UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ

IMPACTO PSICOLÓGICO COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID-19: DIFERENCIAS ENTRE PERSONAL DE SALUD Y POBLACIÓN GENERAL.

Por

SOFÍA LUNA GARZA

Como requisito parcial para obtener el grado de ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Noviembre de 2022

IMPACTO PSICOLÓGICO COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID-19: DIFERENCIAS ENTRE PERSONAL DE SALUD Y POBLACIÓN GENERAL.

Aprobación de la tesis:

Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza

Director de la Tesis

Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza

Coordinador de Enseñanza

Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe

Coordinador de Investigación

Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano

Jefe del Departamento de Psiquiatría

Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos que conformaron el equipo de investigación, sin quienes esto no hubiera sido posible. Inicialmente a mi director de tesis, Dr. Alfredo Cuéllar por su apoyo y disposición a compartir sus conocimientos a través de sus sugerencias y cada adversidad presente durante el inicio y el transcurso del proyecto, por ser una persona con disposición de ayudar e impulsarme en todo momento. A la Lic. Saraí González, por el apoyo brindado durante el todo el estudio de investigación y la coordinación de este, por sus comentarios, recomendaciones y por siempre estar al pendiente y ayudarme a construir y dar cada paso de este estudio dentro de lo profesional y fuera de esto, siendo una persona de apoyo en lo personal y ayudarme en cada paso de mi carrera como psiquiatra desde el inicio hasta el final. Al Dr. Carlos de la Cruz por su disposición a ayudarme en todo momento cuando más lo necesite, por estar allí cuando mis horas de trabajo se hacían confusas y por sacarme del hoyo en el que me encontraba.

A mis profesores por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación, perseverancia y tolerancia.

A mis padres, quienes siempre han sido 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. Hoy cuando concluyó mis estudios, les dedico a ustedes este logro, como una meta más conquistada. Orgullosa de que estén a mi lado en este momento tan importante. A mi hermana Yésica, quien me ha acompañado desde que decidimos dividirnos entre los primeros días de la fecundación, quien me ha acompañado a lo largo de mi vida y de mis estudios, quien siempre ha sido un apoyo importante durante mi formación profesional.

A mis compañeros y amigos, quienes hoy culminan esta trayectoria profesional junto conmigo, sin dejar de recordar las horas de trabajo que pasamos juntos a lo largo de nuestra residencia. No puedo dejar de agradecerles por su apoyo y constancia, al estar en las horas y días más difíciles del camino, siempre impulsándonos a mejorar, gracias por levantarme cuando yo no podía, por todo el aprendizaje y formar parte de este proyecto, sin ustedes no hubiera sido posible, simplemente gracias por siempre estar allí.

Finalmente, al Departamento de Psiquiatría, a la institución por permitirme formar parte del equipo y por su disposición a instruirme durante estos años y permitirme cumplir este sueño y objetivo de vida, por brindarme con las herramientas necesarias para llevarlo a cabo.

TABLA DE CONTENIDO

TÍTULO Y APROBACIÓN 1

AGRADECIMIENTOS 3

TABLA DE CONTENIDO 4

NOMENCLATURAS 6

RESUMEN 7

CAPÍTULO 1 9

1.1 INTRODUCCIÓN 9

CAPÍTULO 2 16

2.1 JUSTIFICACIÓN 16

CAPÍTULO 3 17

3.1 PROBLEMA DE ESTUDIO 17

3.2 OBJETIVO PRIMARIO 17

3.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS 18

CAPÍTULO 4 19

4.1 MATERIALES Y MÉTODOS 19

4.1.1 Población 19

4.1.2 Instrumentos 20

4.1.3 Diseño: tipo de estudio 22

4.1.4 Criterios de inclusión 22

4.1.5 Criterios de exclusión 22

4.1.6 Cálculo de muestra 23

4.1.7 Análisis estadístico propuesto 24

CAPÍTULO 5 25
5.1 RESULTADOS 25
5.1.1 Resultados descriptivos 25
5.1.1.1 Datos sociodemográficos y antecedentes generales 25
5.1.1.2 Clinimetría descriptiva 27
5.1.2 Comparaciones entre grupos 29
5.1.2.1 Correlación de escalas clinimétricas 32
5.1.2.2 Comparaciones con datos sociodemográficos y antecedentes de importancia 33
CAPÍTULO 6 43
6. DISCUSIÓN 43
CAPÍTULO 7 48
7.1 CONCLUSIÓN 48
CAPÍTULO 8 50
8.1 BIBILIOGRAFÍA 50
CAPÍTULO 9 57
9.1 APÉNDICES 57
9.1.1 Apéndice 1. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9) 58
9.1.2 Apéndice 2. Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) 59
9.1.3 Apéndice 3. Escala del impacto de sucesos revisada (EIE-R) 60
9.1.4 Apéndice 4. Índice de deterioro de sueño (ISI) 61
9.1.5 Apéndice 5. Inventario de burnout de Maslach (MBI) 62
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO 63

NOMENCLATURAS

EIE-R	Escala de impacto de sucesos revisada
GAD-7	Escala de trastorno de ansiedad generalizada-7
ISI	Índice de deterioro de sueño
MBI	Inventario de Burnout de Maslach
PG	Población general
PHQ-9	Cuestionario sobre la salud del paciente-9
PSC	Personal de salud de área COVID-19
PSNC	Personal de salud en área no COVID-19
TDAH	Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
TOC	Trastorno obsesivo compulsivo

RESUMEN

Sofia Luna Garza **Fecha de obtención de grado:** marzo 2023

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Medicina

IMPACTO PSICOLÓGICO COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID-19:

DIFERENCIAS ENTRE PERSONAL DE SALUD Y POBLACIÓN GENERAL.

Número de páginas: 52 Candidato para el Grado de Especialidad en Psiquiatría
Aprobado por el H. Consejo Universitario

Área de Estudio: Psiquiatría

Propósito y Método del Estudio:

El propósito del estudio fue detectar síntomas psiquiátricos en personal de salud involucrado en atención a pacientes con COVID-19, comparar síntomas depresivos, ansiosos, alteraciones en el sueño, burnout, estrés agudo y postraumático entre la población general y personal de salud (encargados de atención a pacientes con COVID-19 y personal no expuesto. Se les invitó a participar mediante encuesta en línea a todo aquel que deseó hacerlo. Se recabaron datos sociodemográficos, antecedentes médicos de relevancia y se aplicaron escalas correspondientes para medición de síntomas psiquiátricos dentro de las que se incluyeron, síntomas de burnout, síntomas de ansiedad, depresión, estrés agudo y postraumática, a las personas que accedieron participar de manera voluntaria en el protocolo. Las escalas que se incluyeron en el proyecto son las siguientes: MBI para detección de síntomas de agotamiento laboral o burnout (únicamente a personal de salud), PHQ-9, para medición de síntomas depresivos, GAD-7 para detección de síntomas de ansiedad, EIR-R, para detección de síntomas de estrés agudo y estrés postraumático, ISI para detección de alteraciones en el sueño. La aplicación de escalas tomó 40 minutos aproximadamente y se concluyó su participación.

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y comparativo. Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. De las variables evaluadas se obtuvieron estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, dispersión y posición) para las variables de tipo cuantitativo, así como frecuencias observadas para las variables cualitativas. Los valores de estudio fueron contrastados según la exposición o no exposición a tratamiento de pacientes con COVID-19, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y proporciones (Z), según el tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizó mediante las pruebas de Chi2 y Pearson o Sperman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

Contribuciones y Conclusiones:

Con el inicio de los contagios de COVID-19 alrededor del mundo, vinieron muchos cambios, tanto sociales, económicos, políticos y de salud. Entre ellos el declive de la salud mental en general, aumentando la incidencia de síntomas de depresión y ansiedad (Robinson et al., 2020).

Tanto los médicos como la población en general obtuvieron resultados comparables en síntomas psiquiátricos, esto indica que se deben de tomar medidas de prevención secundaria y terciaria para las personas que lo requieran, así como realizar estudios que pudieran valorar factores de riesgo para padecer alguna enfermedad mental.

Los médicos de primera línea de COVID-19 obtuvieron valores mayores de burnout y se deben de tomar medidas para prevención de este, ya que se ha reportado que pudiera ocasionar desgaste emocional, creando mayores dificultades para llevar adecuadamente su labor dentro del hospital trabajando con pacientes lo que podría llegar a tener consecuencias negativas para los pacientes a su cargo.

Es necesario implementar estrategias de prevención para esta población en específico para el burnout, ya que al mismo tiempo aumentan el riesgo de padecer enfermedades metabólicas y cardiovasculares y alguna enfermedad mental en el futuro.

Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza

Firma del asesor

CAPÍTULO 1

1.1 INTRODUCCIÓN

La palabra pandemia proviene del griego *pan* que significa "todos" y *demos* "la gente", y comúnmente se utiliza para referirse a la propagación generalizada de enfermedades contagiosas en todo el país o uno o más continentes al mismo tiempo (Barmania, 2009). Esta debe de tener un alto grado de infectividad y un fácil traslado de un sector geográfico a otro, normalmente es producida por un virus que se propaga por el mundo, al cual, la mayoría de las personas no tienen inmunidad. (Henao-Kaffure, 2010). Se han presentado varias pandemias a lo largo de la historia de la humanidad, que han resultado en problemas económicos, emocionales, políticos, etc. que han llevado a tomar un plan de acción para limitar su propagación.

La pandemia que ocurre a nivel mundial es causada por un virus de la familia coronaviridae, la enfermedad por coronavirus 2019 es una infección del tracto respiratorio, que fue primeramente reconocida en diciembre del 2019 en Wuhan, China. (Chinese Center for Disease Control and Prevention, 2020).

La mayor parte de los infectados por este virus presenta síntomas leves de la enfermedad, sin embargo, los pacientes pueden llegar a presentar síntomas moderados a severos junto con complicaciones. Se presenta principalmente con síntomas caracterizados por infección de tracto respiratorio, que incluyen tos, fiebre, disnea, fatiga, cefalea, por otra parte, habrá pacientes que experimenten síntomas de una neumonía, distrés respiratorio y sepsis. (World Health

Organization, 2020a) Es un virus altamente contagioso, se ha extendido rápidamente de una sola ciudad a todo el país en muy corto tiempo, (Chinese Center for Disease Control and Prevention, 2020) ha causado un gran brote global y es un importante problema de salud pública. (Karim, R. Yaziilan, S. 2020)

El 30 de enero del 2020, el director general de la OMS declaró que el brote de COVID-19 era una emergencia de salud pública de importancia internacional. (Organización Panamericana de la Salud, 2020a). Al 22 de abril del 2020 se notificaron en todo el mundo a la OMS casi 2,5 millones de casos de COVID-19 y más de 180 000 fallecimientos. Se observan tendencias diferentes dependiendo de la región. (Karim, R. Yaziilan, S. 2020)

El primer caso reportado en América se confirmó en Estados Unidos el 20 de enero del 2020. (Organización Panamericana de la Salud, 2020a). En México fue el 28 de febrero del 2020 cuando se dio a conocer el primer caso positivo (Lafuente, 2020) y desde entonces la cantidad de personas contagiadas y fallecidas han aumentado drásticamente hasta la fecha. (World Health Organization, 2020b).

Como consecuencia el impacto de la pandemia trajo consigo la acción e implementación de estrategias de intervención para disminuir la propagación del virus, estas son acciones tomadas por los individuos, instituciones, comunidades, gobiernos locales o nacionales. Entre ellas el distanciamiento social, aislamiento de personal, cuarentena de personas. (Organización Panamericana de la Salud, 2020b).

Así mismo las medidas que se han llevado a cabo aunado a las consecuencias de la pandemia y todas sus implicaciones propician a una vulnerabilidad para presentar problemas emocionales.

Se han estudiado a lo largo de los años, las consecuencias emocionales de desastres naturales, pandemias, guerras, entre otras, demostrando que existe una correlación entre estos y los problemas psiquiátricos en la población expuesta en general, (Manderscheid, 2007; Perrin et al.,

2009; Ramalingaswami, 2001) que van desde trastornos depresivo, ansiedad, fobia, estrés agudo y estrés postraumático. (Fiorillo and Gorwood, 2020; Kessler and Wittchen, 2008)

Igualmente se ha visto que las medidas de contención de propagación del virus antes mencionadas también pueden ser un factor importante del desarrollo de síntomas emocionales en la población general. (Chatterjee and Chauhan, 2020)

El impacto emocional en el personal de salud también se ha estudiado en diferentes contextos, que incluyen situaciones de estrés y mayor carga de trabajo en profesionales de la salud, como infecciones biológico-contagiosas, situaciones de guerra, que demuestran que los niveles de ansiedad de estos aumenta, así como el burnout y síntomas depresivos. (Carnes, 2009; López-Castillo et al., 1999). A continuación, se describirán los principales trastornos desencadenados por este tipo de situaciones.

