-	7	130
Edo. Civil	0.911						0.105
Soltero	2.98±4.27	45	4	4	-	2	55
Casado	3.36±5.26	49	6	1	-	5	61
Unión libre	3.21±3.72	9	2	3	-	0	14
Total	3.18±4.68	103	12	8	-	7	130
Ocupación	0.000						0.001
Enfermería	3.11±2.72	26	5	5	-	0	36
Médico adscrito	1.44±2.44	49	1	1	-	1	52
Médico residente	5.40±6.81	28	6	2	-	6	42
Total	3.18±4.68	103	12	8	-	7	130
Turno laboral	0.220						0.419
Matutino	3.82±4.68	61	7	3	-	7	78
Vespertino	2.48±4.68	34	5	5	-	0	44
Nocturno	1.00±4.68	7	0	0	-	0	7
J. Acumulada	0.00±0.00	1	0	0	-	0	1
Total	3.18±4.68	103	12	8	-	7	130
Enfermó de COVID-19	0.004						0.012
Si	4.37±5.50	44	9	7	-	5	65
No	2.00±3.33	59	3	1	-	2	65
Total	3.18±4.68	103	12	8	-	7	130
Familiares COVID-19	0.414						0.580
Si	2.93±4.19	65	9	5	-	3	82
No	3.63±5.45	38	3	3	-	4	48
Total	3.18±4.68	103	12	8	-	7	130

Nota: En la Tabla 1 se observa que la edad, ocupación y el haber padecido la enfermedad de COVID-19 estuvo asociado a un incremento en la intensidad de la depresión.

Fuente: Cédula de recolección de datos basado en la encuesta e instrumento DASS-21 realizada a personal de salud adscrito a la UMF 13.

La Frecuencia de clasificación y puntaje de ansiedad DASS-21 respecto a edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, turno laboral, antigüedad, antecedentes personales y familiares de COVID-19 se muestran en la Tabla 2. Se encontró asociación significativa entre la ansiedad y la edad ($p=0.002$), siendo mayor en el grupo de 30-39 años. Respecto al puntaje obtenido no existió diferencia significativa entre estos grupos ($p=0.074$). Se encontró asociación con la ocupación ($p=0.011$), siendo el personal de enfermería y médicos residentes quienes presentaron mayor cantidad de casos moderados, severos y muy severos. El puntaje obtenido entre este grupo, presentó diferencias significativas ($p=0.009$), registrando valores más altos los médicos residentes (promedio 5.05 ± 5.86), seguidos por el personal de enfermería (promedio 4.08 ± 3.65), y médicos adscritos (promedio 2.33 ± 2.92). Los antecedentes de haber padecido COVID-19 se asoció ($p=0.000$) con la ansiedad, siendo más frecuentes los casos moderados, severos y muy severos entre quienes enfermaron. El puntaje presentó diferencia significativa ($p=0.000$), siendo mayor en el grupo que ha padecido la enfermedad (promedio 5.17 ± 4.59).

La Frecuencia de clasificación y puntaje de estrés DASS-21 respecto a edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, turno laboral, antigüedad, antecedentes personales y familiares de COVID-19 se muestran en la Tabla 3. Se encontró asociación significativa entre estrés y la edad ($p=0.000$), siendo mayor en los grupos de 20-29 y 30-39 años. Respecto al puntaje obtenido no existió diferencia significativa entre estos grupos ($p=0.054$). Se encontró asociación con la ocupación ($p=0.000$), siendo el personal de enfermería y médicos residentes quienes presentaron mayor cantidad de casos severos y muy severos. El puntaje obtenido entre este grupo presentó diferencias significativas ($p=0.002$), registrando mayor puntaje los médicos residentes (promedio 6.33 ± 6.11), seguidos por el personal de enfermería (promedio 6.06 ± 3.73), y médicos adscritos (promedio 3.29 ± 3.24). Los antecedentes de haber padecido COVID-19 se asoció ($p=0.000$) con estrés, siendo más frecuentes los casos severos y muy severos entre quienes enfermaron. El puntaje presentó diferencia significativa ($p=0.000$), siendo mayor en el grupo que ha padecido la enfermedad (promedio 6.52 ± 5.09).

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

Tabla 2. Frecuencia de clasificación y puntaje de ansiedad DASS-21 respecto a edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, turno laboral, antigüedad, antecedentes personales y familiares de COVID-19.

