

Méd. Gral. GUTIERREZ ROMAN
BENJAMIN ABDIEL

ALTERACIONES EN LA SALUD MENTAL EN
TRABAJADORES DE UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**ALTERACIONES EN LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Benjamín Abdiel Gutiérrez Román

Dirigido por:

Dra. Leticia Blanco Castillo

Querétaro, Qro. a 28-FEBRERO-2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Alteraciones de la salud mental en trabajadores de
una unidad de primer nivel durante la pandemia por
covid 19.

por

Benjamín Abdiel Gutiérrez Román

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Clave RI: MEESC-293404



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“ALTERACIONES EN LA SALUD MENTAL EN TRABAJADORES DE
UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19

”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la

Especialidad en
Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Gutiérrez Román Benjamín Abdiel

Dirigido por:

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo.

M.I.M.S.P. Leticia Blanco Castillo.

Presidente

M. en E. Omar Rangel Villicaña

Secretario

M. en E. Ma Azucena Bello Sanchez

Vocal

Med. Esp. Rosalia Cadenas Salazar

Suplente

M. en C.E Lilia Susana Gallardo Vidal

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Febrero 2023
México

Resumen

Introducción: Durante la pandemia de COVID19, Las enfermedades como depresión, ansiedad y Burnout se presentaron de manera frecuente en todas las personas a nivel mundial. Uno de los sectores de la población más afectados fue el personal de salud, debido a que tuvieron que estar en contacto directo con pacientes infectados. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel de atención secundario a pandemia por COVID-19. **Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal a una población de 131 trabajadores de una unidad de medicina familiar. Muestreo no probabilístico por conveniencia. Entre las variables estudiadas se encuentran la edad, sexo, religión, grado de escolaridad, categoría, antigüedad en la categoría, horas laboradas, turno, contacto directo con pacientes Covid, trastorno de ansiedad, trastorno de depresión, trastorno de Burnout, los instrumentos de aplicación fueron el test de Maslach para Burnout, test de Hamilton para ansiedad y test de Beck para depresión. Análisis estadístico: descriptivo e inferencial. Consideraciones éticas: Se solicitó la realización de los test previo consentimiento informado. **Resultados:** existe una prevalencia en primer lugar ansiedad en un 50%, en segundo lugar, Burnout con un 30% y depresión en un 8.5% **Conclusiones:** Se encontró prevalencia en ansiedad y Burnout en trabajadores de una unidad de medicina familiar.

Palabras clave: depresión, ansiedad, burnout, covid-19

Summary

Introduction: One of the most affected sectors of the population was health personnel, because they had to be in direct contact with infected patients. During the COVID19 pandemic, diseases such as depression, anxiety, and Burnout occurred frequently in health personnel worldwide. **Objective:** To identify the prevalence of mental health disorders in workers of a primary care unit secondary to the COVID-19 pandemic. **Material and methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out on a population of 131 workers from a family medicine unit, among the variables studied were age, sex, religion, educational level, category, seniority in the category, hours worked, shift, direct contact with Covid patients, anxiety disorder, depression disorder, Burnout disorder, the application instruments were the Maslach test for Burnout, the Hamilton test for anxiety and the Beck test for depression. Statistical analysis: descriptive and inferential. Ethical considerations: The tests were requested with prior informed consent. **Results:** there is a prevalence in the first place anxiety in 50%, secondly, Burnout with 30% and depression in 8.5% **Conclusions:** Prevalence in Anxiety and Burnout was found in workers of a family medicine unit.

Keywords: depression, anxiety, burnout, covid-19

Dedicatorias

A mis padres que siempre me han apoyado, a mi hija que siempre es el motivo para seguir adelante y a Rey siempre estás conmigo en las buenas y malas alentándome a ser mejor persona.

Agradecimientos

Agradecimiento a todos los doctores y doctoras que me ayudaron a la realización de mi trabajo, compañeras de la especialidad, un agradecimiento especial a mi directora de tesis que siempre ha tenido la paciencia de enseñarnos y de apoyarnos en todo, gracias Dra. Lety.

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	viii
Abreviaturas y siglas	ix
I. Introducción	1
II. Antecedentes/estado del arte	2
III. Fundamentación teórica	6
III.1 COVID19	6
III.1.1 Definición	6
III.1.2 Clasificación	6
III.1.3. Epidemiología	7
III.1.4. Cuadro clínico y diagnostico	8
III.1.5. Tratamiento	9
III.2.1 Salud mental	9
III.2.2 Definición	9
III.2.3. ¿Que engloba la salud mental?	10
III.3.1 Depresión	10
III.3.2 Definición	10
III.3.3 Clasificación	11
III.3.4 Diagnostico	11
III.3.5 Tratamiento	11
III.4.1 Ansiedad	13
III.4.2 Factores de riesgo	13
III.4.3 Diagnostico	13

III.4.4 clasificación	14
III. 4.5 Tratamiento	14
III.5.1. Burnout	16
III.5.2 Definición	16
III.5.3 Factores de riesgo	16
III.5.4 Signos de alarma	16
III.5.5 diagnostico	18
III.5.6 Prevención	19
III.5.7 Maslach Burnout Inventory	20
IV. Hipótesis	22
V. Objetivos	23
V.1 General	23
V.2 Específicos	23
VI. Material y métodos	24
VI.1 Tipo de investigación	24
VI.2 Población o unidad de análisis	24
VI.3 Muestra y tipo de muestreo	24
VI.3.1 Criterios de selección	25
VI.3.2 Variables estudiadas	26
VI.4 Técnicas e instrumentos	26
VI.5 Procedimientos	27
VI.5.1 Análisis estadístico	27
VI.5.2 Consideraciones éticas	28
VII. Resultados	30
VIII. Discusión	39
IX. Conclusiones	41
X. Propuestas	42
XI. Bibliografía	43
XII. Anexos	43
XII.1 Hoja de recolección de datos	43

XII.2 Instrumentos	43
XII.3 Carta de consentimiento informado	50

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Prevalencia de trabajadores que atendieron directamente a pacientes COVID19.	30
VII.2	Prevalencia de sexo en los trabajadores que participaron en el estudio.	31
VII.3	Prevalencia de Religión profesada por los trabajadores que participaron en el estudio.	32
VII.4	Prevalencia de la Escolaridad de los trabajadores que participaron en el estudio.	33
VII.5	Test de Hamilton aplicado en trabajadores de una unidad de medicina familiar.	34
VII.6	Test de Beck aplicado en trabajadores de una unidad de medicina familiar.	35
VII.7	Test de Maslach en trabajadores de una unidad de medicina familiar.	36
VII.8	Tabla de categoría de trabajadores de una unidad de medicina familiar.	37

Abreviaturas y siglas

GPC: Guía de práctica clínica.

IC: Intervalo de confianza.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

N: tamaño de la muestra.

NOM: Norma Oficial Mexicana.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SSA: Secretaría de Salud.