La ansiedad se ha conceptualizado como una respuesta fisiológica y conductual significativa generada para evitar daños y elevar las posibilidades de supervivencia. Es una emoción que resultó del proceso evolutivo y funciona como una respuesta adaptativa al estrés o situaciones estresantes, facilitando la supervivencia a los riesgos potenciales. (Gelfuso et al., 2014). Se caracteriza por ser una preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente, y a la persona que lo experimenta le es difícil controlar su preocupación, se caracteriza por una inquietud o sensación de estar atrapado, se siente fácilmente fatigado, hay dificultad en la concentración, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño. (American Psychiatric Association, 2014)

El trastorno depresivo mayor es una de las enfermedades mentales más comunes y es etiológicamente complejo e incapacitante, se caracteriza por un cambio del funcionamiento previo de los individuos (Uchida et al., 2018). Dentro de los síntomas que se presentan se incluyen sentimiento de tristeza, disminución importante del interés o el placer por todas o casi

todas las actividades la mayor parte del día, pérdida de peso importante sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamiento de muerte recurrentes, que causan un deterioro significativo en el funcionamiento de quien la padece (American Psychiatric Association, 2014)

El estrés postraumático es la consecuencia psicopatológica más prevalente posterior a la exposición a un evento traumático. Las características centrales del trastorno de estrés postraumático son la persistencia de reacciones intensas, recuerdos angustiosas recurrentes en los que el contenido está relacionado al suceso traumático, reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático, malestar psicológico intenso o prolongado, reacciones fisiológicas intensas al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso, además de una evitación y temor a los recordatorios del evento desencadenante, la alteración del estado de ánimo y la cognición, una sensación generalizada de amenaza inminente, sueño perturbado e hipervigilancia (American Psychiatric Association, 2014; Shalev et al., 2017).

El concepto de agotamiento de personal o burnout se define como “fallar, desgastarse o agotarse al hacer demandas excesivas de energía, fuerza o recursos.” Esto es lo que pasa cuando un miembro del personal en alguna institución se desgasta por cualquier motivo y deja de funcionar para todos los intentos y propósitos. Se explora en términos de signos físicos e indicadores de comportamiento. Tiene una variedad de síntomas presentándose de diversas maneras de persona a persona (Freudenberger, 1974). Las tres dimensiones características del síndrome de burnout son agotamiento emocional, despersonalización, e ineficacia en el desarrollo personal. Las personas que experimentan agotamiento emocional se sienten apáticas e indiferentes sobre su trabajo y ya no pueden involucrarse en situaciones que surgen durante su jornada laboral. A medida que el agotamiento emocional se vuelve más severo, ocurre la

despersonalización y el cinismo, con el individuo teniendo una actitud negativa hacia su trabajo y lugar de trabajo y sintiéndose ajeno a él. El tercer componente, logro personal reducido, se refiere a sentimientos de incompetencia y disminución de la productividad laboral incluso ante el logro (Bridgeman et al., 2017; Eisenstein, 2020).

Los cambios en las condiciones de trabajo están asociados a una prevalencia de riesgos psicosociales que podrían afectar la salud física y mental. El síndrome de burnout es uno de los más relacionados con la práctica médica (Shanafelt et al., 2012). Los profesionales que más se han visto afectados son los encargados de servicios con mayor demanda, por ejemplo, el servicio de urgencias se encuentra dentro de los más vulnerables (Moukarzel et al., 2019), así mismo los encargados de cuidados intensivos (Van Mol et al., 2015). Con la llegada del nuevo virus que ha causado problemas a nivel mundial, los médicos son los que se encuentran en la primera línea de combate ante esta pandemia, sin embargo, son también uno de los grupos más vulnerables que podrían sufrir algún tipo de estrés con consecuencias físicas y mentales negativas.

Como se expuso anteriormente, a lo largo de la historia se han presentado diversas pandemias en el mundo, se han publicado artículos que hablan acerca del impacto emocional que puede causar una pandemia en la población general, y se ha demostrado que el coronavirus a afectado de manera negativa en la salud mental, mostrando mayores niveles de ansiedad, depresión, así como un decremento en emociones positivas (Li et al., 2020). La cuarentena impuesta o el aislamiento es una experiencia poco familiar y desagradable que implica la separación de amigos y familiares, y una desviación de las rutinas cotidianas habituales. El aislamiento causa problemas psicosociales, ya que disminuyen las interacciones sociales y pueden ser factores de riesgo para ciertas enfermedades mentales. (Fiorillo and Gorwood, 2020; Usher et al., 2020).

No solo la población general sufre o presenta consecuencias negativas a su salud emocional, el personal encargado de atender a los pacientes presenta una mayor carga de trabajo que podrían generar como consecuencia, problemas emocionales. Existe un conocimiento cada vez

mayor de que los trabajadores de la salud experimentan una variedad de consecuencias psicológicas al responder a diversos eventos de desastre. También hay evidencia de incidentes que involucran escenarios químicos, biológicos, radiológicos o nucleares, así como los incidentes en los que los trabajadores están expuestos a materiales peligrosos secundarios durante la respuesta, están asociados con un mayor riesgo psicológico para la salud mental. (Schreiber et al., 2019). Los profesionales de la salud se encuentran bajo estrés ocupacional por la carga de trabajo que presentan y los tipos de enfermedades que estos tratan, llegando a presentar niveles de estrés que los pueden conducir a un periodo de burnout. (López-Castillo et al., 1999)

Las consecuencias psicosociales que trae la pandemia de COVID-19 son particularmente para varios grupos de personas, los cuales incluyen a los pacientes que han estado directa o indirectamente en contacto con el virus; a los que ya son vulnerables a estresores biológicos o psicosociales (incluidas las personas afectadas por problemas de salud mental); a profesionales de la salud. (Fiorillo and Gorwood, 2020).

Continuando con estos últimos, el personal de salud, en el contexto de la pandemia que, el personal encargado de estos pacientes, tuvieron una exposición a mayor carga de trabajo por un aumento en la demanda de servicios de salud, que podría traer consecuencias en su salud mental. (Jun et al., 2020). Se han estudiado en otras regiones las implicaciones emocionales que afectan al personal de salud, en donde se ha demostrado que el personal de salud que se encarga del tratamiento de pacientes con coronavirus presenta síntomas psiquiátricos, dentro de los cuales se incluyen síntomas depresivos, ansiedad, estrés y trastornos del sueño, principalmente insomnio. (Lai et al., 2020; Xiao et al., 2020). Además, el agotamiento del médico ha tomado la forma de una epidemia que puede afectar los dominios centrales de la prestación de atención médica, incluida la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la satisfacción del paciente. (Panagioti et al., 2018).

Se reportaron en algunos países el aumento de suicidios en personal médico que se encarga de atender pacientes con COVID-19, así como en personal de enfermería. Es por eso por lo que se deben llevar a cabo estrategias que aseguren al personal. Principalmente identificar a las personas que pudieran estar siendo afectadas emocionalmente. Además de asegurar una comunicación efectiva, construir apoyo comunitario, que incluya asistencia proactiva y emocional durante la crisis. (Chen et al., 2020; Kim et al., 2020).

CAPÍTULO 2

2.1 JUSTIFICACIÓN

La pandemia puede impactar la salud mental de manera negativa tanto en la población en general como en el personal de salud. Las medidas de distanciamiento social que se llevaron a cabo en el país y a nivel mundial, pueden tener un impacto psicológico en la población general. El personal de salud es la primera línea de atención en pacientes con COVID-19, por lo cual es importante conocer las consecuencias psicológicas adversas que estos pudieran estar presentando, así como identificar factores de riesgo y protectores que pudieran estar implicados.

CAPÍTULO 3

3.1 PROBLEMA DE ESTUDIO

El impacto emocional en el personal de salud y la población general durante la pandemia es un tema de interés, ya que los primeros son los principales encargados de diagnóstico, tratamiento y atención médica de los pacientes con COVID-19, así mismo, se encontraban sometidos a mayor carga de trabajo debido a una mayor demanda de atención. Los problemas emocionales que pueden llegar a presentar son muy variados, desde síndrome de burnout, trastornos depresivos, ansiosos, alteraciones en el sueño, estrés agudo, estrés postraumático, entre otras, que pueden tener consecuencias graves en su salud, incluso llegando al suicidio, así mismo podrían tener consecuencias a nivel laboral. Es importante poner atención a esta población e identificar al personal que podría estar teniendo consecuencias negativas en su salud mental para poder prevenir un desenlace con consecuencias graves.

3.2 OBJETIVO PRIMARIO

Detección de síntomas psiquiátricos en personal de salud involucrado en atención a pacientes con COVID-19.

3.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS

Comparar síntomas depresivos, ansiosos, alteraciones en el sueño, burnout, estrés agudo y postraumático entre la población general y personal de salud.

Comparar síntomas depresivos, ansiosos, alteraciones en el sueño, burnout, estrés agudo o postraumático entre personal de salud encargado de atender pacientes con coronavirus y personal de salud no expuesto.

Comparar diferencias entre los diferentes subgrupos de personal de salud (médicos, enfermeros, técnicos, personal administrativo)

Evaluar diferencias en factores sociodemográficos y presencia de síntomas psiquiátricos en personal de la salud y la población en general

Correlacionar escalas clinimétricas de personal de salud expuesto a pacientes con diagnóstico de COVID-19.

Correlacionar escalas clinimétricas de personal de salud no expuesto a pacientes con diagnóstico de COVID-19.

Correlacionar escalas clinimétricas de población general.

CAPÍTULO 4

4.1 MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.1 Población

Se tomaron en cuenta 3 grupos, los cuales incluyen personal de salud (médicos generales, especialistas, enfermeros, residentes, técnicos radiólogos, personal administrativo) encargados directa o indirectamente de atender pacientes con diagnóstico de coronavirus, personal de salud no expuesto a atención de pacientes con coronavirus y un tercer grupo que incluyó a la población general, no relacionada al ámbito hospitalario.

El grupo de casos fue conformado por personal de salud implicado en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de COVID-19. El grupo control consistió en personal de salud no expuesto a tratamiento de pacientes con diagnóstico de coronavirus. Se incluyó un tercer grupo de población general.

Se les invitó a participar mediante encuesta en línea a todo aquel que deseó hacerlo, dentro de la república mexicana. Se recabaron datos sociodemográficos, antecedentes médicos de relevancia y se aplicaron escalas correspondientes para medición de síntomas psiquiátricos dentro de las que se incluyeron, síntomas de burnout, síntomas de ansiedad, depresión, estrés

agudo y postraumático, a las personas que accedieron participar de manera voluntaria en el protocolo.

Se anexó un apartado dentro de la encuesta en donde se explicaron los objetivos del estudio, que su participación es de manera voluntaria y las medidas de confidencialidad que se tomarían en cuenta para recabar los datos de cada participante.

Las escalas que se incluyeron en el proyecto son las siguientes: MBI para detección de síntomas de agotamiento laboral o burnout (únicamente a personal de salud), PHQ-9, para medición de síntomas depresivos, GAD-7 para detección de síntomas de ansiedad, EIE-R, para detección de síntomas de estrés agudo y estrés postraumático, ISI para detección de alteraciones en el sueño. La aplicación de escalas tomó 40 minutos aproximadamente y se concluyó su participación.

4.1.2 Instrumentos

MBI (Inventario de Burnout de Maslach), se trata de un instrumento autoaplicable que consta de 22 ítems con respuesta tipo Likert, tomando aproximadamente 5-10 minutos responder, se utiliza para detección de síntomas de agotamiento laboral. Se divide en sub escalas las cuales incluyen de realización personal, de despersonalización y agotamiento emocional. En la subescala de Agotamiento Emocional puntuaciones de 27 o superiores serían indicativas de un alto nivel de burnout, el intervalo entre 19 y 26 corresponden a puntuaciones intermedias siendo las puntuaciones por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajo o muy bajo. En la subescala de Despersonalización (D) puntuaciones superiores a 10 serían nivel alto, de 6 a 9 medio y menor de 6 bajo grado de despersonalización. Y en la subescala de Realización Personal (PA) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 30 puntos indicaría baja

realización personal, de 34 a 39 intermedia y, superior a 40, sensación de logro Se encuentra validada en el idioma español (Gil-Monte, 2002).

PHQ-9 (Cuestionario sobre la salud del paciente-9), es una escala que consiste en 9 ítems con respuesta tipo Likert, que va de una puntuación de 0-27, clasificados del 0-4 como sin síntomas depresivos, 5-9 síntomas leves, 10-14 síntomas moderados, 15-19 síntomas moderadamente graves, 20-27, síntomas graves, se utiliza para detección de síntomas de trastorno depresivo descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5. Es una escala autoaplicable, que toma entre 5-7 minutos responder aproximadamente. Cuenta con validez al español (Arrieta et al., 2017).

GAD-7 (Escala de trastorno de ansiedad generalizada-7), es una escala que consiste en 7 ítems con respuesta tipo Likert para detección de síntomas ansiosos en base a los descritos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Se trata de una escala autoaplicable, tomando de 5-10 minutos aproximadamente. Cuenta con validez al español. Varía en una puntuación entre 0-21, en donde 0-4 puntos se considera normal, 5-9 síntomas leves, 10-14 síntomas moderados y de 15-21 se consideran síntomas severos de ansiedad (Muñoz-Navarro et al., 2017).

EIE-R (Escala de impacto de sucesos revisada), es una escala que se utiliza para detección de síntomas de estrés agudo o postraumático, consta de 22 ítems con respuesta tipo Likert, tomando 5-10 minutos responder. Es una escala autoaplicable que se encuentra validada al español. Los resultados varían en una puntuación de 0-88 puntos, se subdivide en 3 escalas que incluyen subescala de evitación, intrusión y activación, sin embargo, no cuentan con un punto de corte, entre más alta la puntuación en la escala, presenta mayor gravedad de síntomas de estrés (Báguena et al., 2001).