Variable	[Valor p] Puntaje Promedio	Clasificación					[Valor p] Total Clasificación
		Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	
Edad (años)	0.074						0.002
20-29	3.86±3.05	16	0	8	4	0	28
30-39	4.40±3.36	22	4	21	3	3	53
40-49	2.23±4.74	32	1	3	0	3	39
50-59	5.20±8.57	6	0	2	0	2	10
Total	3.69±4.39	76	5	34	7	8	130
Sexo	0.926						0.400
Hombre	3.74±4.14	30	1	13	5	4	53
Mujer	3.66±4.58	46	4	21	2	4	77
Total	3.69±4.39	76	5	34	7	8	130
Edo. Civil	0.619						0.079
Soltero	3.42±3.44	30	2	16	5	2	55
Casado	3.70±5.15	41	3	10	2	5	61
Unión libre	4.71±4.32	5	0	8	0	1	14
Total	3.69±4.39	76	5	34	7	8	130
Ocupación	0.009						0.011
Enfermería	4.08±3.65	20	0	11	4	1	36
Médico adscrito	2.33±2.92	37	3	8	3	1	52
Médico residente	5.05±5.86	19	2	15	0	6	42
Total	3.69±4.39	76	5	34	7	8	130
Turno laboral	0.055						0.507
Matutino	4.40±5.05	42	3	21	4	8	78
Vespertino	3.05±2.95	26	2	13	3	0	44
Nocturno	0.43±1.13	7	0	0	0	0	7
J. Acumulada	0.00±0.00	1	0	0	0	0	1
Total	3.69±4.39	76	5	34	7	8	130
Enfermó de COVID-19	0.000						0.000
Si	5.17±4.59	25	3	26	6	5	65
No	2.22±3.67	51	2	8	1	3	65
Total	3.69±4.39	76	5	34	7	8	130
Familiares COVID-19	0.204						0.137
Si	3.32±3.47	48	5	20	6	3	82
No	4.33±5.61	28	0	14	1	5	48
Total	3.69±4.39	76	5	34	7	8	130

Nota: En la Tabla 2 se observa que la edad, ocupación y el haber padecido la enfermedad de COVID-19 estuvo asociado a un incremento en la intensidad de la ansiedad.

Fuente: Cédula de recolección de datos basado en la encuesta e instrumento DASS-21 realizada a personal de salud adscrito a la UMF 13.

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

Tabla 3. Frecuencia de clasificación y puntaje de estrés DASS-21 respecto a edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, turno laboral, antigüedad, antecedentes personales y familiares de COVID-19.

Variable	Clasificación						[Valor p] Total Clasificación
	[Valor p] Puntaje Promedio	Normal	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	
Edad (años)	0.054						0.000
20-29	6.00±3.35	12	16	-	0	0	28
30-39	5.60±4.12	44	5	-	2	2	53
40-49	3.33±4.79	36	0	-	1	2	39
50-59	6.00±8.12	8	0	-	0	2	10
Total	5.04±4.68	100	21	-	3	6	130
Sexo	0.821						0.769
Hombre	5.15±4.92	40	8	-	2	3	53
Mujer	4.96±4.53	60	13	-	1	3	77
Total	5.04±4.68	100	21	-	3	6	130
Edo. Civil	0.973						0.277
Soltero	4.93±4.12	42	11	-	0	2	55
Casado	5.13±5.31	45	10	-	2	4	61
Unión libre	5.07±4.03	13	0	-	1	0	14
Total	5.04±4.68	100	21	-	3	6	130
Ocupación	0.002						0.000
Enfermería	6.06±3.73	17	18	-	1	0	36
Médico adscrito	3.29±3.24	49	1	-	2	0	52
Médico residente	6.33±6.11	34	2	-	0	6	42
Total	5.04±4.68	100	21	-	3	6	130
Turno laboral	0.252						0.065
Matutino	5.50±5.30	63	7	-	2	6	78
Vespertino	4.75±3.58	29	14	-	1	0	44
Nocturno	2.29±1.70	7	0	-	0	0	7
J. Acumulada	1.00±0.00	1	0	-	0	0	1
Total	5.04±4.68	100	21	-	3	6	130
Enfermó de COVID-19	0.000						0.000
Si	6.52±5.09	39	20	-	1	5	65
No	3.55±3.70	61	1	-	2	1	65
Total	5.04±4.68	100	21	-	3	6	130
Familiares COVID-19	0.532						0.028
Si	4.84±4.31	59	19	-	1	3	82
No	5.38±5.28	41	2	-	2	3	48
Total	5.04±4.68	100	21	-	3	6	130

Nota: En la Tabla 3 se observa que la edad, ocupación y el haber padecido la enfermedad de COVID-19 estuvo asociado a un incremento en la intensidad del estrés.

Fuente: Cédula de recolección de datos basado en la encuesta e instrumento DASS-21 realizada a personal de salud adscrito a la UMF 13.

10. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados muestran que el impacto psicoemocional por COVID-19 en el personal de salud es alto, al presentar niveles de depresión, ansiedad y estrés, siendo factores determinantes el grupo de edad, ocupación, y antecedentes personales de la enfermedad. De esta forma, se alcanzó el objetivo establecido, permitiendo corroborar la hipótesis planteada. La información generada en la presente investigación es relevante, al haberse obtenido en una entidad con efectos significativos en salud por COVID-19.

Respecto a las características de la muestra estudiada, los valores encontrados en las variables edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad fueron similares a varias investigaciones como las de Li et al., 2020, Si et al., 2020, y Sandesh et al., 2020, sin embargo, difirieron con otras, esto principalmente por el nivel de atención de las unidades médicas en donde se realizaron (Liu et al., 2020).

En el caso de las puntuaciones y clasificación de depresión, ansiedad y estrés obtenidas a partir de la aplicación del DASS-21 coincidieron con diferentes trabajos relacionados al impacto psicoemocional de la pandemia por COVID-19 en personal sanitario como las realizadas por Tan et al., 2020, Liu et al., 2020, y Li et al., 2020. En este sentido, la presente investigación fue similar a lo reportado por Tan et al., 2020 y Si et al., 2020 quienes encontraron que los grupos de edad más jóvenes son mayormente afectados por depresión, ansiedad y estrés.

Los antecedentes personales por COVID-19 se asociaron significativamente al grado de depresión, ansiedad y estrés, esto coincide con otras investigaciones al señalar que esta situación es consecuencia del estrés postraumático del personal quienes padecieron la enfermedad (Li et al., 2020, Si et al., 2020, Sandesh et al., 2020, Tan et al., 2020, y Liu et al., 2020).

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

En distintas instituciones de salud y específicamente en el IMSS se han implementado acciones de prevención, identificación y control de padecimientos relacionados a la salud mental del personal de salud, sin embargo, la pandemia por SARS-CoV-2 exige un trabajo multidisciplinario con el propósito de disminuir la incidencia de depresión, ansiedad y estrés, ya que de esto depende la funcionalidad adecuada de la atención médica.

Las posibles alternativas y propuestas deben estar basadas en el panorama particular de cada unidad médica con la finalidad de incrementar sus impactos positivos.

11. CONCLUSIONES

Los resultados encontrados muestran que el impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, Delegación Chiapas es alto, debido al incremento en los niveles de depresión, ansiedad y estrés, en los cuales son factores determinantes pertenecer a grupos de menor edad, ser personal de enfermería y médico residente, y haber padecido la enfermedad.

La situación actual de la pandemia por COVID-19 a nivel internacional (noviembre 2021) confirma cerca de 220 millones de casos, es decir, 28 mil casos por cada millón de personas, alcanzando casi 4.6 millones de defunciones. En México, se han registrado 3.8 millones de casos, con cerca de 290 mil defunciones, siendo 58% en personas mayores de 60 años.

En el estado de Chiapas se tienen registrados 23 mil casos confirmados, con 2.3 mil defunciones. Por lo que, el programa de vacunación contra COVID-19 ha priorizado su atención, con el propósito de disminuir el desarrollo de estados graves y críticos de la enfermedad, y por ende la mortalidad. Sin embargo, la salud mental de los trabajadores sanitarios no ha contado con la atención necesaria, denotando esta carencia, y a la vez importancia de la presente investigación.

El aspecto institucional y familiar resulta relevante en el mantenimiento de la salud mental del personal sanitario, lo que se reflejara en una mejor atención médica y por ende de la calidad de los servicios. Sin olvidar que la ansiedad y el estrés son respuestas relativamente normales en los momentos de incertidumbre como los que genera la pandemia por COVID-19, principalmente por el temor de contraer la enfermedad, y el impacto de los cambios en la cotidianidad de las relaciones sociales.

La lejanía al menos a mediano plazo del control de la pandemia exige tomar acciones fehacientes en la conservación de la salud mental no sólo de la población en general sino del personal de salud, quienes juegan un papel clave. La depresión, ansiedad y

estrés relacionados a la COVID-19 disminuirán conforme haya un control en la propagación del virus, pero es importante destacar que los aspectos asociados al trauma de la pandemia posiblemente se incrementaran incluso después de que se haya alcanzado la inmunidad poblacional, por lo que, continuar con acciones de atención permanente es importante.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) dieron a conocer la Estrategia Nacional para el Fortalecimiento Emocional de los Trabajadores del IMSS-SNTSS Fuerza IMSS, a través de la cual se ofrece las herramientas al personal que ha enfrentado la emergencia sanitaria por COVID-19 a fin de fortalecer su salud emocional. Además de que también se dan valoraciones por el Servicio de Prevención y Promoción de la Salud para Trabajadores IMSS (SPPSTIMSS) para salvaguardar la salud y seguridad de los trabajadores, permiten dar continuidad a las actividades y mantener el funcionamiento del Instituto.