UMF 09: Unidad de Medicina Familiar número 9.

COVID19: coronavirus disease 2019

MBI: Maslach Burnout Inventory

I. Introducción

En el inicio de la década una enfermedad desconocida causada por un virus asoló el planeta, esta nueva enfermedad llamada COVID19, causó 6.69 millones de muertes a nivel mundial y un total de 661 millones de casos reportados; en México se registraron hasta la fecha un total de 331 mil defunciones y 7.23 millones de casos. Estas cifras siguen aumentando ya que, aunque se crearon vacunas, la enfermedad sigue presente causando nuevos casos día con día desde que China declara oficialmente la enfermedad el 31 de diciembre de 2019. (OMS, 2022)

Uno de los sectores de la población más afectados fue el personal de salud, debido a que tuvieron que estar en contacto directo con pacientes infectados. Durante la pandemia de COVID19, las enfermedades como depresión, ansiedad y Burnout se presentaron de manera frecuente en el personal de salud a nivel mundial. Existe aumento de estas enfermedades influenciado por la paranoia colectiva, el miedo a enfermarse, tomando en cuenta que la patología tiene un riesgo de mortalidad, el aislamiento social, la modificación de los hábitos y de la rutina diaria, la dificultad para manejar el estrés, el aumento de carga laboral en el personal de salud, así como la pérdida de seres queridos, ha influido en la salud mental de los trabajadores.

(Nicolini, 2020) en su artículo menciona que los trabajadores de la salud tienen un riesgo significativo de resultados adversos para la salud mental durante la pandemia de COVID-19. Los trabajadores de atención médica de primera línea, que enfrentan grandes cargas de trabajo, decisiones de vida o muerte, y riesgo de infección, se ven particularmente afectados. En un estudio que fue realizado en China evaluó la presencia de psicopatología en 1257 trabajadores de la salud expuestos a COVID19. Reportando síntomas de depresión (50%), ansiedad (45%), insomnio (34%) y angustia (72%). De tal manera que se abre campo de estudio de enfermedades mentales y la pandemia de COVID19.

II. Antecedentes

Los efectos en la salud mental de la pandemia por COVID-19 son directos por la propia enfermedad y también derivados de la situación que la propia pandemia ha generado. Existen grupos con mayor vulnerabilidad que son los pacientes hospitalizados, antecedente de enfermedad mental previa, con situaciones difíciles provocadas por el aislamiento, la crisis económica y los trabajadores de la salud, aunque los efectos psicológicos afectan a toda la población.

Según lo expuesto por (Fernández y García, 2020) en respuesta a la epidemia de COVID-19 se implementaron en China varias medidas y planes que enfatizan la necesidad de lidiar con los problemas concurrentes de salud mental que surgen en una circunstancia así. El 26 de enero de 2020, la Comisión Nacional de Salud de China publicó unos principios de intervención psicológica de emergencia para la crisis de la COVID-19. Se establecieron rápidamente líneas telefónicas de atención a la salud mental, proporcionando a la población consejos y servicios de apoyo psicológico. El teléfono e internet se han usado ampliamente para proporcionar servicios de salud mental, y las redes sociales (WeChat, Weibo) se han usado para compartir estrategias, guías, y programas educativos. Además, la Asociación China de Salud Mental publicó varios manuales de autoayuda para la atención a la salud mental. Además, muchos de los hospitales de China iniciaron programas de telemedicina. El 26 de enero de 2020 el Hospital Oeste de Sichuan, uno de los más importantes de China lanzó un programa de atención online gratuito con más de 100 profesionales de diferentes especialidades.

En un estudio (Martínez y Álvarez, 2021) donde concluyeron que es necesario el monitoreo del bienestar mental de los trabajadores de la salud mediante la medicina y el apoyo psicológico para brindar atención a quienes experimentan estos problemas de salud, así como implementar campañas de concientización y proporcionar equipo de protección adecuado al personal de salud. Por lo tanto se debe tomar en cuenta que la UMF 09 es la unidad más grande de la

delegación de Querétaro, además de que funciona 24 horas todos los días, la carga de trabajo y la afluencia de personas enfermas a los módulos de atención respiratoria es constante, lo que hace que todo el personal de la unidad se encuentre cansado y se desconoce si cursa con algunas otras alteraciones que pudieran alterar su salud, por lo que, se buscó generar un antecedente con este estudio para próximas investigaciones.

En el 2020 en México los casos de COVID19 crecieron exponencialmente y saturaron los servicios de salud, el aislamiento social, la paranoia colectiva de contraer la enfermedad o peor ser hospitalizado y fallecer aumentó en la población, creó en las autoridades sanitarias un plan de contingencia para la salud mental. fue que se crearon los Lineamientos y Documentos de apoyo en Salud Mental y Adicciones ante el COVID 19, así como material para personal de salud y COVID, todos documentos que actualmente se encuentran en la página del gobierno de México. Número para crisis emocionales y situaciones de urgencia 800 953 17 05.

Es importante conocer la línea de tiempo de COVID19 publicada por la dirección general de epidemiología en México: 31 de diciembre 2019 Se da a conocer el brote de 27 nuevos casos de neumonía de etiología desconocida en la provincia de Wuhan, China. 09 de enero 2020 identificación de nuevo coronavirus. 11 y 12 de enero 2020 primera defunción y publicación del genoma del 2019.nCoV. 15 de enero de 2020 primer caso importado en América (EUA). Fase uno el 27 de febrero de 2020 se da el primer caso confirmado en México. 11 de marzo declaratoria de pandemia, 18 de marzo primera defunción en México. Fase dos declarada el 24 de marzo 2020. 01 de abril declaratoria de emergencia en México.

Según cifras de la dirección de epidemiología en México al día 23 de octubre 2022 en nuestro país existen 7,106,018 casos confirmados y 330,320 defunciones desde el inicio de la pandemia.

En un estudio (García, et al., 2020), se comenta que es por lo tanto un tema de gran relevancia estudiar cómo ha influido la pandemia en todos los ámbitos de la vida diaria, en este caso particular existen autores que han expuesto la

prevalencia e incidencia de las enfermedades y la salud mental, tal es el caso del estudio realizado en una revisión sistemática en España que menciona en sus resultados en los cuales se incluyeron 13 estudios lo siguiente: La salud mental y las funciones mentales de los profesionales se vieron comprometidas, siendo especialmente afectados aquellos profesionales en primera línea de batalla contra el virus. Sin embargo, estas estadísticas estaban por debajo de los datos de la población general. Aunque existe una amplia variabilidad de resultados, se detectan niveles medios-altos de ansiedad (26,5%-44,6%), depresión (8,1%-25%), preocupación e insomnio (23,6%-38%). Paradójicamente, los niveles de estrés estuvieron por debajo de las expectativas (3,8%-68,3%). Concluyendo en su estudio que el bienestar mental de los profesionales de la salud que trabajan en primera línea se ve comprometido en tiempos de pandemia al presentar niveles medios-altos de ansiedad, depresión, nerviosismo e insomnio, y, en menor medida, estrés.