ISI (Índice de deterioro de sueño), se trata de una escala utilizada para detección de alteraciones en el sueño. Es una escala autoaplicable que consta de 5 ítems, tomando 5 minutos en responder. Se encuentra validada al español. Esta escala varía en una puntuación del 0-28 en donde 0-7 se clasifica como sin insomnio, 8-14 insomnio por debajo del umbral, 15-21 insomnio clínico de gravedad moderada y 22-28 insomnio clínico grave. (Fernandez-Mendoza et al., 2012).

4.1.3 Diseño: tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y comparativo, que evaluó la presencia de síntomas psiquiátricos en población general y personal de salud. Además se comparó entre grupos de personal encargado de atender a pacientes con diagnóstico de COVID-19 y personal de salud no expuesto.

4.1.4 Criterios de inclusión

- Personal de salud encargado de tratamiento y atención a pacientes con diagnóstico de coronavirus.
- Personal de salud no expuesto a pacientes con diagnóstico de coronavirus.
- Población general que deseó participar de manera voluntaria.
- Mayores de 18 años.

4.1.5 Criterios de exclusión

- Personas que no estuvieron dispuestas a participar por cualquier causa.
- Personas que laboraban en el hospital universitario “Dr. José Eleuterio González”

4.1.6 Cálculo de muestra

DIFERENCIA DE DOS PROPORCIONES

$$n=\frac{(p_1q_1+p_2q_2)(K)}{(p_1-p_2)^2}$$

valor P1	0.45	0.2475		n =	96.7875
valor Q1	0.55		0.04		
valor P2	0.25	0.1875			
valor Q2	0.75				
valor K	8.9				

Se realizó un cálculo de tamaño de muestra por medio de la fórmula estimación de dos proporciones (ajustado para tres grupos) a partir de un estimado de 45% de trastorno psiquiátrico en personal de salud expuesto a pacientes sospechosos y/o confirmados de COVID-19, y una disminución a 25% en personal no expuesto o población general, con un nivel de significancia a dos colas del 5%, y un poder del 80%, **se requirieron al menos 97 sujetos de investigación por grupo.**

Poder					
Nivel significación dos colas	**50%**	**80%**	**90%**	**95%**	**Nivel significación una cola**
0.1	2.7	6.2	8.6	10.8	0.05
0.05	3.8	7.9	10.5	13.0	0.025
0.025	5.4	10.0	13.0	15.8	0.01
0.01	6.6	11.7	14.9	17.8	0.005

Variables de la fórmula:

$\mathbf{p_1}$= Proporción esperada de la variable de interés en grupo 1.

$\mathbf{p_2}$= Proporción esperada de la variable de interés en grupo 2.

$\mathbf{q_1}$ = 1-p_1 (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)

$\mathbf{q_2}$ = 1-p_2 (complementario, sujetos que no tienen la variable de estudio)

K= Constante *K* determinada por valores de z_α y z_β.

4.1.7 Análisis estadístico propuesto

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. De las variables evaluadas se obtuvieron estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, dispersión y posición) para las variables de tipo cuantitativo, así como frecuencias observadas para las variables cualitativas.

Los valores de estudio fueron contrastados según la exposición o no exposición a tratamiento de pacientes con COVID-19, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y proporciones (Z), según el tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizó mediante las pruebas de Chi2 y Pearson o Sperman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

CAPÍTULO 5

5.1 RESULTADOS

5.1.1 Resultados descriptivos

Se recibieron un total de 404 respuestas a los formularios en línea, de los cuales 119 corresponden al grupo de población general, 198 al grupo de personal de salud, 101 correspondientes a personal de salud de primera línea contra COVID-19, se excluyeron 87 participantes por falta de respuesta a preguntas y por cumplir con alguno de los criterios de exclusión mencionados previamente.

5.1.1.1 Datos sociodemográficos y antecedentes generales

La muestra final fue de 317 pacientes, 226 (71.29%) femeninos, con una edad media 35.5 años (DS= 11.64), la mayor parte de ellos solteros (48.9%), con posgrado (48.9%), de clase media (77.3%) (Tabla 1).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

Edad	35.5	(18-68)
Sexo		

Masculino	91	(28.7%)
Femenino	226	(71.3%)
Nivel educativo		
Preparatoria	30	(9.5%)
Universidad	132	(41.6%)
Posgrado	155	(48.9%)
Estado civil		
Soltero/a	155	(48.9%)
Casado/a	105	(33.1%)
Divorciado/a	15	(4.7%)
Separado/a	8	(2.5%)
Unión libre	34	(10.7%)

Así mismo se interrogaron antecedentes de enfermedades crónicas y psiquiátricas, también antecedentes psiquiátricos en familiares de primer grado. (Tabla 2). Un total de 110 participantes presentan alguna enfermedad crónica (34.7%). Un total de 109 participantes cuenta con al menos un diagnóstico psiquiátrico previo. En cuanto a antecedentes psiquiátricos familiares, 94 participantes fueron positivos (29.3%).

Tabla 2. Antecedentes

Comorbilidades		
Diabetes mellitus	13	(4.1%)
Hipertensión arterial	25	(7.9%)
Sobrepeso	44	(13.9%)
Obesidad	31	(9.8%)
Algún tipo de cáncer	1	(0.3%)
Enfermedades reumatológicas	5	(1.6%)
Epilepsia	4	(1.3%)
Otras	27	(8.5%)
Comorbilidades psiquiátricas		
Depresión mayor	73	(23.0%)
Trastorno bipolar	10	(3.2%)
Ansiedad generalizada	46	(14.5%)
Trastorno de pánico	6	(1.9%)
Trastorno de la conducta alimentaria	9	(2.8%)
Trastorno de déficit de atención / hiperactividad	4	(1.3%)
Trastorno obsesivo compulsivo	2	(0.6%)
Trastorno límite de la personalidad	6	(1.9%)
Otro	5	(1.6%)
Antecedentes psiquiátricos en familia de primer grado		
Depresión mayor	56	(17.7%)

Trastorno bipolar	3	(0.9%)
Ansiedad generalizada	30	(9.5%)
Trastorno de pánico	1	(0.3%)
Esquizofrenia	5	(1.6%)
Trastorno de la conducta alimentaria	1	(0.3%)
Trastorno de déficit de atención / hiperactividad	3	(0.9%)
Trastorno obsesivo compulsivo	2	(0.6%)
Trastorno límite de la personalidad	4	(1.3%)
Otros	6	(1.9%)
Desconocido	6	(1.9%)

5.1.1.2 Clinimetría descriptiva

Dentro de los objetivos se evaluaron síntomas psiquiátricos en la muestra recabada, dividiendo por grupos a los participantes en personal de salud que a su vez se divide en personal de salud de primera línea y personal de salud de segunda línea, y en población general sin relación con el ámbito hospitalario.

Se compararon síntomas depresivos, ansiosos, alteraciones en el sueño, burnout y estrés postraumático. Los síntomas depresivos estuvieron presentes en el 36.1% de los participantes; ansiedad en el 35.1%; insomnio en 18.7%. El tamizaje de estrés postraumático se aplicó únicamente a los participantes con antecedente de evento traumático a lo largo de su vida, de estos 219 sujetos, el 39.3% resultó positivo para sintomatología de estrés postraumático. Por último, la escala de burnout se aplicó únicamente al grupo de personal de salud, de los cuales un 29.9% presentó síntomas de burnout en las 3 subescalas. (Tabla 3)

Tabla 3. Clinimetría

PHQ-9 (n=317)		
Ninguno o mínimo	116	(36.6)
Síntomas leves	86	(27.1%)
Síntomas moderados	58	(18.3%)
Síntomas moderadamente-severos	29	(9.1%)

Síntomas graves	28	(8.8%)
GAD-7 (n=317)		
Sin ansiedad	121	(38.2%)
Ansiedad leve	84	(26.5%)
Ansiedad moderada	65	(20.5%)
Ansiedad grave	47	(14.8%)
EIE-R (n=219)		
Positivo	86	(39.2%)
Negativo	133	(60.7%)
ISI (n=317)		
Sin insomnio	157	(49.5%)
Insomnio leve	100	(31.5%)
Insomnio moderado	50	(15.8%)
Insomnio grave	10	(3.2%)
MBI (n=201)		
Positivo	60	(29.9%)
Negativo	141	(70.1%)
Subescala cansancio (n=201)		
Bajo	79	(24.9%)
Medio	45	(14.2%)
Alto	74	(23.3%)
Subescala despersonalización (n=201)		
Bajo	114	(36.0%)
Medio	38	(12.0%)
Alto	46	(14.5%)
Subescala realización personal (n=201)		
Bajo	92	(29.0%)
Medio	42	(13.2%)
Alto	64	(20.2%)

*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada;; ISI= Inventario de severidad de insomnio; MBI= Inventario de burnout de Maslach.

Se llevó a cabo el análisis de medias de las escalas de acuerdo con puntuación cuantitativa obtenida (Tabla 4.)

Tabla 4. Clinimetría (medias)

	X	*SD*
PHQ-9 (n=317)	8.28	6.77
GAD-7 (n=317)	7.47	5.90
EIE-R (n=219)	20.28	17.70
ISI (n=317)	8.68	6.13
MBI (n=198)	60.97	19.48
Cansancio	22.31	12.84
Despersonalización	6.15	6.36
Realización personal	32.52	11.31

*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio; MBI= Inventario de burnout de Maslach.

5.1.2 Comparaciones entre grupos

Se realizó una comparación entre los subgrupos antes mencionados (población general, personal de salud de primera y segunda línea contra COVID-19).

Se compararon variables sociodemográficas de todos los grupos, obteniendo diferencias significativas entre los grupos en escolaridad (p=<0.001). Así como diferencias en personas con las que habitan, siendo el grupo de población general el que mayormente vive con sus padres (Tabla 5).

Tabla 5. Comparación datos sociodemográficos

	PG	PSNC	PSC	*p*
Edad	30 (24-37)	33 (27-40)	35 (30-41)	
Sexo				
Masculino	35 (29.4%)	32 (33%)	24 (23.8%)	*0.349*
Femenino	84 (70.6%)	65 (67%)	77 (76.2%)	
Estado civil				
Soltero	63 (52.9%)	50 (51.5%)	42 (41.6%)	
Casado	35 (29.4%)	33 (34%)	37 (36.6%)	
Divorciado	8 (6.7%)	3 (3.1%)	4 (4%)	*0.391*
Separado	2 (1.7%)	1 (1%)	5 (5%)	
Unión libre	11 (9.2%)	10 (10.3%)	13 (12.9%)	
Escolaridad				
Preparatoria	26 (21.8%)	3 (3.1%)	1 (1%)	
Universidad	65 (54.6%)	37 (38.1%)	30 (29.7%)	*<0.001*
Posgrado	28 (23.5%)	57 (58.8%)	70 (69.3%)	
Clase socioeconómica				
Clase baja	3 (2.5%)	0 (0%)	3 (3%)	
Clase media baja	18 (15.1%)	15 (15.5%)	15 (14.9%)	
Clase media	65 (54.6%)	59 (60.8%)	67 (66.2%)	*0.465*
Clase media alta	32 (26.9%)	22 (22.7%)	15 (14.9%)	
Clase alta	1 (0.8%)	1 (1%)	1 (1%)	
Cohabitantes				

Habita solo	9 (7.6%)	7 (7.2%)	14 (13.9%)	*0.187*
Padres	53 (44.5%)	30 (30.9%)	19 (18.8%)	*<0.001*
Hermanos	34 (28.6%)	26 (26.8%)	13 (12.9%)	*0.013*
Abuelos	4 (3.4%)	4 (4.1%)	3 (3%)	*0.903*
Esposo	40 (33.6%)	41 (42.3%)	47 (46.5%)	*0.136*
Hijos	24 (20.2%)	33 (34%)	40 (39.6%)	*0.005*
Roomies de área no médica	4 (3.4%)	0 (0%)	3 (3%)	*0.202*
Roomies de área médica	2 (1.7%)	11 (11.3%)	8 (7.9%)	*0.015*
Otro	7 (5.9%)	2 (2.1%)	8 (7.9%)	*0.178*

*PG= Población general; PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19

En antecedentes psiquiátricos personales igualmente se encontraron diferencias significativas en trastornos depresivos y de ansiedad, p=0.027 y 0.019, respectivamente (Tabla 6).