Finalmente, se recomienda continuar con investigaciones respecto al tema, con la finalidad de fortalecer el conocimiento, y con ello proponer alternativas de prevención y cuidado de la salud mental entre los trabajadores del instituto, y con ello mejorar su calidad de vida, y la atención a los derechohabientes.

12. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

a) HUMANOS

- Tesista.
- Asesor metodológico y de contenido.

b) MATERIALES

CONCEPTO	CANTIDAD
Laptop	1
Impresora	1
Hojas blancas	1000
Engrapadora	1
Grapas (caja)	1
Lápices	10
Lapiceros	10
Cédula de Registro de información (digital)	1

c) Financieros

Los gastos ocasionados durante el estudio serán financiados con recursos propios del investigador.

13. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No	ACTIVIDAD	2020															2021									
		SEP		OCT					NOV					DIC			ENE									
		16 - 22	23 - 30	01 - 07	08 - 14	15 - 21	22 - 28	29 - 31	01 - 07	08 - 14	15 - 21	22 - 28	29 - 30	01 - 07	08 - 14	15 - 21	22 - 28	29 - 31	01 - 07	08 - 14	15 - 21	22 - 28	29 - 31			
1	Planteamiento del problema.																									
2	Elaboración de antecedentes.																									
3	Revisión de bibliografía y protocolo.																									
4	Revisión de protocolo por el comité local.																									
5	Aplicación de encuesta.																									
6	Recolección de datos.																									
7	Tabulación de resultados.																									
8	Análisis de datos.																									
9	Presentación de resultados.																									

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. “Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19” última actualización a 30 de junio del 2020. Portal de información y declaraciones. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline> en julio del 2020.
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020 Apr 7;323(13):1239. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
3. Garg S. Hospitalization Rates and Characteristics of Patients Hospitalized with Laboratory- Confirmed Coronavirus Disease 2019 — COVIDNET, 14 States, March 1–30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e3.htm>.
4. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw Open. 2020 Mar 23;3(3): e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
5. Gonçalves EF, González RVM, Vázquez CJ. Guía de Buena práctica Clínica de la Ansiedad y la Depresión. Atención Primaria de Calidad. 2ª ed. Madrid: Internacional Marketing and Communication. 2008.
6. Organization Mundial de la Salud. 2016. <http://www.who.int/>. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
7. Orellana Curamil, G.A. *Evaluacion de Sintomas de Depresion, Ansiedad, Estres: Estructura y Dimencionalidad de la Escala DASS-21*. 2015. Recuperado de: <http://dspace.usalca.cl:8888/psicologia/68985.pdf>.
8. Caballo, V. E., Salazar, I. C., Carrobles, J. A., Almendros Rodríguez, C., Amor Andrés, P. J., & Andrés Navia, V. (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. (p.339). Madrid: Pirámide. 2014.

9. Jiménez-López, J. L., Arenas-Osuna, J., & Angeles-Garay, U. Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Medica Instituto Mexicano seguro social*. 2014. 20-21.
10. Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. España: Panamericana. 2013.
11. OPS/OMS. Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª revisión. 1995. Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
12. Goncalves Estrella, F, González Rodríguez VM, Vázquez Castro J. Guía de Buena práctica Clínica de la Ansiedad y la Depresión. Atención Primaria de Calidad. 2ª ed. Madrid: Internacional Marketing and Communication. 2008
13. John A, McGregor J, Fone D, Dunstan F, Cornish R, Lyons RA, et al. Case-finding for common mental disorders of anxiety and depression in primary care: an external validation of routinely collected data. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016; 16:35.
14. Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, Ho MR, Rohde P. Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages. *J Affect Disord*. 2018; 228:248-253.
15. Dias BG, Banerjee SB, Goodman JV, Ressler KJ. Towards new approaches to disorders of fear and anxiety. *Curr Opin Neurobiol*. 2013;23(3):346-352.
16. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):319-325.
17. Shah AA, Han JY. Anxiety. *Continuum (Minneap Minn)*. 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):772-782.
18. Gelfuso EA, Rosa DS, Fachin AL, Mortari MR, Cunha AO, Beleboni RO. Anxiety: a systematic review of neurobiology, traditional pharmaceuticals and novel alternatives from medicinal plants. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2014;13(1):150-165.
19. Rose M, Devine J. Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(2):197-211.