En una revisión sistemática en el 2020 se encontraron los siguientes resultados buscando impacto del SARS-CoV-2 en la salud mental de los trabajadores de la salud en un entorno hospitalario. La búsqueda inicial arrojó 436 artículos. Cuarenta y cuatro estudios se incluyeron en el análisis final, con un total de 69.499 sujetos. Se identificaron rangos de prevalencia de seis resultados de salud mental: depresión 13,5%-44,7%; ansiedad 12,3%-35,6%; reacción de estrés agudo 5,2%-32,9%; trastorno de estrés postraumático 7,4%-37,4%; insomnio 33,8%-36,1%; y burnout ocupacional 3,1%-43,0%.

En un estudio por (Sanghera, et al., 2020) que la exposición directa a pacientes con SARS-CoV-2 fue el factor de riesgo más común identificado para todos los resultados de salud mental, excepto el agotamiento ocupacional. Las enfermeras, los trabajadores sanitarios de primera línea y los trabajadores sanitarios con poco apoyo social y menos años de experiencia laboral informaron los peores resultados y su conclusión fue que la pandemia de SARS-CoV-2 ha afectado significativamente la salud mental de los trabajadores sanitarios. El personal de primera línea demuestra peores resultados de salud mental. Los hospitales deben contar con personal para cumplir con los requisitos de prestación de servicios y

mitigar el impacto en la salud mental. Esto puede mejorarse con el acceso a equipos psiquiátricos de respuesta rápida y debe ser monitoreado continuamente durante la pandemia y más allá de su conclusión.

III. Fundamentación teórica

III.I COVID 19

III.I.1 Definición.

Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS CoV-2 que puede causar casos de neumonía grave y la muerte. (Secretaria de salud, 2020)

III.I.2 Clasificación

Coronavirus

Orden: Nidovirales,

Familia: Coronavirinae,

Subfamilia: Coronavirinae

Esta última subfamilia consta de cuatro géneros Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus y Deltacoronavirus. Se denominan coronavirus por la apariencia que dan bajo el microscopio electrónico parecido a una corona. Son virus envueltos, con un diámetro aproximado de 125 nm, genoma ARN de cadena simple, sentido positivo. El HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 y HCoV-HKU1 están distribuidos en todo el mundo, fueron identificados en 1966, 1967, 2004 y 2005, respectivamente, se transmiten sobre todo durante el invierno, son causa frecuente de resfriado común, con síntomas leves en pacientes inmunocompetentes. Existen dos virus altamente patógenos y transmisibles, el primero reportado en 2002 en la provincia de Guangdong, China, nombrado coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y en 2012 en Arabia Saudita se aisló el coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV). (Aragón. et al., 2020)

El 09 de enero de 2020 el Centro Chino de los CDC hizo público el descubrimiento del nuevo coronavirus y el 12 de enero dieron a conocer la

secuencia genómica del que posteriormente sería llamado SARS-CoV-2. 3,4 (Aragón et al., 2020).

III.I.3 Epidemiología

Ruta de transmisión

La principal fuerza de contagio son los pacientes quienes tienen COVID-19 en forma de infección de vías respiratorias altas y/o neumonía por SARS-CoV-2 quienes generan transmisión por gotas, aerosoles y contacto con gotas respiratorias, con vía de ingreso por las mucosas de ojos, nariz y garganta. (Secretaría de salud, 2020)

Incubación y periodo contagioso

Según la encuesta epidemiológica actual, el periodo de latencia es generalmente de 3 a 7 días con un promedio de 5 días y un máximo de 14 días. (Secretaría de salud, 2020)

Grupos de riesgo

- Niños menores de 5 años; y especialmente menores de 2 años.
- Adultos \geq 65 años.
- Enfermedad pulmonar crónica (como EPOC, fibrosis quística e incluso asma).
- Enfermedad cardiovascular (excepto hipertensión arterial aislada).
- Nefropatía.
- Hepatopatía.
- Enfermedad hematológica (incluyendo anemia falciforme).
- Alteraciones metabólicas (incluyendo diabetes mellitus tipo 1, 2 y gestacional; incluso bajo control).
- Afección neurológica (incluyendo afección cerebral, espinal, nervios)

- periféricos, parálisis, síndromes epilépticos, evento vascular cerebral y afección intelectual) o del neurodesarrollo.
- Inmunosupresión inducida por medicamentos.
- Personas que viven con VIH.
- Personas que viven en asilos u otros centros de cuidados a largo plazo.
- Mujeres embarazadas y hasta dos semanas del posparto.
- Personas que tienen obesidad, con un índice de masa corporal [IMC] ≥ 40.7 (Secretaría de salud, 2020)

III.I.4 Cuadro clínico y diagnóstico.

Caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral:

Persona de cualquier edad que en los últimos 10 días haya presentado al menos uno de los siguientes signos y síntomas: tos, disnea, fiebre o cefalea. Acompañados de al menos uno de los siguientes signos o síntomas: Mialgias, artralgias, odinofagia, escalofríos, dolor torácico, rinorrea, polipnea, anosmia, disgeusia, conjuntivitis. (Secretaria de salud, 2020)

Caso de infección respiratoria aguda grave:

Toda persona que cumpla con la definición de caso sospechoso de enfermedad respiratoria vial y con presencia de alguno de los siguientes datos de gravedad como disnea, dolor torácico, o desaturación. (Secretaria de salud, 2020)

Caso confirmado por laboratorio:

Persona que cumpla con la definición operacional de caso sospechoso y que cuente con diagnostico confirmado por laboratorio. Las pruebas utilizadas son prueba rápida de antígenos para SARS COV 2 y PCR. (Secretaria de salud, 2020)

III.I.5 Tratamiento

El tratamiento preventivo de la enfermedad es por medio de vacunación.

El tratamiento sintomático se basa en la severidad del cuadro clínico que se clasifica en leve moderada o grave. No se profundizará este apartado, pero debemos saber que el grado de la severidad tiene distinto manejo. Sintomatología leve sin datos de neumonía o SPO₂ >94% se maneja de manera ambulatoria, oximetría y vigilancia hasta por lo menos el día 11 desde el inicio de los síntomas.

Sintomatología moderada se considera cuando existe neumonía más SPO₂ 90% se valora si cumple criterios de hospitalización, se maneja oxígeno más cortico esteroide y terapia antitrombótica. Remdesivir o Tocilizumab si cumple criterios para el tratamiento. Sintomatología grave caracterizada por neumonía más frecuencia respiratoria mayor a 30 por minuto y SP0₂ menor a 90%. Terapia con oxígeno, dexametasona u otros corticosteroides a dosis equivalentes, profilaxis antitrombotica, tocilizumab en caso de cumplir criterios. (Secretaria de salud, 2020)

III.II. SALUD MENTAL

III.II.1. Definición

Es el estado de equilibrio que debe existir entre las personas y el entorno socio-cultural que los rodea, incluye el bienestar emocional, psíquico y social e influye en cómo piensa, siente, actúa y reacciona una persona ante momentos de estrés. La salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de una persona y su comunidad. Se engloba en la definición de salud de la OMS: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS)

III.II.2. ¿Que engloba la salud mental?