Tabla 6. Antecedentes psiquiátricos

	PG	PSNC	PSC	*p*
Depresión mayor	18 (15.1%)	29 (29.9%)	26 (25.7%)	*0.027*
Trastorno bipolar	8 (6.7%)	1 (1%)	1 (1%)	*0.019*
Ansiedad generalizada	14 (11.8%)	20 (20.6%)	12 (11.9%)	*0.122*
Trastorno de pánico	2 (1.7%)	3 (3.1%)	1 (1%)	*0.542*
Estrés postraumático	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Esquizofrenia	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-
Conducta alimentaria	2 (1.7%)	2 (2.1%)	5 (5%)	*0.298*
TDAH	3 (2.5%)	0 (0%)	1 (1%)	*0.245*
TOC	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)	*0.116*
Límite de la personalidad	1 (0.8%)	2 (2.1%)	3 (3%)	*0.508*
Otro	1 (0.8%)	2 (2.1%)	2 (2%)	*0.716*

*TDAH= Trastorno de déficit de atención/ hiperactividad; TOC= Trastorno obsesivo compulsivo; PG= Población general; PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19

Se compararon escalas clinimétricas entre los tres grupos, sin diferencias significativas en escala PHQ-9, GAD-7, EIE-R, ISI en datos cualitativos (Tabla 7). La escala de burnout se aplicó únicamente a personal médico y se compararon el grupo de primera línea contra COVID-19 vs. segunda línea. Se encontraron diferencias en las tres subescalas, siendo mayor en personal de salud de primera línea (cansancio emocional con p=0.005, despersonalización con p=0.016 y realización personal p=<0.001) (Tabla 8).

Tabla 7. Comparación cualitativa de escalas clinimétricas

	PG	PSNC	PSC	*p*
MBI				
Cansancio emocional				
Bajo		42 (43.3%)	37 (36.6%)	
Medio		24 (24.7%)	21 (20.8%)	*0.304*
Alto		31 (32%)	43 (42.6%)	
Despersonalización				
Bajo		59 (60.8%)	55 (54.5%)	
Medio		17 (17.5%)	21 (20.8%)	*0.661*
Alto		21 (21.6%)	25 (24.8%)	
Realización personal				
Bajo		37 (38.1%)	56 (55.4%)	
Medio		21 (21.6%)	21 (20.8%)	*0.025*
Alto		39 (40.2%)	24 (23.8%)	
Burnout		26 (26.8%)	33 (33%)	*0.343*
PHQ-9				
Ninguno o mínimo	47 (39.8%)	39 (40.2%)	30 (29.7%)	
Síntomas leves	32 (27.1%)	24 (24.7%)	30 (29.7%)	
Síntomas moderados	18 (15.3%)	18 (18.6%)	22 (21.8%)	*0.497*
Síntomas moderados -graves	11 (9.3%)	11 (11.3%)	7 (6.9%)	
Síntomas graves	10 (8.5%)	5 (5.2%)	12 (11.9%)	
Depresión significativa	22 (18.5%)	16 (16.5%)	19 (18.8%)	*0.899*
GAD-7				
Sin ansiedad	48 (40.7%)	40 (41.2%)	33 (32.7%)	
Ansiedad leve	31 (26.3%)	25 (25.8%)	28 (27.7%)	*0.269*
Ansiedad moderada	19 (16.1%)	17 (17.5%)	29 (28.7%)	
Ansiedad grave	20 (16.9%)	15 (15.5%)	11 (10.9%)	
Ansiedad significativa	40 (33.6%)	32 (33%)	40 (39.6%)	*0.551*
EIE-R				
Presencia de TEPT				
Sí	30 (37.5%)	28 (45.2%)	28 (36.4%)	*0.527*
No	50 (62.5%)	34 (54.8%)	49 (63.6%)	
ISI				
Sin insomnio	62 (52.5%)	48 (49.5%)	47 (46.5%)	
Insomnio leve	32 (27.1%)	37 (38.1%)	31 (30.7%)	*0.087*
Insomnio moderado	22 (18.6%)	11 (11.3%)	16 (15.8%)	
Insomnio grave	2 (1.7%)	1 (1%)	7 (6.9%)	
Insomnio significativo	24 (20.2%)	12 (12.4%)	23 (22.8%)	*0.147*

*PG= Población general; PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19.
*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio; MBI= Inventario de burnout de Maslach.

Tabla 8. Comparación cuantitativa de escalas clinimétricas

	PG	PSNC	PSC	*p*
MBI				
Cansancio emocional		21 (10.5-29.5)	23 (12-32.5)	*0.005*
Despersonalización		4 (0-8)	5 (2-9.5)	*0.016*
Realización personal		37 (28.5-43.5)	31 (24-39)	*<0.001*
PHQ-9	6 (2-12)	6 (3-11.5)	7 (3.5-13.5)	*0.183*
GAD-7	6 (2-12)	6 (2-11)	7 (3-12)	*0.443*
EIE-R	18.5 (5-37.7)	18 (1.7-31)	16 (2.5-34)	*0.878*
ISI	7 (3-13.2)	8 (3-12)	8 (4-14)	*0.282*

*PG= Población general; PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19.
*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio; MBI= Inventario de burnout de Maslach.

5.1.2.1 Correlación de escalas clinimétricas

Se llevaron a cabo correlaciones mediante Rho de Spearman entre las escalas clinimétricas, como era de esperarse se encontraron correlaciones positivas moderadas entre las escalas, igualmente al dividirlo por subgrupos de población (Tabla 9 y Tabla 10).

Tabla 9. Correlaciones muestra total

		PHQ-9	GAD7	EIE-R	ISI
MBI	*Rho*	.463**	.382**	.309**	.376**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	198	198	139	198
MBI cansancio	*Rho*	.686**	.587**	.430**	.522**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	198	198	139	198
MBI despersonalización	*Rho*	.478**	.362**	.364**	.384**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	198	198	139	198
MBI realización personal	*Rho*	-.449**	-.398**	-.275**	-.315**
	p	0.000	0.000	0.001	0.000
	N	198	198	139	198
PHQ-9	*Rho*		.762**	.576**	.750**
	p		0.000	0.000	0.000

	N		316	218	316
GAD7	*Rho*	.762**		.649**	.621**
	p	0.000		0.000	0.000
	N	316		218	316
EIE-R	*Rho*	.576**	.649**		.576**
	p	0.000	0.000		0.000
	N	218	218		218
ISI	*Rho*	.750**	.621**	.576**	
	p	0.000	0.000	0.000	
	N	316	316	218	

*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio; MBI= Inventario de burnout de Maslach.

Tabla 10. Correlaciones. personal de salud área COVID-19 vs. área no COVID-19

PSC	PSNC	MBI	MBI cansancio	MBI despersonalización	MBI realización personal	PHQ 9	GAD7	EIE-R	ISI
MBI	*Rho*		.820**	.603**	0.111	.483**	.292**	.403**	.362**
	p		0.000	0.000	0.281	0.000	0.004	0.001	0.000
	N		97	97	97	97	97	62	97
MBI cansancio	*Rho*	.890**		.593**	-.376**	.714**	.594**	.513**	.528**
	p	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
	N	101		97	97	97	97	62	97
MBI despersona-lización	*Rho*	.682**	.690**		-.374**	.463**	.318**	.564**	.362**
	p	0.000	0.000		0.000	0.000	0.001	0.000	0.000
	N	101	101		97	97	97	62	97
MBI realización personal	*Rho*	.231*	-0.104	-.277**		-.518**	-.607**	-.378**	-.347**
	p	0.020	0.300	0.005		0.000	0.000	0.002	0.000
	N	101	101	101		97	97	62	97
PHQ 9	*Rho*	.467**	.673**	.484**	-.370**		.667**	.644**	.717**
	p	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
	N	101	101	101	101		97	62	97
GAD7	*Rho*	.473**	.594**	.381**	-0.181	.780**		.610**	.495**
	p	0.000	0.000	0.000	0.070	0.000		0.000	0.000
	N	101	101	101	101	101		62	97
EIE-R	*Rho*	.240*	.382**	.228*	-0.219	.624**	.719**		.679**
	p	0.036	0.001	0.046	0.056	0.000	0.000		0.000
	N	77	77	77	77	77	77		62
ISI	*Rho*	.382**	.502**	.392**	-.270**	.740**	.595**	.505**	
	p	0.000	0.000	0.000	0.006	0.000	0.000	0.000	
	N	101	101	101	101	101	101	77	

*PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19.
*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio; MBI= Inventario de burnout de Maslach.

5.1.2.2 Comparaciones con datos sociodemográficos y antecedentes de importancia

Se analizaron mediante chi cuadrada en la muestra total, variables sociodemográficas y antecedentes de importancia comparándola con variables cualitativas dicotomizadas de escalas clinimétricas con presencia de síntomas significativos clínicamente (ej. Síntomas depresivos de moderados a graves) contra no significativos (ej. Síntomas depresivos ausentes a leves).

Se tomaron en cuenta variables sociodemográficas como sexo, estado civil, escolaridad, si habitaban solos o acompañados, además de antecedentes de comorbilidades medicas o psiquiátricas pasadas. Las escalas clínicas medían estrés, depresión, ansiedad, burnout e insomnio.

Se realizó también el análisis comparando los mismos parámetros, sin embargo, dividido por grupos (población general, personal de salud trabajando en área COVID-19, personal de salud que no labora en área COVID-19).

Dentro de los resultados se observó mayor presencia de estrés en personas con antecedentes de enfermedad psiquiátrica (58.8%; p=0.000). Mayor presencia de depresión clínica significativa en personas con estado civil separadas (62.5%; p=0.000) con escolaridad preparatoria (48.2%; p=0.004) con antecedentes de enfermedad psiquiátrica (53.7%; p=0.000). En cuanto a ansiedad fue mayor en personas del sexo femenino (40.8%; p=0.001) personas separadas (62.5%; p=0.016) con escolaridad preparatoria (48.2%; p=0.011) con antecedente de enfermedad psiquiátrica (56.4%; p=0.000). El insomnio fue mayor en personas separadas (37.5%; p=0.031) y en personas con antecedente de enfermedad psiquiátrica (25.9%; p=0.022). El burnout fue más prevalente en solteros (40.2%; p=0.009) y en separados (50%; p=0.009) en escolaridad preparatoria (44.7%; p=0.004) y en personas con antecedente de enfermedad psiquiátrica (46%; p=0.000) (Tabla 11).

Tabla 11. Comparación en muestra total de escalas clinimétrias y variables sociodemográficas

	EIE-R	PHQ-9	GAD-7	ISI	MBI
Sexo					
Masculino	17 (30.3%)	26 (28.5%)	19 (20.8%)	11 (12%)	17 (30.35%)
Femenino	69 (42.3%)	88 (39.1%)	92 (40.8%)	48 (21.3%)	43 (30.2%)
p	*0.153*	*0.093*	*0.001*	*0.058*	*1.000*
Estado civil					
Soltero/a	48 (45.2%)	76 (49%)	66 (42.5%)	37 (23.8%)	37 (40.2%)
Casado/a	24 (32.8%)	21 (20.1%)	27 (25.9%)	10 (9.6%)	11 (15.7%)
Divorciado/a	3 (27.2%)	2 (13.3%)	3 (20%)	2 (13.3%)	1 (14.2%)
Separado/a	3 (50%)	5 (62.5%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)	3 (50%)
Unión libre	8 (34.7%)	10 (29.4%)	10 (29.4%)	7 (20.5%)	8 (34.7%)
p	*0.405*	*0.000*	*0.016*	*0.031*	*0.009*
Escolaridad					
Preparatoria	9 (50%)	14 (48.2%)	14 (48.2%)	6 (20.6%)	0 (0%)
Universidad	39 (42.3%)	58 (43.9%)	55 (41.6%)	28 (21.2%)	30 (44.7%)
Posgrado	38 (34.8%)	42 (27%)	42 (37%)	25 (16.1%)	30 (23.6%)
p	*0.344*	*0.004*	*0.011*	*0.522*	*0.004*
Vive solo	4 (19%)	8 (26.6%)	7 (23.3%)	5 (16.6%)	8 (38%)
p	0.059	0.320	0.227	1.000	0.454
Com. Medica	35 (41.6%)	45 (41.2%)	40 (36.6%)	26 (23.8%)	22 (28.2%)
p	0.573	0.176	0.711	0.096	0.638
Ant. Enf. Psiq.	50 (58.8%)	58 (53.7%)	61 (56.4%)	28 (25.9%)	35 (46%)
p	*0.000*	*0.000*	*0.000*	*0.022*	*0.000*

*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio; MBI= Inventario de burnout de Maslach.
*Com. Médica= Comorbilidad médica; Ant. Enf. Psiq.=Antecedente de enfermedad psiquiátrica

Se realizaron comparaciones entre grupos tomando en cuenta variables sociodemográficas (Tabla 12). Dentro de los resultados encontramos una diferencia en hombres y mujeres en las escalas de ansiedad y estrés siendo mayor en mujeres de personal de salud COVID-19. En cuanto a estado civil, hubo diferencias en todos los grupos en la escala de depresión, siendo más prevalente en solteros y separados. Ansiedad en población general separada. En la variable de escolaridad, fue más prevalente depresión en población general de preparatoria, personal de salud COVID-19, con preparatoria técnica. No hubo diferencias significativas al vivir solo o con

antecedente de alguna enfermedad médica, sin embargo, las personas con antecedente de enfermedad psiquiátrica si hubo diferencias significativas en personal de salud en escalas de depresión, ansiedad y estrés y el insomnio solo fue significativo en personal de salud COVID-19 (Tabla 12.).