20. Ramos K, Stanley M. Anxiety Disorders in Late Life. *Psychiatr Clin North Am.* 2017.
21. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva:World Health Organization: 2017.
22. Donner NC, Lowry CA. Sex differences in anxiety and emotional behavior. *Pflugers Arch.* 2013;465(5):601-626.
23. Catuzzi JE, Beck KD. Anxiety vulnerability in women: a two-hit hypothesis. *Exp Neurol.* 2014; 259:75-80.
24. Thibaut F. Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(2):87-88.
25. Fraire MG, Ollendick TH. Anxiety and oppositional defiant disorder: a transdiagnostic conceptualization. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(2):229-240.
26. Guo X, Meng Z, Huang G, Fan J, Zhou W, Ling W, et al. Meta-analysis of the prevalence of anxiety disorders in mainland China from 2000 to 2015. *Sci Rep.* 2016; 6:28033.
27. Maina G, Mauri M, Rossi A. Anxiety and depression *Journal of Psychopathology* 2016;22:236-250.
28. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet.* 2016;388(10063):3048-3059.
29. Brooks SJ, Stein DJ. A systematic review of the neural bases of psychotherapy for anxiety and related disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015;17(3):261-279.
30. Latas M, Trajkovic G, Bonevski D, Naumovska A, Vucinic Latas D, Bukumiric Z, et al. Psychiatrists' treatment preferences for generalized anxiety disorder. *Hum Psychopharmacol.* 2018;33(1).
31. Patriquin MA, Mathew SJ. The Neurobiological Mechanisms of Generalized Anxiety Disorder and Chronic Stress. *Chronic Stress (Thousand Oaks).* 2017;1.
32. Tortella M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace.* 2014(110).
33. Reyes-Ticas JA. Trastornos de ansiedad: guía práctica para el diagnóstico y tratamiento, Biblioteca virtual en salud. Honduras [en línea]. Disponible en: www.bvs.hn

34. Somers Jm, Goldner EM, Waraich P. et al. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders. A systematic review of literatures. *Can J Psychiatry*. 2006; 51: 110-113
35. Ylla Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de la ansiedad. *ASMR Revista Internacional*.
36. Mingote Adán C y Gálvez Herrer M. El estrés del médico. *Mas dermatología*. 2011; 15:16-19. <http://dx.doi.org/10.5538/1887-5181.2011.15.16>.
37. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. *Contextualización, práctica y literatura de apoyo*. 2010. 6(6), 53-56.
38. García Moran, María de Carmen; Gil Lacruz, Marta. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud *Persona*, núm. 19, enero-diciembre, 2016, pp. 11-30
39. Freire Garabal, M. El estrés amenaza la salud de uno de cada cinco trabajadores. En J. Gómez (2011, 10 de agosto), *Diario La Voz de Galicia*. http://www.lavozdegalicia.es/santiago/2011/08/10/0003_201108S10C3991.htm
40. Piñeiro Fraga María. Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enf. Global*. 2013. Vol. 31: 125-150
41. Aguado Martín, JI, Bátiz CA, Salomé QP. El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med Segur Trab* 2013; 59 (231) 259-275
42. Cortaza Ramírez L, Francisco Torres MD. Estrés laboral en enfermeros de un hospital de Veracruz. México. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm*. 2014; 4(1):20-6.
43. Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2020; 20:1---4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>.
44. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review

- of the evidence. The Lancet. 2020;395:912---20, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
45. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019-nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. The Lancet. 2020;395(10224): e37---8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3).
46. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain Behav Immun. 2020; S0889-1591(20)30309-3. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>.
47. Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. CMAJ. 2003; 168:1245---51.
48. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. Compr Psychiatry. 2018;87:123---7, <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>.
49. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, et al. Mental health care for medical staff in china during the COVID-19 outbreak. Lancet Psych. 2020;7:e15-6, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X).
50. Bai Y, Lin C, Chen JMD, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. Psychiatr Serv. 2004;55:1055---7, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.55.9.1055>.
51. Shultz JM, Cooper JL, Baingana F, Oquendo MA, Espinel Z, Althouse BM, et al. The role of fear-related behaviors in the 2013-2016 west africa ebola virus disease outbreak. Current Psychiatry Reports. 2016; 18:104, <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0741-y>.
52. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020;38(3):192-195. <http://dx.doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>.

53. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. 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*. 2020;17:1729, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
54. Chew N.W.S. Lee G.K.H. Tan B.Y.Q. Jing M. Goh Y. Ngiam N.J.H. et-al. Multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during covid-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 2020; ISSN: 0889-1591, Vol: 88, Page: 559-565. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>.
55. Bentaucourt MJ, Rodriguez C, Vallecillo I, Estela L. Síntomas de ansiedad y depresión en residentes de especialización médica con riesgo alto de estrés. *Psiquiatr Biol*. 2008; 15:147-52, [http://dx.doi.org/10.1016/s1134-5934\(08\)76485-6](http://dx.doi.org/10.1016/s1134-5934(08)76485-6).
56. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic. *J Nurs Manag*. 2020:2---22, <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13014>.
57. Huang y Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288(112954):1---19, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>.
58. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Net*. 2020;3:1---12, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>.
59. Reyes Guillén I, Gallegos M y Flores AL. Using Technologies in 21st Century: COVID-19 as an Acceleration Factor to Virtualize the World. 2020. Vol 5 Num. 8, *International Journal of Innovative Science and Research Technology*
60. Reyes Guillén I, et.al. “Perceptions of SARS-COVID2-19, the Confinement Measure, and the Fear of Death from the Lethality of This Virus” *International*

- Journal of Research in Sociology and Anthropology (IJRSA). 2020. Vol 6, no. 2, 2020, pp. 21-26. <https://doi.org/10.20431/2454-8677.0602004>.
61. Instituto Nacional de Salud Pública. Información sobre COVID-19. 2020. Recuperado de: <https://www.insp.mx/nuevo-coronavirus-2019.html>.
62. Dirección General de Epidemiología. Información general: COVID-19 Tablero México CONACYT. Gobierno federal. Actualizado: 30-08-2020. Recuperado de: <https://coronavirus.gob.mx/datos/>.
63. Secretaría de Salud. Casos COVID-19. 2020. Recuperado de: <http://coronavirus.saludchiapas.gob.mx/noticias>.
64. Carbaño Aguado I. SARS-CoV-2 y aparato digestivo. Rev Pediatr Aten Primaria. 2020;22. Recuperado de: <https://pap.es/articulo/13057/sars-cov-2-y-aparato-digestivo>.
65. Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. Manual for the Depresión Anxiety & Stress Scales. Psychology Foundation(2nd), 1995. Recuperado el 07 de agosto 2020, de <https://serene.me.uk/tests/dass-score-guide.pdf>.
66. Daza, P., Novy, D.M., Stanley, M.A. *et al.* The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 24, 195–205, 2002. <https://doi.org/10.1023/A:1016014818163>.
67. Antúñez, Zayra, & Vinet, Eugenia V. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*. 2012. 30(3), 49-55. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>.
68. Vinet, E., Rehbein, L., Román F., y Saiz, J. (2008). *Escalas abreviadas de depresión, ansiedad y estrés (dass — 21). Versión chilena traducida y adaptada*. Documento no publicado, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
69. Tovar García R. R. Efecto de una intervención basada en mindfulness en no apego, estrés, ansiedad y depresión [Internet]. Monterrey, Nuevo León, México: Abril; 2018 [cited 19 August 2020]. Available from: <http://eprints.uanl.mx/16384/1/1080290284.pdf>.

70. Gurrola Peña, G. M., Balcázar Nava, P., Bonilla Muños, M. P., & Virseda Heras, J. A. (2006). Estructura Factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(002), 3-7. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>.
71. Trastornos Mentales o Emocionales - Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimento (OSEI-RUM) [Internet]. Uprn.edu. 2020 [cited 19 August 2020]. Available from: https://www.uprm.edu/p/sei/trastornos_mentales_o_emocionales#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20de%20trastornos%20mentales,conducta%20funcional%20y%20relaciones%20personales.
72. Li, X., Li, S., Xiang, M., Fang, Y., Qian, K., Xu, J., et al. The prevalence and risk factors of PTSD symptoms among medical assistance workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of psychosomatic research*. 2020; 139;110270. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110270>
73. Si, M. Y., Su, X. Y., Jiang, Y., Wang, W. J., Gu, X. F., Ma, L., et al. Psychological impact of COVID-19 on medical care workers in China. *Infectious diseases of poverty*. 2020; 9(1):1-13. DOI: [10.1186 / s40249-020-00724-0](https://doi.org/10.1186/s40249-020-00724-0)
74. Sandesh, R., Shahid, W., Dev, K., Mandhan, N., Shankar, P., Shaikh, A., & Rizwan, A. Impact of COVID-19 on the mental health of healthcare professionals in Pakistan. *Cureus*. 2020; 12(7). DOI: [10.7759 / cureus.8974](https://doi.org/10.7759/cureus.8974)
75. Tan, B. Y., Chew, N. W., Lee, G. K., Jing, M., Goh, Y., Yeo, L. L., et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Annals of internal medicine*. 2020; 173(4):317-320. DOI: [10.7326 / M20-1083](https://doi.org/10.7326/M20-1083)
76. Liu, Y., Wang, L., Chen, L., Zhang, X., Bao, L., & Shi, Y. Mental health status of paediatric medical workers in China during the COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11:72. DOI: [10.3389 / fpsyt.2020.00702](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00702)