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Influye y dirige la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. Todas aquellas enfermedades que interfieren con nuestra salud mental están directamente relacionadas a nuestra vida diaria. La salud mental está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos o enfermedades. (Lineamiento institucional para la salud mental IMSS, 2020)

III.III Depresión

III.III.1 Definición

Es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. En el adulto mayor se caracteriza por la persistencia gravedad y del deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad. (Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de la Depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención) El diagnóstico se realiza con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, son obligados los primeros dos síntomas (GPC depresión. 2015):

- 1.- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
- 2.- perdida del interés de actividades previamente placenteras
- 3.- perdida o aumento de peso
- 4.- agitación o lentitud psicomotriz
- 5.- astenia o adinamia
- 6- sentimiento de inutilidad o culpa
- 7.- disminución para lograr concentrarse
- 8.- pensamientos de muerte 13

III.III.2 Criterios diagnósticos para un episodio depresivo según el CIE-10

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún periodo de la vida del individuo
- El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico. (GPC depresión. 2015)

III.III.3 Clasificación de depresión

Algunas personas tienen solamente unos pocos síntomas que afectan a su vida cotidiana de forma parcial o la limitan sólo en algún aspecto específico, esta es la denominada depresión leve. Otras personas pueden tener muchos más síntomas que llegan a causar un deterioro o incapacidad generalizada; en este caso, la depresión se califica como moderada o grave. (GPC depresión. 2015)

III.III.4 Tratamiento

Psicoterapia. Se ha demostrado que los adultos mayores tienen una mejor respuesta al tratamiento con psicoterapia, con menos respuesta de recaídas y más respuestas positivas que los deprimidos jóvenes. La psicoterapia combinada con farmacoterapia debe ser el tratamiento inicial para la depresión mayor. (GPC depresión. 2015)

Las variantes usadas para la psicoterapia pueden ser: terapia interpersonal, terapia cognitivo conductual, reminiscencia, terapia por resolución de problemas, musicoterapia, mesoterapia y terapia luminosa. Ejercicio físico e higiene del sueño. Aunado a actividades de medicina complementaria como yoga o tai-chi por citar un ejemplo. (GPC depresión. 2015)

Farmacoterapia. Tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina e inhibidores antidepresivos tricíclicos, los ISRS son mejor tolerados que los ATC debido a sus menores efectos sedantes y colinérgicos, es necesario mencionar que en pacientes con cardiopatía isquémica o alguna enfermedad cardiovascular asociada los ISRS son los medicamentos de elección, así como con pacientes con depresión evento cerebro vascular. Paroxetina 10 mg cada 24 horas, sertralina 25 mg cada 24 horas, fluoxetina 20 mg cada 24 horas, venlafaxina 75 mg cada 24 horas, citalopram 10 mg cada 24 horas, imipramina iniciar dosis bajas. (GPC depresión. 2015)

Uno de los instrumentos que existen para medir la depresión es el Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II). Creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias

(entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para detección o chequeo. (GPC depresión. 2015)

III.IV Ansiedad

III.IV.1. Definición

La ansiedad se caracteriza por un estado emocional displacentero acompañado de cambios psíquicos y somáticos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos. Que genera un grado de disfuncionalidad en la persona. (Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. 2019)

III.IV.2. Factores de riesgo

Historial de ansiedad en épocas tempranas de su vida, antecedente de ansiedad en su familia, eventos traumáticos, ideas suicidas, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, consumo de sustancias. (Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. 2019)

III.IV.3. Diagnóstico

Los síntomas físicos más comunes son: sudoración, tensión muscular, taquicardia, temblor, hiperreflexia, palpitaciones, síncope, molestias digestivas, urgencia urinaria, diarrea.

Los síntomas psíquicos más comunes: Nerviosismo, intranquilidad, inquietud, preocupación desproporcionada, miedo irracional, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente. (Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. 2019)

III.IV.4. Clasificación

Ansiedad leve: La persona parece “normal”, no afecta el desempeño (escolar, la oral, social, familiar); pero realiza un esfuerzo para cumplir sus actividades.

Ansiedad moderada: La persona suele tener mayor dificultad para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Tiene quejas por mal desempeño en cualquier ámbito mencionado.

Ansiedad grave: incapacidad para realizar actividades en cualquier ámbito y se complica con crisis de pánico, e ideación suicida. (Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. 2019)

III.IV.5. Tratamiento

Ansiedad leve: (3 a 6 meses).

Consejería: Realizar actividades dirigidas a disminuir las manifestaciones de ansiedad, p. ej.: realizar actividades relajantes, distraerse en manualidades, convivencia con su red social; recreación, ejercicio físico, etc.

Ansiedad moderada

Ansiolíticos (1 a 2 meses): Clonazepam 2mg, se elige cuando se presenta ansiedad severa (contraindicada en adulto mayor): 1/8-0-1/4 o 1/2 (dosis respuesta). Diazepam 10 mg, se elige cuando se presenta ansiedad leve a moderada, inicia con 1/8-0-1/4 o 1/2 (dosis respuesta). Asociar un antidepresivo (al menos por 6 meses): Sertralina 50mg, se elige cuando se asocian síntomas psicósomáticos: 1/2-0-0 x 1 semana; después 1-0-0 x 2 semanas, en respuesta pobre incrementar

a 2-0-0 (ajustar dosis seguimiento). Paroxetina 20mg, se elige si se asocia insomnio y síntomas psicósomáticos: 1/2-0-0 x 1 semana; después 1-0-0 x 2 semanas, en respuesta pobre incrementar a 1 1/2-0-0 (ajustar dosis seguimiento). Psicoterapia breve: individual o grupal.

Para medir la ansiedad, existen escalas que pueden ser útiles, una de ellas es la Escala de calificación de ansiedad de Hamilton (HAM-A), es un cuestionario psicológico usado por médicos, para calificar la severidad de la ansiedad de un paciente. Es una de las primeras escalas de calificación de ansiedad en ser publicadas, la HAM-A, permanece ampliamente usada por médicos. Fue originalmente publicada por Max Hamilton, en 1959. Para propósitos clínicos, y el propósito de esta escala, sólo para ansiedades severas, ó tratadas incorrectamente. Esta escala es considerada una calificación clínica, de la extensión de la ansiedad, y está destinada para individuos, que ya han sido diagnosticados con neurosis ansiosa. La escala consiste de 14 items, diseñados para evaluar la severidad de la ansiedad de un paciente. Cada uno de los 14 items, contiene un número de síntomas, y cada grupo de síntomas, está calificado en una escala de cero a cuatro, con cuatro siendo el más severo. Todas estas puntuaciones, son usadas para computar una puntuación general, que indica la severidad de la ansiedad de la persona. La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, ha sido considerada una escala importante por muchos años, pero la siempre cambiante definición de ansiedad, nuevas tecnologías, y nuevas investigaciones, han tenido un efecto sobre la utilidad percibida de la escala. Como resultado, ha habido cambios, y desafíos, a la versión original de la escala en el tiempo. (Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. 2019)

III.V Burnout

III.V.1. Definición

Síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y la disminución del desempeño de la persona causado por ser una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico. (Gutiérrez, Celis et al).