Tabla 12. Comparación entre grupos de variables sociodemográficas y sintomas clínicos significativos

	PHQ-9			GAD-7		
	PG	PSNC	PSC	PG	PSNC	PSC
Sexo						
Masculino	10 (28.5%)	7 (21.8%)	9 (37.5%)	8 (22.8%)	8 (25%)	3 (12.5%)
Femenino	29 (34.9%)	27 (41.5%)	32 (41.55%)	31 (37.3%)	24 (36.9%)	37 (48%)
p	*0.530*	*0.071*	*0.814*	*0.140*	*0.262*	*0.002*
Estado civil						
Soltero/a	30 (47.6%)	25 (50%)	21 (50%)	28 (44.4%)	21 (42%)	17 (40.4%)
Casado/a	6 (17.6%)	5 (15.1%)	10 (27%)	8 (23.5%)	7 (21.2%)	12 (32.4%)
Divorciado/a	1 (12.5%)	0 (0%)	1 (25%)	2 (25%)	0 (0%)	1 (25%)
Separado/a	1 (50%)	0 (0%)	4 (80%)	1 (50%)	0 (0%)	4 (80%)
Unión libre	1 (9%)	4 (40%)	5 (38.4%)	0 (0%)	4 (40%)	6 (46.1%)
p	*0.006*	*0.012*	*0.091*	*0.026*	*0.192*	*0.307*
Escolaridad						
Preparatoria	12 (48%)	1 (33.3%)	1 (100%)	13 (52%)	1 (33.3%)	0 (0%)
Universidad	23 (35.3%)	18 (48.6%)	17 (56.6%)	23 (35.3%)	16 (43.2%)	16 (53.3%)
Posgrado	4 (14.2%)	15 (26.3%)	23 (32.8%)	3 (10.7%)	15 (26.3%)	24 (34.2%)
p	*0.028*	*0.085*	*0.040*	*0.005*	*0.234*	*0.146*
Vive solo	1 (11.1%)	2 (28.5%)	5 (35.7%)	1 (11.1%)	1 (14.2%)	5 (35.7%)
p	*0.268*	*1.000*	*0.776*	*0.268*	*0.420*	*1.000*
Com. Medica	10 (32.2%)	17 (40.4%)	18 (50%)	8 (25.8%)	13 (30.9%)	19 (52.7%)
p	*1.000*	*0.392*	*0.204*	*0.378*	*0.828*	*0.057*
Ant. Enf. Psiq.	13 (40.6%)	24 (55.8%)	21 (63.6%)	26 (30.2%)	7 (12.9%)	17 (25%)
p	*0.379*	*0.000*	*0.001*	*0.379*	*0.000*	*0.000*

*PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19.
*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada
*Com. Médica= Comorbilidad médica; Ant. Enf. Psiq.= Enfermedad psiquiátrica previa

Cont. Tabla 12. Comparación entre grupos de variables sociodemográficas y sintomas clínicos significativos

	EIE-R			ISI		
	PG	PSNC	PSC	PG	PSNC	PSC
Sexo						
Masculino	8 (40%)	7 (38.8%)	2 (11.1%)	4 (11.4%)	2 (6.25%)	5 (20.8%)
Femenino	22 (36.6%)	21 (47.72%)	26 (44.06)	20 (24%)	10 (15.3%)	18 (23.3%)
p	*0.796*	*0.584*	*0.012*	*0.140*	*0.326*	*1.000*
Estado civil						
Soltero/a	50 (50%)	15 (46.8%)	12 (37.5%)	18 (28.5%)	7 (14%)	12 (28.5%)
Casado/a	8 (32%)	7 (33.3%)	9 (33.3%)	5 (14.7%)	2 (6%)	3 (8.1%)
Divorciado/a	0 (0%)	2 (66.6%)	1 (33.3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)
Separado/a	0 (0%)		3 (75%)	1 (50%)	0 (0%)	2 (40%)
Unión libre	1 (16%)	4 (66.6%)	3 (27.2%)	0 (0%)	3 (30%)	4 (30.7%)
p	*0.077*	*0.407*	*0.540*	*0.055*	*0.312*	*0.080*
Escolaridad						
Preparatoria	8 (53.3%)	1 (50%)	0 (0%)	6 (24%)	0 (0%)	0 (0%)
Universidad	17 (38.6%)	12 (48%)	10 (43.3%)	15 (23%)	4 (10.8%)	9 (30%)
Posgrado	5 (23.8%)	15 (42.8%)	18 (33.9%)	3 (10%)	8 (12%)	14 (70%)
p	*0.191*	*0.916*	*0.547*	*0.348*	*0.722*	*0.474*
Vive solo	1 (14.2%)	1 (25%)	2 (20%)	0 (0%)	2 (28.5%)	3 (21.4%)
p	*0.246*	*0.620*	*0.312*	*0.201*	*0.207*	*1.000*
Com. Medica	9 (34.6%)	11 (39.2%)	15 (27.6%)	8 (25.8%)	7 (16.6%)	11 (18.4%)
p	0.808	0.450	0.056	0.438	0.353	0.216
Ant. Enf. Psiq.	16 (61.5%)	20 (58.8%)	14 (56%)	9 (28.1%)	10 (23.2%)	9 (10.5%)
p	*0.003*	*0.022*	*0.022*	*0.208*	*0.005*	*0.459*

*PG= Población general; PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19.
*EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio
*Com. Médica= Comorbilidad médica; Ant. Enf. Psiq.= Enfermedad psiquiátrica previa

En cuanto a la escala de burnout se observó mayor presencia de burnout en personas solteras, sin posgrado y con antecedente de enfermedad psiquiátrica en personal de salud no COVID-19 (Tabla 13).

Tabla 13. Comparación entre grupos de variables sociodemográficas y síntomas clínicos significativos

MBI

	PSNC	PSC
Sexo		
Masculino	8 (25%)	9 (37.5%)
Femenino	18 (27.6%)	25 (32.4%)
p	*1.000*	*0.805*
Estado civil		
Soltero/a	20 (40%)	17 (40.4%)
Casado/a	3 (9%)	8 (21.6%)
Divorciado/a	0 (0%)	1 (25%)
Separado/a	0 (0%)	3 (60%)
Unión libre	3 (30%)	5 (38.4%)
p	*0.024*	*0.277*
Escolaridad		
Preparatoria	0 (0%)	0 (0%)
Universidad	15 (40.5%)	15 (50%)
Posgrado	11 (19.2%)	19 (27.1%)
p	*0.043*	*0.066*
Vive solo	1 (14.2%)	7 (50%)
p	0.671	0.223
Com. Medica	10 (23.8%)	12 (33.3%)
p	*0.647*	*1.000*
Ant. Enf. Psiq.	21 (48.4%)	14 (42.4%)
p	*0.000*	*0.262*

*PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud del área COVID-19.
*MBI= Inventario de burnout de Maslach
*Com. Médica= Comorbilidad médica;
Ant. Enf. Psiq.= Enfermedad psiquiátrica previa

Se realizaron comparaciones de medias de escalas clinimétricas divididas por las variables sociodemográficas y se encontró que las mujeres presentaron mayor puntaje en escalas de depresión (p=0.003), ansiedad (p=0.000), estrés (p=0.038) y de insomnio (p=0.001). En cuanto al estado civil, los solteros y en unión libre presentaron mayor burnout (p=0.027), los separados mayor puntaje en escala de depresión (p=0.000), ansiedad (p=0.000) e insomnio (p=0.000) (Tabla 14).

En cuanto a escolaridad, las personas con grado académico de preparatoria obtuvieron mayor puntaje en escalas de depresión (p=0.000), ansiedad (p=0.000), estrés (p=0.037) e insomnio

(p=0.008). Por último, las personas con antecedente de enfermedad psiquiátrica mostraron mayor puntaje en todas las escalas (Tabla 14).

Tabla 14. Comparación de medias y datos sociodemográficos población general

	MBI T	MBI C	MBI D	MBI RP	PHQ-9	GAD-7	EIE-R	ISI
Sexo								
Masculino	92.47	82.03	98.61	107.75	134.93	128.35	94.89	132.96
Femenino	102.27	106.39	99.85	96.25	168.69	171.34	115.19	169.49
p	*0.278*	*0.007*	*0.890*	*0.203*	*0.003*	*0.000*	*0.038*	*0.001*
Estado civil								
Soltero	109.36	112.24	111.41	93.03	189.39	180.08	119.48	183.04
Casado	88.38	81.23	79.35	116.04	120.42	133.69	97.05	118.59
Divorciado	52.50	48.21	88.50	111.57	110.23	119.50	92.45	162.17
Separado	92.17	118.25	116.25	48.33	221.00	218.69	128.92	213.19
Unión libre	110.13	114.85	112.15	84.72	146.50	144.47	110.89	160.04
p	*0.027*	*0.001*	*0.005*	*0.009*	*0.000*	*0.000*	*0.145*	*0.000*
Escolaridad								
Preparatoria	74.63	91.38	108.25	77.75	204.78	201.02	141.11	196.02
Universidad	111.35	116.43	113.98	88.71	182.13	171.87	113.80	167.08
Posgrado	94.03	90.83	91.59	105.88	130.45	139.91	101.66	144.95
p	*0.092*	*0.012*	*0.032*	*0.104*	*0.000*	*0.000*	*0.037*	*0.008*
Cohabitantes								
Si	99.25	99.75	100.18	97.99	161.56	161.64	111.96	161.27
No	101.62	97.40	93.74	112.24	134.52	133.70	91.52	137.27
p	*0.858*	*0.859*	*0.624*	*0.281*	*0.123*	*0.111*	*0.159*	*0.172*
Antecedentes médicos								
Si	94.06	93.79	95.37	98.37	166.31	164.86	109.31	172.06
No	103.04	103.21	102.19	100.24	155.11	155.89	110.43	152.06
p	*0.281*	*0.259*	*0.410*	*0.822*	*0.300*	*0.406*	*0.899*	*0.064*
Antecedentes psiquiátricos								
Si	116.80	125.51	112.01	87.74	196.82	204.82	134.88	194.23
No	88.72	83.30	91.70	106.82	139.18	134.99	94.22	140.54
p	*0.001*	*0.000*	*0.015*	*0.023*	*0.000*	*0.000*	*0.000*	*0.000*

*MBI T= Inventario de burnout de Maslach total; MBI= Inventario de burnout de Maslach Cansancio; MBI D= Inventario de burnout de Maslach despersonalización; MBI RP= Inventario de burnout de Maslach realización personal; PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio

Se realizó también comparación de medias dividida entre grupos, los resultados se muestran en la Tabla 15. Dentro de los datos relevantes encontramos que las mujeres presentan más sintomatología psiquiátrica en general. En síntomas depresivos el personal de salud no COVID-19, ansiedad en personal de salud COVID-19, estrés en personal de salud COVID-19, insomnio en población general y en personal de salud no COVID-19.

En antecedentes de enfermedad psiquiátrica, hubo una diferencia significativa en todos los subgrupos, con mayor puntaje en todas las escalas (Tabla 15).

Tabla 15. Comparación de medias y datos sociodemográficos entre grupos

	PHQ-9			GAD-7			EIE-R			ISI		
	PG	PSNC	PSC	PG	PSNC	PSC	PG	PSNC	PSC	PG	PSNC	PSC
Sexo												
Masculino	52.50	39.25	45.25	52.83	42.48	38.35	40.65	29.64	25.03	48.60	38.64	49.75
Femenino	63.13	53.80	52.79	62.99	52.21	54.94	40.45	32.26	43.26	64.75	54.10	51.39
p	*0.125*	*0.016*	*0.270*	*0.124*	*0.092*	*0.012*	*0.973*	*0.602*	*0.002*	*0.020*	*0.011*	*0.810*
Cohabitantes												
Si	61.22	50.52	51.07	60.52	50.26	50.99	41.31	32.05	39.43	60.62	50.22	51.55
No	45.11	29.50	50.54	53.61	32.79	51.07	32.07	23.50	36.10	52.39	33.36	47.61
p	*0.177*	*0.056*	*0.949*	*0.544*	*0.096*	*0.992*	*0.314*	*0.357*	*0.659*	*0.490*	*0.126*	*0.640*
Comorbilidad médica												
Si	61.23	47.94	57.00	57.31	49.52	58.06	36.90	30.61	41.93	64.97	51.65	56.15
No	58.89	49.81	47.68	60.28	48.60	47.09	42.23	32.24	37.13	57.55	46.97	48.15
p	*0.743*	*0.745*	*0.125*	*0.677*	*0.872*	*0.071*	*0.336*	*0.722*	*0.357*	*0.299*	*0.416*	*0.187*
Antecedente enfermedad psiquiátrica												
Si	68.66	63.21	64.27	78.20	63.05	66.24	53.33	37.04	47.06	74.17	59.74	61.55
No	56.09	37.69	44.56	52.54	37.81	43.60	34.32	24.77	35.13	54.04	40.44	45.88
p	*0.075*	*0.000*	*0.001*	*0.000*	*0.000*	*0.000*	*0.001*	*0.007*	*0.028*	*0.004*	*0.001*	*0.012*
Estado Civil												
Soltero	72.77	60.35	57.80	70.58	55.85	54.38	45.20	34.08	40.98	69.96	56.25	58.02
Casado	43.47	35.44	39.43	45.53	41.35	44.50	38.02	25.69	34.44	42.93	37.65	36.72
Divorciado	47.06	13.33	43.00	54.81	13.50	39.63	24.40	28.50	44.17	62.56	47.83	56.00
Separado	66.50	34.00	81.40	74.00	48.50	76.50	29.25	0	53.13	76.00	56.50	68.50
Unión Libre	40.82	49.20	52.73	40.00	50.70	52.27	35.08	39.58	37.86	45.59	49.80	60.69
p	*0.000*	*0.000*	*0.008*	*0.002*	*0.036*	*0.145*	*0.266*	*0.245*	*0.530*	*0.003*	*0.066*	*0.006*