15. ANEXOS

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2020
Número de registro:	R-2020-703-059
Justificación y objetivo del estudio:	El propósito de este estudio es conocer el impacto que genera el COVID-19 en el personal de salud que labora en la Unidad de Medicina Familiar No.13, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Es evaluar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en los trabajadores de salud ya que se ha observado que estos problemas de salud mental se hacen presentes ante la enfermedad por COVID-19.
Procedimientos:	Se aplicarán cuestionarios de manera directa de datos personales y se utilizara la Escala DASS-21 (versión abreviada) auto aplicada, que es una herramienta validada y confiable para conocer la depresión, ansiedad y estrés en profesionales de la salud que atienden pacientes con COVID-19.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el estado mental de los profesionales de la salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 del IMSS, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se informará por escrito los resultados y conclusiones que resulten de este estudio si la o el participante lo solicite.
Participación o retiro:	Opcional, entiendo que conservo el derecho de participar y retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente
Privacidad y confidencialidad:	Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos y como lo marca la Ley General de Salud. La información se analizará de manera confidencial y general siendo solo utilizados de manera académica,

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No

Beneficios al término del estudio: Sí

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

Investigadores Responsables: DR. ELÍN HERNÁNDEZ MARROQUÍN

Colaboradores: DR. LUIS ENRIQUE TORRES RAMOS

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Elín Hernández Marroquín
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

CUESTIONARIO DE APLICACIÓN

Folio: _____



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

Instructivo. ¡Buen día! Soy el Dr. Elín Hernández Marroquín, Médico residente de la especialidad de Medicina familiar y estoy realizando una investigación, de la forma más atenta y respetuosa, le pido de favor si puede contestar este cuestionario que contiene la información necesaria para la evaluación. Por favor responda a todas las preguntas personalmente, marcando la opción que mejor se aplique a su caso. La información que proporcione será estrictamente confidencial.

Ficha de identificación de los profesionales de la salud

<table border="1"> <tr> <td style="width: 20%;">Edad</td> <td>_____ años</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Estado civil</td> <td>1. Soltero(a) ()</td> </tr> <tr> <td>2. Casado(a) ()</td> </tr> <tr> <td>3. Divorciado(a) ()</td> </tr> <tr> <td>4. Viudo(a) ()</td> </tr> <tr> <td>5. Unión libre ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Turno en el que labora</td> <td>1. Matutino ()</td> </tr> <tr> <td>2. Vespertino ()</td> </tr> <tr> <td>3. Nocturno ()</td> </tr> <tr> <td>4. Jornada Acumulada ()</td> </tr> <tr> <td>Estuvo enfermo de COVID-19</td> <td>1. Si () 2. No ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Cuántos familiares suyos se contagiaron</td> <td>0 ()</td> </tr> <tr> <td>1 ()</td> </tr> <tr> <td>2 ()</td> </tr> <tr> <td>3 ()</td> </tr> <tr> <td>4 ()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5 o más ()</td> </tr> </table>	Edad	_____ años	Estado civil	1. Soltero(a) ()	2. Casado(a) ()	3. Divorciado(a) ()	4. Viudo(a) ()	5. Unión libre ()	Turno en el que labora	1. Matutino ()	2. Vespertino ()	3. Nocturno ()	4. Jornada Acumulada ()	Estuvo enfermo de COVID-19	1. Si () 2. No ()	Cuántos familiares suyos se contagiaron	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()		5 o más ()	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">Sexo</td> <td>1. Masculino ()</td> </tr> <tr> <td>2. Femenino ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Ocupación</td> <td>1. Enfermero(a) ()</td> </tr> <tr> <td>2. Doctor(a) ()</td> </tr> <tr> <td>2.1. Residente ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Grado de escolaridad</td> <td>1. Licenciatura ()</td> </tr> <tr> <td>2. Especialidad ()</td> </tr> <tr> <td>3. Maestría ()</td> </tr> <tr> <td>4. Doctorado ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Antigüedad laboral (años)</td> <td>1.1-5 ()</td> </tr> <tr> <td>2. 6-10 ()</td> </tr> <tr> <td>3. 11- 15 ()</td> </tr> <tr> <td>4. 16- 20 ()</td> </tr> <tr> <td>5. 20 y más ()</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Le realizaron prueba para COVID-19</td> <td>1. Si ()</td> </tr> <tr> <td>2. No ()</td> </tr> </table>	Sexo	1. Masculino ()	2. Femenino ()	Ocupación	1. Enfermero(a) ()	2. Doctor(a) ()	2.1. Residente ()	Grado de escolaridad	1. Licenciatura ()	2. Especialidad ()	3. Maestría ()	4. Doctorado ()	Antigüedad laboral (años)	1.1-5 ()	2. 6-10 ()	3. 11- 15 ()	4. 16- 20 ()	5. 20 y más ()	Le realizaron prueba para COVID-19	1. Si ()	2. No ()
Edad	_____ años																																												
Estado civil	1. Soltero(a) ()																																												
	2. Casado(a) ()																																												
	3. Divorciado(a) ()																																												
	4. Viudo(a) ()																																												
	5. Unión libre ()																																												
Turno en el que labora	1. Matutino ()																																												
	2. Vespertino ()																																												
	3. Nocturno ()																																												
	4. Jornada Acumulada ()																																												
Estuvo enfermo de COVID-19	1. Si () 2. No ()																																												
Cuántos familiares suyos se contagiaron	0 ()																																												
	1 ()																																												
	2 ()																																												
	3 ()																																												
	4 ()																																												
	5 o más ()																																												
Sexo	1. Masculino ()																																												
	2. Femenino ()																																												
Ocupación	1. Enfermero(a) ()																																												
	2. Doctor(a) ()																																												
	2.1. Residente ()																																												
Grado de escolaridad	1. Licenciatura ()																																												
	2. Especialidad ()																																												
	3. Maestría ()																																												
	4. Doctorado ()																																												
Antigüedad laboral (años)	1.1-5 ()																																												
	2. 6-10 ()																																												
	3. 11- 15 ()																																												
	4. 16- 20 ()																																												
	5. 20 y más ()																																												
Le realizaron prueba para COVID-19	1. Si ()																																												
	2. No ()																																												