Este síndrome afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece, llegando a poner en peligro la salud de los pacientes. La frecuencia de este síndrome ha sido elevada lo que motivo que la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 lo calificara de riesgo laboral. (Gutiérrez, Celis et al).

III.V.2. Factores de riesgo

Personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. De entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo. (Gutiérrez, et al., 2006).

III.V.3. Signos de alarma

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí:

Negación: la persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.

Aislamiento: es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.

Ansiedad: es la sensación persistente que tiene el medico de que algo malo va a suceder.

Miedo o temor: una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo.
Depresión: este es uno de los problemas cada vez más comunes en médicos y estudiantes de medicina; siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y por supuesto uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio. (Gutiérrez, et al., 2006).

Ira: las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.

Fuga o anulación: el médico llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.

Adicciones: se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser

Prohibidas o no prohibidas.

Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el individuo.

Culpabilidad y autoinmolación: sienten que lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensables en el trabajo. (Gutiérrez, et al., 2006).

Cargas excesivas de trabajo: el aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de autonegación.

Comportamiento riesgoso: comportamiento no característico de la persona, el cual puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo; hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual con conductas de riesgo.

Sensación de estar desbordado y con desilusión. Se percibe la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.

Abandono de sí mismo. Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal. Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada.

Pérdida de la memoria y desorganización. Existe dificultad para concentrarse y aprender. No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales. Puede haber trastornos del sueño. (Gutiérrez, et al., 2006).

III.V.4. Diagnóstico

El concepto de burnout implica 3 aspectos fundamentales que son:

1. Agotamiento emocional. Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
- 2.- Despersonalización o deshumanización (o cinismo). Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
- 3.- Baja realización personal. Que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional.

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

Etapa 1. Se percibe desequilibrio entre demandas laborales y entre recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

Etapa 2. El individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas. Pero esto sólo funciona transitoriamente (hasta aquí el cuadro es reversible).

Etapa 3. Aparece el síndrome de burnout con los componentes descritos.

Etapa 4. El individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de los servicios. En general, pueden establecerse dos tipos de repercusiones del síndrome de burnout: para el individuo (salud, relaciones interpersonales) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y el ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, genera cierto grado de hostilidad y resentimiento).

La manera de cuantificar y diagnosticar este síndrome; así como sus componentes es a través de un cuestionario creado por Cristina Maslach en 1986 y que se denomina: Maslach burnout inventory (MBI).

III.V.5. Prevención

Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
Limitar la agenda laboral.
Tiempo adecuado para cada paciente.
Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
Formación continua dentro de la jornada laboral.
Coordinación con espacios comunes, objetivos compartidos.
Diálogo efectivo con las autoridades. (Gutiérrez, et al.,. 2006).

III.V.6. Maslach Burnout Inventory (MBI)

El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout y ha sido el instrumento que ha facilitado la investigación sistemática sobre la teoría. La primera publicación del cuestionario, ligeramente anterior a su comercialización, aparece en 1981 (Maslach y Jackson, 1981). Este trabajo, era el resultado de una serie de entrevistas de casos anteriormente mantenidas. Para entender el impacto de este instrumento sobre la investigación en burnout, hay que mencionar que la aparición del MBI como técnica e instrumento de evaluación, probablemente constituye el hecho diferencial que marca el paso de un período inicial de formulación a otro riguroso y sistemático. En el MBI, el burnout aparecía definido como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal” (Maslach y Jackson, 1981). Como se ha mencionado, la importancia del MBI en la investigación queda patente cuando se advierte que la triple estructura y la definición operativa del burnout no fue teóricamente elaborada hasta la construcción del mismo, en otras palabras, su aparición fijó de forma clara qué se entendía por burnout. El cuestionario proponía tres factores o dimensiones a evaluar: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal:

Cansancio emocional: Implica un aumento en los sentimientos de desgaste emocional como resultado de unas excesivas demandas psicológicas y emocionales. Cuando los recursos emocionales se agotan, se desarrollan actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los pacientes.

Despersonalización: Implica la tendencia a des individualizar y despersonalizar a los pacientes. Se utiliza para minimizar la intensa activación emocional que podría afectar a la ejecución del trabajo, sobre todo en situaciones de crisis.

Reducción de la realización personal: Tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en la valoración de su trabajo como consecuencia de todo el proceso (Maslach y Jackson, 1981).

IV. Hipótesis

La prevalencia de trastornos mentales ante la epidemia por COVID-19 en una unidad de primer nivel de atención se presenta en más del 15% de los trabajadores de la unidad de medicina familiar estudiada.

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Identificar la prevalencia de alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel de atención secundario a pandemia por COVID-19.

V.2 Objetivos específicos

V.2.1.- Identificar la prevalencia de ansiedad en trabajadores de una unidad de primer nivel de atención

V.2.2.- Identificar la prevalencia de depresión en trabajadores de una unidad de primer nivel de atención

V.2.3.- Identificar la prevalencia de Burnout en trabajadores de una unidad de primer nivel de atención

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal que se realizó en trabajadores de la UMF 9 IMSS Querétaro enero 2021- diciembre 2021

VI.2 Población o unidad de análisis

Todos los trabajadores del área de la salud, de base perteneciente a la UMF 09 Querétaro, que acepten participar en el estudio.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con la fórmula para población finita. Para el cálculo de tamaño de muestra se trabajó con nivel de confianza del 95% y poder de prueba del 80%. Tomando la prevalencia de las alteraciones en la salud mental, mostrada en la hipótesis de 15%.

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

$$\delta^2$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.15)(0.85)}{(0.05)^2} = 195$$

$$(0.05)^2$$

Se recalcula para población finita, aunque la n no excede a la población se realiza con fines académicos

$$n = \frac{n'}{1 + (n'/400)} = 131$$

$$1 + (n'/400)$$

Técnica muestral: Se realizó un muestreo probabilístico, partiendo del censo de los trabajadores que se tienen en la unidad, posteriormente, se estratificó y cada estrato fue de cada categoría que existe en la unidad.

VI.4 Criterios de selección

Se incluyeron a todos los trabajadores de la UMF 09, base o suplentes que se encontraron en el momento del estudio, adscritos a la Clínica, y que aceptaron contestar las encuestas. De cualquier edad y cualquier categoría. Se excluyeron a los becarios (pasantes, residentes). Se eliminaron a todos aquellos que no terminaron de contestar las encuestas.