Escolaridad												
Preparatoria	78.44	53.33	72.00	75.62	55.83	56.50	52.93	36.75	40.00	74.72	54.50	42.50
Universidad	63.09	61.32	65.18	61.54	56.66	58.53	37.65	33.72	46.43	60.50	50.05	61.38
Posgrado	34.25	40.77	44.62	40.38	43.67	47.69	37.60	29.61	35.75	43.59	48.03	46.67
p	*0.000*	*0.002*	*0.004*	*0.001*	*0.082*	*0.232*	*0.071*	*0.625*	*0.159*	*0.004*	*0.889*	*0.067*

*PG= Población general; PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19.
*PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio

Cont. Tabla 15. Comparación de medias y datos sociodemográficos personal de salud

	MBI		MBI C		MBI D		MBI RP	
	PSNC	PSC	PSNC	PSC	PSNC	PSC	PSNC	PSC
Sexo								
Masculino	46.19	47.31	37.75	46.52	45.55	56.19	61.53	41.75
Femenino	50.38	52.15	54.54	52.40	50.70	49.38	42.83	53.88
p	*0.490*	*0.480*	*0.006*	*0.391*	*0.392*	*0.319*	*0.002*	*0.076*
Cohabitantes								
Si	49.18	50.78	50.08	50.41	49.21	51.67	47.13	50.52
No	46.64	52.36	35.14	54.64	46.36	46.86	73.07	54.00
p	*0.818*	*0.852*	*0.176*	*0.616*	*0.794*	*0.567*	*0.019*	*0.680*
Comorbilidad médica								
Si	44.18	50.29	43.88	51.36	44.58	52.22	49.33	47.76
No	52.68	51.39	52.91	50.80	52.37	50.32	48.75	52.79
p	*0.140*	*0.856*	*0.117*	*0.927*	*0.173*	*0.754*	*0.919*	*0.408*
Antecedente enfermedad psiquiátrica								
Si	57.59	59.77	64.52	62.12	55.85	57.14	38.12	49.36
No	42.16	46.74	36.64	45.60	43.55	48.02	57.67	51.79
p	*0.007*	*0.036*	*0.000*	*0.008*	*0.031*	*0.141*	*0.001*	*0.696*
Estado Civil								
Soltero	56.64	53.31	58.27	55.49	57.40	55.05	44.01	47.88
Casado	41.14	47.64	39.50	41.51	35.35	43.72	58.65	59.04
Divorciado	22.00	30.75	13.00	30.25	39.83	47.38	68.00	46.25
Separado	65.50	42.70	44.50	60.90	83.00	51.90	48.00	23.40
Unión Libre	43.20	62.54	45.25	66.08	51.40	59.42	36.50	50.27
p	*0.044*	*0.279*	*0.006*	*0.028*	*0.006*	*0.372*	*0.066*	*0.098*
Escolaridad								
Preparatoria	40.00	25.50	47.17	47.00	59.67	45.00	35.17	36.50
Universidad	51.66	60.97	54.82	63.97	56.91	58.73	40.31	47.68

Posgrado	47.75	47.09	45.32	45.50	43.31	47.77	55.37	52.63
p	*0.687*	*0.065*	*0.276*	*0.015*	*0.055*	*0.222*	*0.028*	*0.655*

*PSNC= Personal de salud área no COVID-19; PSC= Personal de salud de área COVID-19.

*MBI T= Inventario de burnout de Maslach total; MBI= Inventario de burnout de Maslach Cansancio; MBI D= Inventario de burnout de Maslach despersonalización; MBI RP= Inventario de burnout de Maslach realización personal; PHQ-9= Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (síntomas depresivos); GAD-7= Escala de Trastorno de ansiedad Generalizada; EIE-R= Escala de impacto de sucesos revisada; ISI= Inventario de severidad de insomnio

CAPÍTULO 6

6. DISCUSIÓN

Tras el inicio del esparcimiento del coronavirus a lo largo del mundo, se tomaron medidas de contención para prevenir o disminuir el contagio de persona a persona, entre ellos el aislamiento de personas infectadas, distanciamiento social, cuarentena, (World Health Organization, 2020) además de implementar medidas de oficina en casa para evitar acumulación de gente en espacios físicos que anteriormente se utilizaban con este fin. Esto trajo consigo un cambio radical en la forma de vida de las personas que puede llevar a un proceso adaptativo o desadaptativo y traer como consecuencia el incremento de síntomas de índole psiquiátrica, como depresión, ansiedad, estrés e insomnio (Gloster et al., 2020; Ren and Guo, 2020).

En este estudio medimos prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en población general de México y se compararon entre grupos de personal de salud y población general.

La prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio en nuestra muestra son comparable con otros estudios durante la pandemia, obteniendo resultados similares a otros países. (Chekole and Abate, 2021; Liu et al., 2021; Wu et al., 2021).

Al dividir los grupos de personal de salud y población general, no se encontraron diferencias significativas entre los resultados, contrario a nuestras hipótesis propuestas al inicio del protocolo y a la información de otros estudios llevados a cabo anteriormente (Chen et al., 2020;

de Sousa Júnior et al., 2021; Kaur et al., 2021). Esto podría ser explicado ya que la pandemia afecta a la población en general de diferentes formas. Las medidas de prevención de contagio que se llevaron a cabo por las autoridades del país afectaron de manera global, aunado así probablemente el aumento de sintomatología psiquiátrica. (Gloster et al., 2020; Ren and Guo, 2020). Así, los médicos que se encontraban laborando en área COVID-19 pudieron aumentar su sintomatología posterior al contacto con estos pacientes o al miedo de contagiarse al salir a trabajar, ya que se consideró como un trabajo esencial durante la pandemia. Algunos estudios demuestran similitudes en cuanto a resultados, en donde no se encuentran diferencias en sintomatología psiquiátrica entre personal de salud y población general (Phiri et al., 2021)

El personal de salud mostró prevalencias de depresión, ansiedad y estrés comparables a otros estudios realizados anteriormente con resultados similares, sin embargo, en cuanto a insomnio, nuestros resultados fueron favorecedores en nuestra población con menos prevalencia de alteraciones de sueño. (García-Iglesias et al., 2020; Sanghera et al., 2020; Saragih et al., 2021; Thatrimontrichai et al., 2021).

Posteriormente se comparó al personal de salud en dos grupos, médicos expuestos a atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19 y médicos sin exposición. Estudios previos mostraron una diferencia entre estos subgrupos, encontrando mayores niveles de sintomatología psiquiátrica en personal de salud expuesto a atención de pacientes con COVID-19 (Batra et al., 2020; Hao et al., 2021; Meo et al., 2021; Sani et al., 2022; Spilg et al., 2021; Vizheh et al., 2020). En nuestro estudio, encontramos diferencias entre los subgrupos, mostrando mayor prevalencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés e insomnio entre el personal médico encargado de atender pacientes con COVID-19 sin llegar a ser estadísticamente significativos, a pesar de que la mayor parte de los estudios presentan diferencias significativas, algunos presentan similitudes con nuestros resultados (Tiete et al., 2021). También hay estudios que

evidencian un aumento de síntomas psiquiátricos en la población general, posterior al inicio de la pandemia, que disminuyeron con el paso del tiempo (Robinson et al., 2020).

Tanto los médicos de primera línea contra COVID-19 como los de segunda línea presentaron sintomatología similar, el personal de salud encargado de pacientes con diagnóstico de COVID-19 presenta síntomas debido al aumento de la demanda laboral, el uso del equipo de protección personal, así como la exposición a un aumento significativo de las muertes por COVID-19 al inicio de la pandemia. Sin embargo, los médicos de segunda línea que no atendían áreas de COVID-19 se encontraban más expuestos al no contar con equipos de protección personal adecuado, aumentando así los síntomas de ansiedad, preocupación y miedo.

Estudios previos realizados durante la pandemia evidencian un nivel más alto de burnout en personal de salud con jornadas laborales más altas (de más de 8 horas) (Id et al., 2022) en áreas de emergencias (Appiani et al., 2021). En nuestro estudio el 29.7% del personal de salud presentó síntomas compatibles con burnout, según lo reportado en la literatura, estas cifras están por debajo de las cifras reportadas en otros países, quienes reportan un 75% de prevalencia (Alsulimani et al., 2021; Asghar et al., 2021). Sin embargo, en estos estudios utilizaron una escala diferente a la utilizada en nuestro estudio, motivo por el cual se explicaría la variabilidad en los resultados. Se reportó en un estudio realizado en Japón una prevalencia similar a la reportada aquí con un 22.6% (Matsuo et al., 2021) que se llevó a cabo durante la primera ola de COVID-19.

Las subescalas mostraron diferencias significativas entre los subgrupos, presentando mayores niveles de cansancio, despersonalización y realización personal la primera línea contra COVID-19. A diferencia de lo reportado en la literatura previa, nuestros resultados en las subescalas fueron de un 37.3% de cansancio emocional alto, 23.2% de despersonalización alta, 31.8 de desrealización personal alta (Ángel et al., 2020; Asghar et al., 2021; Elghazally et al., 2021).

Al dividir entre grupos de primera y segunda línea contra COVID-19, los resultados tuvieron diferencias significativas en sus puntajes por medias, en donde el personal de primera línea obtuvo mayores puntajes en cansancio emocional, despersonalización, sin embargo, una media menor en desrealización personal. Lo reportado en la literatura, menciona niveles más altos de burnout entre el personal de primera línea, con sus tres subescalas en rangos superiores en comparación con los de segunda línea. (De Paiva Faria et al., 2021; Duarte et al., 2020; Etesam et al., 2021)

Esto podría ser esperado, ya que la demanda laboral en áreas COVID-19 aumentó drásticamente, así mismo las jornadas laborales más extensas con el uso de equipo de protección personal, el menor contacto físico y relacional con el paciente y con compañeros de trabajo aumentan el cansancio emocional entre los médicos, lo que lleva a consecuencias negativas en el desempeño laboral y errores médicos que podrían perjudicar el manejo adecuado de los pacientes (Kwon et al., 2021). Así mismo los síntomas de despersonalización podrían explicarse por aumento de la carga laboral, tendiendo a tener menos tiempo para la atención de cada uno de los pacientes, además de las medias de contención de contagio que afectan de manera negativa la vida social y la salud mental de los individuos (Knox et al., 2022). La realización personal puede estar influida igualmente por la atención de pacientes de COVID-19 y la necesidad que la pandemia trajo consigo de aumento del trabajo en el sector de salud, sintiéndose conformes los médicos que se encontraban en área COVID-19 al poder hacer algo ante la emergencia sanitaria en este momento.

Como era de esperarse dentro de las correlaciones y confirmando una de nuestras hipótesis, los síntomas depresivos se asocian a mayor presencia de síntomas de ansiedad y de insomnio, esto puede ser debido a que muchas personas presentan síntomas mixtos dentro de los trastornos afectivos o los de ansiedad, así mismo llegando a presentar disomnias (Oh et al., 2019).

Limitaciones: La principal limitante fue que no se realizó en un tiempo específico, es decir, fue de manera transversal durante aproximadamente 1 año, sin tomar en cuenta el grado de esparcimiento o en cual ola del virus nos encontrábamos, o el número de infectados a nivel nacional o estatal en el momento de la obtención de los datos. En segundo lugar, no se tomó en cuenta la cepa viral que estaba presente durante la aplicación de la encuesta, ya que fue durante 1 año que la encuesta estuvo abierta a recibir respuestas, es importante ya que la sintomatología y la afectación de acuerdo con cada cepa de COVID-19 era diferente. En tercer lugar, nuestro estudio inició 1 año después del anuncio del comienzo de la pandemia en nuestro país, que puede haber dado lugar a un proceso adaptativo, con menores cifras de sintomatología psiquiátrica en general. Por último, no se tomaron en cuenta las horas laborales, sin tener en cuenta la carga laboral de los participantes, ni el área en donde se encontraban laborando (urgencias, triage, internamiento, consulta privada, sector público o privado, etc.) Todos estos factores son importantes a mencionar ya que pudieran tomarse en cuenta por la variabilidad de los datos en los diferentes estudios realizados.

.

CAPÍTULO 7

7.1 CONCLUSIÓN

Con el inicio de los contagios de COVID-19 alrededor del mundo, vinieron muchos cambios, tanto sociales, económicos, políticos y de salud. Entre ellos el declive de la salud mental en general, aumentando la incidencia de síntomas de depresión y ansiedad (Robinson et al., 2020).

Tanto los médicos como la población en general obtuvieron resultados comparables en síntomas psiquiátricos, esto indica que se deben de tomar medidas de prevención secundaria y terciaria para las personas que lo requieran, así como realizar estudios que pudieran valorar factores de riesgo para padecer alguna enfermedad mental.

Los médicos de primera línea de COVID-19 obtuvieron valores mayores de burnout y se deben de tomar medidas para prevención de este, ya que se ha reportado que pudiera ocasionar desgaste emocional, creando mayores dificultades para llevar adecuadamente su labor dentro del hospital trabajando con pacientes lo que podría llegar a tener consecuencias negativas para los pacientes a su cargo.