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”

Escala abreviada de Depresión, Ansiedad y Estrés 21 (DASS-21)

INSTRUCCIONES: Por favor lea las siguientes afirmaciones y marque la casilla de un número (0, 1, 2, 3) que indica lo que refleja tu propia experiencia durante la pandemia por COVID-19, no hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar. La escala de calificación es la siguiente:

0 1 2 3
 Nunca A veces Frecuentemente Casi siempre

		0	1	2	3
1	Me costó mucho relajarme				
2	Me di cuenta de que tenía la boca seca				
3	No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4	Se me hizo difícil respirar				
5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
6	Reacciones exageradamente en ciertas situaciones				
7	Sentí que mis manos temblaban				
8	Sentí que tenía muchos nervios				
9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podía hacer el ridículo.				
10	Sentí que no tenía nada por que vivir				
11	Noté que me agitaba				
12	Se me hizo difícil relajarme				
13	Me sentí triste y deprimido				
14	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15	Sentí que estaba al punto de pánico				
16	No me pude entusiasmar por nada				
17	Sentí que valía muy poco como persona				
18	Sentí que estaba muy irritable				
19	Sentí latidos de mi corazón a pesar de no haber tenido ningún esfuerzo físico				
20	Tuve miedo sin razón				
21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

“Impacto psicoemocional por COVID-19 en personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 13, delegación Chiapas”



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



2020
LEONA VICARIO
SECRETARÍA GENERAL DE LA FAMILIA

OFICIO: 070104252110/503/2020

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS A 07 DE OCTUBRE DE 2020

DR. LUIS ENRIQUE TORRES RAMOS
ASESOR.

DR. ELIN HERNANDEZ MARROQUIN
MEDICO RESIDENTE.

Por medio de la presente notificarle de la **NO INCONVENIENCIA** de realizar su protocolo de investigación bajo el título : **“IMPACTO PSICOEMOCIONAL POR COVID -19 EN PERSONAL DE SALUD EN LA UMF 13, DELEGACION CHIAPAS”** por lo que esperamos vernos favorecidos de la información que emane de esta.

Sin otro particular, le envío un cordial saludo.

Atentamente



Dr. Francisco Ricardo Escobar Diaz

N53 Director de la Unidad UMF 13

Bldv. Art. 123 Esquina Presa Chicoasen, Col. Las

Palmas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. CP. 29040

Teléfono: (01961)-6141388

francisco.escobardi@imss.gob.mx

Instituto Mexicano del Seguro Social

Delegación Estatal en Chiapas

Unidad Medica Familiar No. 13