VI.5 Variables estudiadas

Variables sociodemográficas: edad, sexo, religión, grado de escolaridad, categoría, antigüedad en la categoría, horas laboradas, turno

Variables clínicas: trabaja directamente con pacientes covid, trastorno de ansiedad, trastorno de depresión, trastorno de burnout.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Se aplicó el cuestionario de ansiedad de Hamilton. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. ANSIEDAD PSIQUICA respuestas (1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) ANSIEDAD SOMÁTICA (7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13) TOTAL: 0-5 = Sin ansiedad, 6-14 = Ansiedad menor, +15 = Ansiedad clínicamente significativa.

Se aplicó el cuestionario de Beck, que identifica a pacientes con depresión. Cuenta con 21 ítems cada una de ellas tiene un valor máximo de tres puntos, los resultados son sin depresión, leve, moderada, Grave. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima

depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29- 63, depresión grave.

Se aplicó el cuestionario Maslach para identificar el síndrome de Burnout. Mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

VI.5 Procedimientos

Una vez obtenida la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso a las autoridades correspondientes de la Unidad de Medicina Familiar N°9 IMSS Querétaro para realizar la investigación en el servicio correspondiente.

Se realizó la invitación a los trabajadores de la unidad y se les explicó que su participación consistiría en la aplicación de cuestionarios para dar cumplimiento a los objetivos del estudio.

A los que aceptaron participar, se les entregó los 3 cuestionarios, los cuales los contestaron un lugar tranquilo, se revisó el adecuado llenado de los ítems y se les dio el agradecimiento por su participación.

VI.6. Análisis estadístico

El análisis estadístico incluyó promedios, porcentajes, desviaciones estándar, intervalos de confianza para promedios y para porcentajes.

VI.7 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación de ética vigente al someterse a un comité de ética e investigación local en salud. Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Norma Oficial Mexicana

de investigación y declaración de Helsinki 2013 se respetó el postulado 4 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.” Así como el postulado 7 “La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”, el postulado 8 “Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación”, el postulado 9 que refiere “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”, el postulado 19 “Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional. Todos los grupos y personas vulnerables deben recibir protección específica”, el postulado 24 que refiere “Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.” Y los postulados de consentimiento informado 25,26, 27 y 28.

También se apegó a la norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Por las características del estudio se requirió de consentimiento informado de los pacientes, ya que a pesar de que no implica riesgos, el paciente debe autorizar su participación la cual consistió en la aplicación de las encuestas Beck, Hamilton y Maslach por lo que cada uno de ellos recibió información clara y detallada sobre el padecimiento a estudiar, objetivo del estudio y beneficios que se obtendrían, donde a cada participante se le brindo autonomía, protegiendo los datos recabados y en caso de detectarse alteración social o psicológica se canalizaron al área de medicina familiar correspondiente y trabajo social, lugares que se encuentran capacitados para atender a los pacientes.

VII. Resultados

Cuadro VII.I. Prevalencia de trabajadores que atendieron directamente a pacientes COVID

n=131

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Si	78	59.5	51.1	67.9
No	53	40.5	32.1	48.9
Total	131	100		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo "Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 "

Se encontró que el 59.5% IC 95%; (51.1-67.9), de pacientes trabajaron directamente con pacientes Covid-19 durante la pandemia.

Cuadro VII.2. Características sociodemográficas de los trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar

n=131

	Total	Mínimo	Máximo	Media
Edad	131	20	58	37.7176
Antigüedad de categoría	131	1	28	10.0802
Horas laboradas	131	6	10	7.2099

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 “

La edad tuvo una media de 37.7 años, los trabajadores de la unidad de medicina familiar tienen una media de 10 años laborando en su puesto actual, con una media de trabajo diario de 7.2 horas.

Cuadro VII.3. Prevalencia de sexo en los trabajadores que participaron en el estudio

n=131

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Mujer	89	67.9	59.9	75.9
Hombre	42	32.1	24.1	40.1
	131	100		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo "Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 "

En cuanto al sexo, fueron mujeres en un 67.9%, y hombres con un 32.1 % del total de la muestra.

Cuadro VII.4. Prevalencia de religión profesada por los trabajadores que participaron en el estudio

n=131

Religión	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Católica	99	75.6	68.2	83
Cristiana	11	8.4	3.6	13.2
Mormona	3	2.3	-0.3	4.9
Budista	2	1.5	-0.6	3.6
Ateo	16	12.2	6.6	17.8
Total	131	100		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 “

Con respecto a la religión la mayoría de los participantes dijo pertenecer a la religión católica en un 75.6% seguido del ateísmo en un 12.2%.

Cuadro VII.5. Prevalencia de la Escolaridad de los trabajadores que participaron en el estudio

n=131

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Secundaria	5	3.8	0.5	7.1
Preparatoria	16	12.2	6.6	17.8
Carrera técnica	24	18.3	11.7	24.9
Licenciatura	41	31.3	23.4	39.2
Maestría	4	3.1	0.1	6.1
Especialidad	37	28.2	20.5	35.9
Doctorado/Sube especialidad	4	3.1	0.1	6.1
Total	131	100		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 “

En cuanto a la escolaridad, predominó la licenciatura con un porcentaje de 31.3%, seguida de la especialidad en un 28.2%, esto debido a la participación de los médicos familiares y enfermeras especialistas.

Cuadro VII.6. Categoría de trabajadores que participaron en el estudio

n=131

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Medico familiar	36	27.5
Medico no familiar	9	6.9
Enfermera general	8	6.1
Enfermera auxiliar	10	7.6
Enfermera especialista	2	1.5
Jefa de piso	3	2.3
Auxiliar administrativo	27	20.6
Intendencia	1	.8
Nutrición	9	6.9
Estomatología	2	1.5
Asistente medico	14	10.7
Técnico radiólogo	3	2.3
Trabajo social	3	2.3
Técnico rehabilitación	2	1.5
Técnico laboratorista	2	1.5
Total	131	100.0

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 “

De las categoría de los trabajadores que participaron en el estudio, el mayor número correspondió a los médicos familiares con un 27.5%, en segundo lugar auxiliares administrativos 20.6 y en tercer lugar a asistentes médicos con un 10.7% de un total de 15 categorías.

Cuadro VII.7. Test de Hamilton aplicado en trabajadores de una unidad de medicina familiar

n=131

	Frecuencia	porcentaje	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Sin ansiedad	66	50.4	41.8	59
Ansiedad menor	43	32.8	24.8	40.8
Ansiedad clínicamente significativa	22	16.8	10.4	23.2
Total	131	100		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 “

Los resultados del test de Hamilton reportan que el 50.4% de los trabajadores no presentó ansiedad, ansiedad menor en 32.8% y ansiedad clínicamente significativa en 16.8%.