Es necesario implementar estrategias de prevención para esta población en específico para burnout, ya que al mismo tiempo aumentan el riesgo de padecer enfermedades metabólicas y cardiovasculares y alguna enfermedad mental en el futuro (Salvagioni et al., 2017).

Debido a las limitaciones de nuestro estudio, se debe considerar evaluar estudios longitudinales que se hayan llevado a cabo durante y después de la emergencia sanitaria, para

posibles intervenciones a futuro, debido al impacto que el COVID-19 pudiera tener en sintomatología psiquiátrica.

CAPÍTULO 8

8.1 BIBLIOGRAFÍA

Alsulimani, L.K., Farhat, A.M., Borah, R.A., AlKhalifah, J.A., Alyaseen, S.M., Alghamdi, S.M., Bajnaid, M.J., 2021. Health care worker burnout during the COVID-19 pandemic. Saudi Med. J. 42, 306–314. https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.3.20200812

American Psychiatric Association, 2014. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5.

Ángel, M.-L.J., Lázaro-Pérez, C., Gómez-Galán, J., Fernández-Martínez, M. del M., 2020. Psychological Impact of COVID-19 Emergency on Health Professionals : Burnout Incidence at the Most Critical Period in Spain. J. Clin. Med. 9, 1–18.

Appiani, P.F.J., Cairoli, F.R., Sarotto Jr., L., Yaryour, C., Basile, M.E., Duarte, J.M., 2021. Prevalence of stress, burnout syndrome, anxiety, and depression among physicians of a teaching hospital during the COVID-19 pandemic. Arch. Argent. Pediatr. 119, 317–324.

Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodriguez-Gutierrez, E.G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., Franke, M.F., 2017. Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. J. Clin. Psychol. 73, 1076–1090. https://doi.org/10.1002/jclp.22390

Asghar, M.S., Yasmin, F., Alvi, H., Muhammad, S., Shah, I., Malhotra, K., Farhan, S.A., Anosh, S., Naqvi, A., Yaseen, R., Anwar, S., Rasheed, U., 2021. Assessing the Mental Impact and Burnout among Physicians during the COVID-19 Pandemic: A Developing Country Single-Center Experience. Am. J. Trop. Med. Hyg. 104, 2185–2189. https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0141

Báguena, M., Villarroya, E., Beleña, Á., Díaz, A., Roldán, C., Reig, R., 2001. Propiedades Psycometricas de la Version Española de la Escala Revisionada de Impacto del Estresor (EIE-R). Anal. y Modif. Conduct. 27, 581–604.

Barmania, S., 2009. Historical keyword Pandemic. Lancet 373, 1939. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61053-9

Bridgeman, P.J., Bridgeman, M.B., Barone, J., 2017. Burnout syndrome among healthcare professionals. Am. J. Helath-System Pharm. 74, 576–581. https://doi.org/10.2146/ajhp170460

Batra, K., Singh, T.P., Sharma, M., Batra, R., Schvaneveldt, N., 2020. Investigating the psychological impact of COVID-19 among healthcare workers: A meta-analysis. Int. J.

Environ. Res. Public Health 17, 1–33. https://doi.org/10.3390/ijerph17239096

Carnes, B.A., 2009. Caring for the Professional Caregiver: The Application of Caplan's Model of Consultation in the Era of HIV. Issues Ment. Health Nurs. 13, 357–367. https://doi.org/10.3109/01612849209010316

Chatterjee, K., Chauhan, V.S., 2020. Epidemics , quarantine and mental health. Med. J. armed forces india.

Chekole, Y.A., Abate, S.M., 2021. Global prevalence and determinants of mental health disorders during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Ann. Med. Surg. 68, 102634. https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.102634

Chen, B., Li, Q. xian, Zhang, H., Zhu, J. yong, Yang, X., Wu, Y. hang, Xiong, J., Li, F., Wang, H., Chen, Z. tao, 2020. The psychological impact of COVID-19 outbreak on medical staff and the general public. Curr. Psychol. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01109-0

Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., Zhang, Z., 2020. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. The Lancet Psychiatry 1–2. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X

Chinese Center for Disease Control an Prevention, 2020. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19)—China, 2020.

De Paiva Faria, A.R.Q., Coelho, H.F.C., Silva, A.B., Damascena, L.C.L., Carneiro, R.R., Lopes, M.T., De Araújo, K.D.T., Lima, C.M.B.L., 2021. Impact of the COVID-19 pandemic on the development of burnout syndrome in frontline physicians: Prevalence and associated factors. Rev. Assoc. Med. Bras. 67, 942–949. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210244

de Sousa Júnior, G.M., Tavares, V.D. de O., de Meiroz Grilo, M.L.P., Coelho, M.L.G., Lima-Araújo, G.L. de, Schuch, F.B., Galvão-Coelho, N.L., 2021. Mental Health in COVID-19 Pandemic: A Meta-Review of Prevalence Meta-Analyses. Front. Psychol. 12, 1–9. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.703838

Duarte, I., Teixeira, A., Castro, L., Marina, S., Ribeiro, C., Jácome, C., Martins, V., Ribeiro-vaz, I., Pinheiro, H.C., Silva, A.R., Ricou, M., Sousa, B., Alves, C., Oliveira, A., Silva, P., Nunes, R., Serrão, C., 2020. Burnout among Portuguese healthcare workers during the COVID-19 pandemic. BMC Public Health 1–10.

Eisenstein, L., 2020. To fight burnout, organize. New Englando J. Med. 1–3.

Elghazally, S.A., Alkarn, A.F., Elkhayat, H., Ibrahim, A.K., Elkhayat, M.R., 2021. Burnout Impact of COVID-19 Pandemic on Health-Care Professionals at Assiut University Hospitals , 2020. Int. J. Enviromental Res. Public Heal. 1–12.

Etesam, F., Akhlaghi, M., Vahabi, Z., Akbarpour, S., 2021. Comparative Study of Occupational Burnout and Job Stress of Frontline and Non-Frontline Healthcare Workers in Hospital Wards during COVID-19 Pandemic. Iran J. Public Heal. 50, 1428–1435.

Fernandez-Mendoza, J., Rodriguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S.L., Bixler, E.O., Vgontzas, A.N., 2012. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. Sleep Med. 13, 207–210. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019

Fiorillo, A., Gorwood, P., 2020. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Eur. Psychiatry 1–4.

https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35

Freudenberger, H.J., 1974. Staff Burn-Out. J. Soc. Issues 30, 159–165.

García-Iglesias, J.J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J.R., Ruiz-Frutos, C., 2020. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. Rev. Esp. Salud Publica 94.

Gelfuso, É.A., Rosa, D.S., Fachin, A.L., Mortari, M.R., Olimpio, A., Cunha, S., Beleboni, R.O., 2014. Anxiety: A Systematic Review of Neurobiology , Traditional Pharmaceuticals and Novel Alternatives from Medicinal Plants. CNS Neurol. Disord. 13, 150–165.

Gershon, R., Dernehl, L.A., Nwankwo, E., Zhi, Q., Qureshi, K., 2016. Experiences and Psychosocial Impact of West Africa Ebola Deployment on US Health Care Volunteers. PLoS Curr. https://doi.org/10.1371/currents.outbreaks.c7afaae124e35d2da39ee7e07291b6b5

Gil-Monte, P.R., 2002. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. Salud Publica Mex. 44, 33–40. https://doi.org/10.1590/s0036-36342002000100005

Gloster, A.T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M., Nicolaou, C., Papacostas, S., Aydın, G., Chong, Y.Y., Chien, W.T., Cheng, H.Y., Ruiz, F.J., Garcia-Martin, M.B., Obando-Posada, D.P., Segura-Vargas, M.A., Vasiliou, V.S., McHugh, L., Höfer, S., Baban, A., Neto, D.D., da Silva, A.N., Monestès, J.L., Alvarez-Galvez, J., Paez-Blarrina, M., Montesinos, F., Valdivia-Salas, S., Ori, D., Kleszcz, B., Lappalainen, R., Ivanović, I., Gosar, D., Dionne, F., Merwin, R.M., Kassianos, A.P., Karekla, M., 2020. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. PLoS One 15, 1–20. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244809

Hao, Q., Wang, D., Xie, M., Tang, Y., Dou, Y., Zhu, L., Wu, Y., Dai, M., Wu, H., Wang, Q., 2021. Prevalence and Risk Factors of Mental Health Problems Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front. Psychiatry 12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.567381

Henao-Kaffure, L., 2010. The concept of pandemic: debate and implications on the influenza pandemic of 2009. Rev. Gerenc. y Políticas Salud 9, 53–68.

Id, G.R.M., Id, J.Y., Id, S.A., Singh, R., Kaur, S., Chakma, T., Periyasamy, M., Id, C.V., Singh, P.K., Balachandar, R., Kulkarni, R., Grover, A., Mishra, K., Viray, M., Devi, K.R., Singh, K.H.J., Saha, B., Barde, P. V, Thomas, B., Suresh, C., Dhanalakshmi, A., Watson, B., Selvaraj, P., Xavier, G., John, D., Menon, J., Philip, S., Mathew, G., David, A., Swathy, R., Id, V., Id, A.S., 2022. Psychological distress and burnout among healthcare worker during COVID-19 pandemic in India — A cross-sectional study. Pols One 1–19. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264956

Ji, D., Ji, Y.J., Duan, X.Z., Li, W.G., Sun, Z.Q., Song, X.A., Meng, Y.H., Tang, H.M., Chu, F., Niu, X.X., Chen, G.F., Li, J., Duan, H.J., 2017. Prevalence of psychological symptoms among Ebola survivors and healthcare workers during the 2014-2015 Ebola outbreak in Sierra Leone: A cross-sectional study. Oncotarget 8, 12784–12791. https://doi.org/10.18632/oncotarget.14498

Jun, J., Tucker, S., Melnyk, B., 2020. Clinician Mental Health and Well-Being During Global Healthcare Crises: Evidence Learned From Prior Epidemics for COVID-19 Pandemic.

Worldviews evidence-based Nurs. https://doi.org/10.1111/wvn.12439

Karim, R. Yaziilan, S. (2020, Abril 22). Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre COVID-19 celebrada el 22 de abril de 2020. World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--22-april-2020

Kaur, N., Singh Sethi, H.J., Bedi, S., Dwivedi, D., 2021. Analysis of Psychosocial Impact on Health Care Workers and General population of India during COVID 19 Pandemic using HAM-A scale. J. Assoc. Physicians India 69.

Kessler, R.C., Wittchen, H.-U., 2008. Post-disaster mental health need assessment surveys-the challenge of improved future research. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 17, S1–S5. https://doi.org/10.1002/mpr.266

Kim, C.S., Kritek, P.A., Lynch, J.B., Cohen, S., Staiger, T.O., Sayre, C., Neme, S., Goss, J.R., Dellit, T.H., 2020. All Hands on Deck: How UW Medicine Is Helping Its Staff Weather a Pandemic. New Engl. J. od Med. 1–7. https://doi.org/10.1056/CAT.20.0113

Knox, L., Karantzas, G.C., Romano, D., Feeney, J.A., Simpson, J.A., 2022. One year on: What we have learned about the psychological effects of COVID-19 social restrictions: A meta-analysis. Curr. Opin. Psychol. 46.

Kwon, C.Y., Lee, B., Kwon, O.J., Kim, M.S., Sim, K.L., Choi, Y.H., 2021. Emotional labor, burnout, medical error, and turnover intention among south korean nursing staff in a university hospital setting. Int. J. Environ. Res. Public Health 18. https://doi.org/10.3390/ijerph181910111

Lafuente, J. (2020, Febrero 28). México confirma el primer caso de coronavirus en el país. El País. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2020/02/28/actualidad/1582897294_203408.html

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., Hu, S., 2020. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Netw. open 1–12. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976

Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., Zhu, T., 2020. The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. Int. J. Environ. Res. Public Health 17, 1–9. https://doi.org/10.3390/ijerph17062032

Liu, X., Zhu, M., Zhang, R., Zhang, J., Zhang, C., Liu, P., Feng, Z., Chen, Z., 2021. Public mental health problems during COVID-19 pandemic: a large-scale meta-analysis of the evidence. Transl. Psychiatry 11, 1–10. https://doi.org/10.1038/s41398-021-01501-9

López-Castillo, J., Gurpegui, M., Ayuso-Mateos, J.L., Luna, J.D., Catalan, J., 1999. Emotional Distress and Occupational Burnout in Health Care Professionals Serving HIV-Infected Patients : A Comparison with Oncology and Internal Medicine Services. Psychother. Ppsychosomatics 68, 348–356.

Manderscheid, R.W., 2007. Preparing for Pandemic Avian Influenza: Ensuring Mental Health Services and Mitigating Panic. Arch. Psychiatr. Nurs. 21, 64–67. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2006.10.003

Matsuo, T., Taki, F., Kobayashi, D., Jinta, T., Suzuki, C., Ayabe, A., Sakamoto, F., Kitaoka, K.,

Uehara, Y., Mori, N., Fukui, T., 2021. Health care worker burnout after the first wave of the coronavirus disease 2019 (COVID- - 19) pandemic in Japan. J. Occup. Health 1–11. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12247

Mcalonan, G.M., Lee, A.M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K.W.T., Sham, P.C., Chua, S.E., Wong, J.G.W.S., 2007. Immediate and Sustained Psychological Impact of an Emerging Infectious Disease Outbreak on Health Care Workers. Can. J. Psychiatry 52, 241–247.

McMahon, S.A., Ho, L.S., Brown, H., Miller, L., Ansumana, R., Kennedy, C.E., 2016. Healthcare providers on the frontlines: A qualitative investigation of the social and emotional impact of delivering health services during Sierra Leone's Ebola epidemic. Health Policy Plan. 31, 1232–1239. https://doi.org/10.1093/heapol/czw055

Meo, S.A., Alkhalifah, J.M., Alshammari, N.F., Alnufaie, W.S., 2021. Comparison of generalized anxiety and sleep disturbance among frontline and second-line healthcare workers during the covid-19 pandemic. Int. J. Environ. Res. Public Health 18. https://doi.org/10.3390/ijerph18115727

Moukarzel, A., Michelet, P., Durand, A.C., Sebbane, M., Bourgeois, S., Markarian, T., Bompard, C., Gentile, S., 2019. Burnout syndrome among emergency department staff: Prevalence and associated factors. Biomed Res. Int. 2019. https://doi.org/10.1155/2019/6462472

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Moriana, J.A., Medrano, L.A., Ruiz-Rodríguez, P., Agüero-Gento, L., Rodríguez-Enríquez, M., Pizà, M.R., Ramírez-Manent, J.I., 2017. Screening for generalized anxiety disorder in Spanish primary care centers with the GAD-7. Psychiatry Res. 256, 312–317. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.023

Navarro, J. (2020, Abril 24). Coronavirus: cuáles son las fases de contingencia epidemiológica. Recuperado de: (https://mexico.as.com/mexico/2020/04/25/tikitakas/1587775948_035426.html)

Oh, C., Kim, H.Y., Na, H.K., Cho, K.H., Chu, M.K., 2019. The Effect of Anxiety and Depression on Sleep Quality of Individuals With High Risk for Insomnia: A Population-Based Study. Front. Neurol. 10, 1–8. https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00849

Organización Panamericana de la Salud, 2020a. COVID-19.

Organización Panamericana de la Salud, 2020b. Consideraciones sobre medidads de distanciamiento scial y medidas relacionadas con los viajes en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19.

Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., Peters, D., Hodkinson, A., Riley, R., Esmail, A., 2018. Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Intern. Med. 178, 1317–1330. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713

Perrin, P.C., McCabe, O.L., Everly, G.S., Links, J.M., 2009. Preparing for an influenza pandemic: Mental health considerations. Prehosp. Disaster Med. 24, 223–230. https://doi.org/10.1017/S1049023X00006853

Phiri, P., Ramakrishnan, R., Rathod, S., Elliot, K., Thayanandan, T., Sandle, N., Haque, N., Chau, S.W., Wong, O.W., Chan, S.S., Wong, E.K., Raymont, V., Au-Yeung, S.K.,

Kingdon, D., Delanerolle, G., 2021. An evaluation of the mental health impact of SARS-CoV-2 on patients, general public and healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. EClinicalMedicine 34. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100806

Ramalingaswami, V., 2001. Psychosocial Effects of the 1994 Plague Outbreak in Surat , India. Mil. Me 166, 2.

Ren, F.F., Guo, R.J., 2020. Public Mental Health in Post-COVID-19 Era. Psychiatr. Danub. 32, 251–255.

Robinson, E., Sutin, A.R., Daly, M., Jones, A., 2020. A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies comparing mental health before versus during the COVID-19 pandemic in 2020. J. Affect. Disord.

Samai, J., 2015. A Historical Exploration of Pandemics of some Selected Diseases in the World. Int. J. Heal. Sci. Res. 5, 156–164.

Sanghera, J., Pattani, N., Hashmi, Y., Varley, K.F., Cheruvu, M.S., Bradley, A., Burke, J.R., 2020. The impact of SARS-CoV-2 on the mental health of healthcare workers in a hospital setting—A Systematic Review. J. Occup. Health 62, 1–16. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12175

Sani, G., Janiri, D., Moccia, L., Albert, U., Carr, G., Carmassi, C., Cirulli, F., Dell, B., Menculini, G., Giulia, M., Pompili, M., Volpe, U., Fiorillo, A., 2022. Psychopathological burden and coping strategies among frontline and second-line Italian healthcare workers facing the COVID-19 emergency: Findings from the COMET collaborative network. J. Affect. Disord. 78–83.

Saragih, I.D., Tonapa, S.I., Saragih, I.S., Advani, S., Batubara, S.O., Suarilah, I., Lin, C.J., 2021. Global prevalence of mental health problems among healthcare workers during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Int. J. Nurs. Stud. 121, 104002. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104002

Schreiber, M., Cates, D.S., Formanski, S., King, M., 2019. Maximizing the resilience of healthcare workers in multi-hazard events: Lessons from the 2014-2015 ebola response in Africa. Mil. Med. 184, 114–120. https://doi.org/10.1093/milmed/usy400

Shalev, A., Liberzon, I., Marmar, C., 2017. Post-Traumatic Stress Disorder. N. Engl. J. Med. 376, 2459–2469. https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499

Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D., West, C.P., Sloan, J., Oreskovich, M.R., 2012. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch. Intern. Med. 172, 1377–1385. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199

Spilg, E., Rushton, C.H., Phillips, J.L., Kendzerska, T., Saad, M., Gifford, W., Gautam, M., Bhatla, R., Edwards, J.D., Quilty, L., Leveille, C., Robillard, R., 2021. The New Frontline: Exploring the Links between Moral Distress, Moral Resilience and Mental Health in Healthcare Workers Amidst the COVID-19 Pandemic. SSRN Electron. J. 1–12. https://doi.org/10.2139/ssrn.3820558

Thatrimontrichai, A., Weber, D.J., Apisarnthanarak, A., 2021. Mental health among healthcare personnel during COVID-19 in Asia: A systematic review. J. Formos. Med. Assoc. 120, 1296–1304. https://doi.org/10.1016/j.jfma.2021.01.023

Tiete, J., Guatteri, M., Lachaux, A., Matossian, A., Hougardy, J.M., Loas, G., Rotsaert, M.,

2021. Mental Health Outcomes in Healthcare Workers in COVID-19 and Non-COVID-19 Care Units: A Cross-Sectional Survey in Belgium. Front. Psychol. 11, 1–10. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.612241

Uchida, S., Yamagata, H., Seki, T., Watanabe, Y., 2018. Epigenetic mechanisms of major depression: Targeting neuronal plasticity. Psychiatry Clin. Neurosci. 72, 212–227. https://doi.org/10.1111/pcn.12621

Usher, K., Bhullar, N., Jackson, D., 2020. Life in the pandemic: Social isolation and mental health. J. Clin. Nurs. https://doi.org/10.1111/jocn.15290

Van Mol, M.M.C., Kompanje, E.J.O., Benoit, D.D., Bakker, J., Nijkamp, M.D., Seedat, S., 2015. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. PLoS One 10, 1–22. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955

Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S.M., Muhidin, S., Javanmard, Z., Esmaeili, M., 2020. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. J. Diabetes Metab. Disord. 19, 1967–1978. https://doi.org/10.1007/s40200-020-00643-9

World Health Organization, 2020a. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected.

World Health Organization, 2020b. Coronavirus disease 2019 (COVID-19).

Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., Wang, X., 2021. Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J. Affect. Disord. 281, 91–98. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N., 2020. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. Med. Sci. Monit. Int. Med. J. Exp. Clin. Res. 26, e923549. https://doi.org/10.12659/MSM.923549

CAPÍTULO 9

9.1 APÉNDICES

9.1.1 Apéndice 1. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y Hospital Universitario

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERISTARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

CUESTIONARI O SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las ultimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "" para indicar su respuesta)	**Ningún día**	**Varios días**	**Mas de la mitad de los días**	**Casi todos los días**
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING ___0___+_____+_____+ _____

=Total Score: _____

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
☐	☐	☐	☐

Visión 2020 UANL
"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Versión 1.0 Mayo 2020 1

Av. Francisco y Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8389 1111 ext. 2116, 2475 y 2106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

9.1.2 Apéndice 2. Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y Hospital Universitario

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERISTARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

GAD-7

Durante las ultimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "" para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Mas de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____=_____+_____+_ _____)

Elaborado por los doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, mediante una subvención educativa otorgada por Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

1
Versión 1.0 Mayo 2020

Visión 2020 UANL
"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco y Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8389 1111 ext. 2116, 2475 y 2106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

9.1.3 Apéndice 3. Escala del impacto de sucesos revisada (EIE-R)

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y Hospital Universitario

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERISTARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

Escala del impacto de sucesos revisada (EIE-R)

Nombre:_____

Tuve la siguiente experiencia: Atención a pacientes con coronavirus

Abajo hay una lista de comentarios que hace la gente que ha pasado por una situación de vida estresante. Por favor chequee cada uno de ellos e indique con qué frecuencia estos comentarios fueron para usted en los últimos siete días. Si no ocurrieron durante ese período, marque "nunca".

0: Nunca 2: A veces

1: Raras veces 3: A menudo

	0	1	2	3
1. Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.				
2. Tenía problemas para permanecer dormido.				
3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.				
4. Me sentía irritable y enojado				
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido				
6. Pensaba en ello aun cuando no quería.				
7. Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.				
8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.				
9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.				
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.				
11. Intentaba no pensar en el suceso				
12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver, pero no me enfrentaba a ellos.				
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.				
14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el suceso.				
15. Tenía problemas para conciliar el sueño.				
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.				
17. Intentaba apartarlo de mi memoria.				
18. Tenía problemas de concentración.				
19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones físicas tales como sudoración, problemas para respirar, náuseas, latidos cardiacos.				
21. Soñaba con lo sucedido.				
21. Me sentía vigilante y en guardia.				
22. Intentaba no hablar de ello.				

1

Versión 1.0 Mayo 2020

Visión 2020 UANL

"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco y Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8389 1111 ext. 2116, 2475 y 3106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

9.1.4 Apéndice 4. Índice de deterioro de sueño (ISI)

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y Hospital Universitario

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERISTARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

Índice de deterioro de sueño (ISI)

(Morin, 1998; Bastien et al, 2001; Fernandez-Mendoza et al, 2012)

1. Por favor indique la **GRAVEDAD** de su actual (p.ej., durante las últimas 2 semanas) problema(s) de sueño:

	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo está de **SATISFECHO/A** en la actualidad con su sueño?

Muy satisfecho	Satisfecho	Neutral	No muy satisfecho	Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

3. ¿En qué medida considera que su problema de sueño **INTERFIERE** con su funcionamiento diario (por ejemplo, fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida cree que **LOS DEMÁS SE DAN CUENTA** de su problema de sueño por lo que afecta a su calidad de vida?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cuán **PREOCUPADO/A** está por su actual problema de sueño?

Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

This version of the Spanish ISI by Fernandez-Mendoza J *et al.* (Sleep Medicine, 2012) was adapted from ISI's first translation into Spanish (Morin CM, Ed. Ariel, 1998) while including changes from its latest English version by Bastien CH *et al.* (Sleep Medicine, 2001). Respect all copyrights.

1
Versión 1.0 Mayo 2020

Visión 2020 UANL
"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco y Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8389 1111 ext. 2116, 2475 y 2106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

9.1.5 Apéndice 5. Inventario de burnout de Maslach (MBI)

UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Facultad de Medicina y Hospital Universitario

FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERISTARIO / Departamento de Psiquiatría / Jefatura

Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y, en ningún caso, accesibles a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

0: Nunca
1: Alguna vez al año
2: Una vez al mes o menos
3: Algunas veces al mes
4: Una vez a la semana
5: Varias veces a la semana
6: Diario

		0	1	2	3	4	5	6
1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	Me siento "quemado" por el trabajo.							
9	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

1

Versión 1.0 Mayo2020

Visión 2020 UANL
"Educación de clase mundial, un compromiso social"

Av. Francisco y Madero Pte. s/n y Av. Gonzalitos
Col. Mitras Centro, Monterrey N.L., México, C.P. 64460
Conmutador Psiquiatría: (81) 8348 0585 y 86 / Fax: 8347 6147
Conmutador HU: (81) 8389 1111 ext. 2116, 2475 y 3106
E-mail: psiquiatria.hu@uanl.mx
www.medicina.uanl.mx/psiquiatria

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para el Grado de la Especialidad en Psiquiatría

IMPACTO PSICOLÓGICO COMO CONSECUENCIA DE LA PANDEMIA POR COVID-19: DIFERENCIAS ENTRE PERSONAL DE SALUD Y POBLACIÓN GENERAL.

PSIQUIATRÍA

Mi nombre es Sofía Luna Garza, nacida en Monterrey, Nuevo León, México, el día 17 de diciembre de 1993. Mis padres, Rubén Luna Cuéllar y Susana Patricia Garza Salazar.

Educación. Realicé mis estudios de preparatoria en el Centro de Desarrollo y Educación Bilingüe, en el programa bilingüe constando de 2 años de preparación. Posteriormente desarrollé mis estudios universitarios en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León durante 6 años, haciendo mi internado en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" y realizando mi servicio social durante 1 año, en el Centro en Salud Afectiva del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Actualmente cursando el último año de residencia igualmente en el Departamento de Psiquiatría del anteriormente mencionado hospital, de la Universidad Autónoma de Nuevo León.