Cuadro VII.8. Test de Beck aplicado en trabajadores de una unidad de medicina familiar.

n=131

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Mínima depresión	120	91.6	86.8	96.4
Depresión leve	6	4.6	1	8.2
Depresión Moderada	0	0	0	0
Depresión Grave	5	3.8	0.5	7.1
Total	131	100		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 “

El test de Beck , arroja resultados de la siguiente manera: presentado mínima depresión el 91.6%, Depresión leve 4.6%, depresión grave 3.8%, siendo menor del 15% los trabajadores que presentan algún tipo de depresión.

Cuadro VII.9. Test de Maslach en trabajadores de una unidad de medicina familiar

n=131

	Frecuencia	Porcentaje	IC 95% Inferior	IC 95% Superior
Sin Burnout	91	69.5	61.6	77.4
Cansancio emocional	2	1.5	-0.6	3.6
Despersonalización	14	10.7	5.4	16.0
Realización personal baja	18	13.7	7.8	19.6
Todas las áreas afectadas	6	4.6	1	8.2
Total	131	100.0		

Fuente: Base de datos de los participantes del protocolo “Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel durante la pandemia por Covid-19 “

Del total de los trabajadores estudiados un 69.5% no presentaron Burnout. 30.5% alguna de las áreas afectadas con Burnout, desglosadas de la siguiente manera: realización personal baja 13.7%, despersonalización 10.7%, cansancio emocional 1.5% y todas las áreas afectadas 4.6%.

VIII. Discusión

En base a lo descrito anteriormente y resaltada la importancia de que los trabajadores cuenten con un adecuado monitoreo de salud mental, es importante mencionar que la unidad estudiada cuenta con modulo respiratorio y al ser la unidad con más derechohabientes en Querétaro, el módulo respiratorio se encontraba a sobre capacidad de atención. La diferencia la población de este estudio que un 40% aproximadamente no trabaja directamente con pacientes covid-19 a comparación con otros estudios donde el total de su población estudiada si trabajaron con pacientes COVID19 variando de esta manera la metodología del estudio.

Prevalencia en ansiedad en 50% de la población estudiada. Si comparamos los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos observar que la ansiedad ha aumentado más que la depresión en nuestra población estudiada ya que es la forma de manifestar miedo de nuestro cuerpo a lo desconocido o a una situación estresante, ya mencionado en su definición de la OMS “un estado emocional displacentero”, que en este caso podría ser ocasionado por diversos factores entre ellos la pandemia de COVID 19. (Lai J et al, 2020) al realizar una encuesta transversal que incluyó a 1257 trabajadores de la salud de 34 hospitales de China, los cuales estuvieron en la primera línea de atención a pacientes con COVID-19. Dicho estudio reveló una alta prevalencia de síntomas de salud mental entre ellos, donde se destaca que 50,4 % presentaron depresión, 44,6% ansiedad, 34% insomnio y 71,5 % angustia. Según (Brooks et al, 2020) hubo una asociación de manera significativa y positiva con conductas de evitación, como minimizar el contacto directo con los pacientes y no presentarse al trabajo. (Rodríguez, 2020) comenta en su conclusión que La COVID-19 repercute negativamente sobre la salud mental de las personas de la población en general, y en particular, sobre los grupos poblacionales más vulnerables.

Prevalencia en burnout en 15% de la población estudiada. Se pudo demostrar en este estudio al aplicar el test de Maslach que el síndrome burnout se encuentra presente en un 15.3% de la población trabajadora de la clínica y nos

obliga a preguntarnos si en el trato a los derechohabientes se verá afectada la calidad de atención ya que (cruzado et al,2013) mencionan que la despersonalización es la imposibilidad de infundir un trasfondo emocional basal a los objetos percibidos o las circunstancias de la experiencia, asimismo involucra una mengua de la reactividad emocional, teniendo como resultado menor empatía hacia los semejantes. Igualmente, como hallazgo el instrumento de evaluación de Maslach para burnout en el inciso 21, el cual menciona si en su trabajo se toman en cuenta las emociones y si son tratadas o tomadas en cuenta, fueron evaluadas por los trabajadores con 0, que correspondía a “nunca” en un porcentaje de 18%, se puede deducir que este porcentaje de trabajadores desea que sus sentimientos sean tomados en cuenta, de manera que eso abre campo para nuevos estudios, dejando la interrogante si el área laboral en las clínicas debe modificar de alguna manera la forma en que los trabajadores son atendidos para beneficio de su salud mental, con mayor número de canales de comunicación, dejando abierto este tema para nuevas áreas de oportunidad.

Prevalencia en Depresión en 8.5% de la población estudiada. De manera en que la Ansiedad y burnout se identificó en un porcentaje similar a estudios previos, en los trabajadores de la unidad de medicina familiar estudiada, resulta interesante como la depresión no se comportó de la misma manera que la ansiedad, siendo un total de 4.6% depresión leve y 3.8% de depresión grave, no atribuyendo sesgos al instrumento el cual tiene un alpha de cronbach de 0.862 según (Gonzalez-Celis,2009) estudiaron la composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos concluyendo que los factores relevantes son los factores cognitivos, comportamentales y afectivos investigando si era aplicable a pacientes de tercera edad, podemos decir que no atribuimos sesgo por la edad ya que la media en nuestra población de estudio fue de 37.7 años.

IX. Conclusiones

Los trabajadores de la UMF-9 durante la pandemia de Covid-19 presentaron las tres enfermedades de salud mental de la siguiente manera:

Existe una prevalencia en primer lugar ansiedad en un 50%

Existe una prevalencia en segundo lugar de Burnout con un 30%.

Existe una prevalencia de depresión en un 8.5%, cumpliendo así la hipótesis de trabajo en la que se estima que al menos un 15% de nuestra población presentaría alteración de salud mental enfermedades presentes en trabajadores de la unidad de medicina familiar 09 Querétaro durante la pandemia de Covid-19.

Éstas enfermedades repercuten de manera negativa sobre la salud y su calidad de vida, es importante darle seguimiento a quienes han sido detectados. No se tiene antecedente sobre este tema en los trabajadores de esta unidad hasta este estudio realizado, pero existe una prevalencia similar referida en diferentes artículos nacionales e internacionales. La salud mental es un tema prioritario en cualquier trabajo y no menos importante con trabajadores del sector salud.

X. Propuestas

- 1.- Trabajadores 1 vez al año acudir a su médico familiar para consulta especial en enfermedades mentales, realizando instrumentos de depresión, ansiedad y burnout.
- 2.-En caso de encontrar alteraciones en la salud mental, iniciar tratamiento correspondiente a cargo de médico familiar y derivar de manera oportuna a la consulta de psiquiatría en caso de requerirlo.
- 3.- crear actividades con los trabajadores de las UMF donde se realice una mesa de dialogo o talleres para platicar las vivencias y experiencias durante la pandemia por COVID-19.

XI. Bibliografía

Aragón y Nogales, 2019. COVID-19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Páginas: 213-218

Brooks et al.,2020. El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirla: revisión rápida de las pruebas. Lancet; 395: 912–20

Chen N, Zhou M. 2020. Características clínicas de pacientes con cáncer infectados con COVID-19: un estudio de caso retrospectivo en tres hospitales dentro de Wuhan, China. Annals of Oncology. Volume 31, Issue 7, páginas 894-901.

García, Gómez et al, 2020 Salud emocional del personal sanitario del Área de Urgencias durante la pandemia COVID-19. Elsevier Public Health Emergency Collection. 2020 Oct 23; 155(8): 365.

Gonzalez-Celis, 2009. Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos Journal of Behavior, Health & Social Issues, vol. 1, núm. 1, mayo-octubre, 2009, pp. 15-28.

Gutiérrez AGA, Celis LMA, Moreno JS, et al. Síndrome de burnout. Arch Neurocién. 2006;11(4):305-309.

Lai, J. et al. (2020). Factors Associated with Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open, 3, e203976.

Martínez y Álvarez, 2021. Salud mental de trabajadores de la salud durante la pandemia COVID-19: una revisión. INNOVARE revista de ciencia y tecnología vol. 10, no. 1, 2021

Nicolini, 2020. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. Laboratorio de Enfermedades Psiquiátricas, Neurodegenerativas y Adicciones, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Ciudad de México, México.

Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Infecciones por coronavirus: más que solo el resfriado común. JAMA. 2020;323(8):707–708. doi:10.1001/jama.2020.0757

Sanghera J, Pattani N, Hashmi Y, Varley KF, Cheruvu MS, Bradley A, Burke JR. El impacto del SARS-CoV-2 en la salud mental de los trabajadores de la salud en un entorno hospitalario-Una revisión sistemática. J Occup Health. 2020 Enero;62(1):e12175.

Rodríguez Cahill C. Cinco retos psicológicos de la crisis del COVID-19. JONNPR. 2020;5(6):583-88. DOI:10.19230/jonnpr.3662

XII. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

Folio		Edad:	
Sexo: 1. Mujer 2. Hombre		Escolaridad: 1. 1.Secundaria 2. 2.Preparatoria 3. 3.Carrera técnica 4. 4.Licenciatura 5. Maestría/ 6. especialidad 7. Doctorado/Subespecialidad	
Religión: 1.-católica 2.-cristiana 3.-Testigo de Jehová 4.-mormona 5.-budista 6.-islam 7.-judía 8.- Ateo		Categoría: 1.Médico familiar 2.Médico no familiar 3.Enfermera general 4.Enfermera auxiliar 5.Enfermera especialista 6.Jefa de piso 7.Jefa de enfermeras 7.Auxiliar administrativo	
Antigüedad de la categoría:		Horas laboradas:	
Trabaja directamente con pacientes COVID: 1. Si 2. No			
Turno: 1.- Matutino 2.- vespertino 3.- Nocturno 4. Jornada acumulada			
Resultado test de Hamilton (Ansiedad): 1.Sin ansiedad= 0-5 2. Ansiedad menor = 6-14 3. Ansiedad clínicamente significativa +15			
Resultado test de Beck (depresión): 1.minima depresión:0-13, 2.Depresión leve:14-19, 3.depresión moderada: 20-28 4.Depresión grave: 29-63			
Resultado test de Maslach (Burnout): 1.Bajas entre 1 y 33 2. Media entre 34 y 66. 3. Alta entre 67 y 99.			

XI.2 Instrumentos

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante

Elemento	Síntomas	Punt.	Elemento	Síntomas	Punt.
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad		9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de desvanecimiento, ausencia de latido	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor, sentimiento de inquietud, incapacidad para relajarse		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito, borborigmos, atonía intestinal, pérdida de peso, estreñimiento	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño insatisfactorio o fatiga al despertar, sueños, pesadillas o terrores nocturnos		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional, erizamiento del cabello	
6. Humor depresivo	Pérdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos, sacudidas tendinosas enérgicas, pupilas dilatadas, exoftalmos	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de dientes, voz titubeante, aumento de tono muscular			Puntuación total	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación de debilidad, sensación de incomodidad				

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

XI.3 Carta de consentimiento informado.

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	<u>Alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel de atención durante la pandemia por covid-19</u>
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y Fecha	
Número de registro	F-2020-2201-024
Justificación y Objetivo del estudio:	<u>Identificar la prevalencia de alteraciones en la salud mental en trabajadores de una unidad de primer nivel de atención secundario a pandemia por COVID-19. Esto quiere decir que se buscara orientación a cerca de como la pandemia a afectado su salud mental, y en caso de ser así se buscara enviarlo a los servicios de atención del instituto que ayuden a su salud mental.</u>
Procedimiento:	<u>Se realizarán encuestas con datos personales y de trabajo, así como aplicación de algunos cuestionarios que nos permitirán saber si usted padece de ansiedad, depresión o está agotado por la situación que está pasando.</u>
Posibles riesgos y Molestias:	<u>La investigación no se considera que provoque riesgo para usted, sin embargo, si puede llegar a presentar incomodidad o vergüenza por responder los cuestionarios. Significa que no se realizaran acciones de manera física hacia su persona como recolección de muestras, que tome sustancias o drogas, ni contacto físico, solo responder preguntas.</u>
Posibles beneficios que Recibirá al participar en El estudio:	<u>Se le entregarán a usted los resultados y se le explicarán, y posteriormente, en caso de ser necesario, se realizará el envío con su médico familiar correspondiente.</u>
Información sobre Resultados y alternativas De tratamiento:	<u>Como participante tienen derecho a que se le entreguen sus resultados o solicitarlos a los correos y números de colaboradores o investigador responsable, reflejados en este mismo documento en la parte inferior. A partir de sus resultados se le derivará con su médico familiar para que éste determine ajuste al tratamiento de acuerdo a sus respuestas. En caso necesario se le derivará a trabajo social.</u>
Participación o retiro:	<u>La participación del estudio es voluntaria y tiene el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención que recibe en el instituto.</u>
Privacidad y confidencialidad:	<u>Se conservará la privacidad de datos del trabajador sin que se identifique en presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, los datos serán manejados en forma confidencial.</u>
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se me tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento en derechohabientes (si aplica):	_____
Beneficios al término del estudio:	<u>Mayor conocimiento sobre su enfermedad.</u>
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Colaboradores:	Dr. Benjamín Abdiel Gutiérrez Román. Matricula: 98231520. Residente de Medicina Familiar Sede en UMF 09 Querétaro. Celular: 553 713 14 71. Correo electrónico: benjigtzrom91@gmail.com
Investigador Responsable:	Dra. Leticia Blanco Castillo. Especialista en Medicina Familiar. Unidad de adscripción: UMF 09. Matricula: 99231263. Directora clínica de tesis. Celular: 442 127 61 40. Correo electrónico: leticia.blanco@imss.gob.mx; lety_blc7@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" del a Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx