

Artículo de revisión

## **Ansiedad, depresión y estrés en el personal de salud durante pandemia COVID-19 en un hospital de segundo nivel**

Anxiety, Depression, Stress in Health Personnel During the COVID-19 Pandemic in a Second Level Hospital

Amairani Aguilar Montiel<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0009-0098-8235>

Miguel Ángel Méndez de Leandro<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0008-7036-7680>

María de la Luz León Vázquez<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5192-9704>

María Tula Cuevas Acuña<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3223-9206>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2. Tlaxcala, México.

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona 8. Tlaxcala, México.

\*Autor para la correspondencia: [maritca71@hotmail.com](mailto:maritca71@hotmail.com)

### **RESUMEN**

**Introducción:** Durante la pandemia por COVID-19, México ocupó el quinto lugar mundial en médicos fallecidos, lo que generó síntomas relacionados con salud mental, lo que afectó la atención al paciente.

**Objetivo:** Describir el nivel de ansiedad, depresión y estrés en el personal de salud de un hospital de segundo nivel durante la pandemia por COVID-19.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, que incluyó médicos y enfermeras que estuvieron en atención a pacientes. Se encuestaron datos sociodemográficos, jornada laboral y tipo de contratación. Se aplicó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21). Se realizó un análisis descriptivo e inferencial con ji al cuadrado de Pearson y Kruskal Wallis.

**Resultados:** Se incluyeron 142 trabajadores, 26 % hombres, edad  $37,6 \pm 9,4$  años. Un 19 % presentó depresión grave o extremadamente grave; un 46 %, ansiedad y un 26 %, ansiedad grave o extremadamente grave. Los niveles de ansiedad se asociaron con sexo y turno, la depresión con estado civil y el estrés con el turno ( $p < 0,05$ ). Laborar en el turno matutino se consideró factor riesgo para ansiedad (OR 2,41 IC 95 % 1,44-4,04) y estrés (OR 4,86, IC 95 % 1,99-11,87), trabajar en el turno vespertino, como protector para depresión (OR 0,598, IC 95 % 0,399 -0,897) y estrés (OR 0,598, IC 95 % 0,399 - 0,897).

**Conclusiones:** Más de la mitad del personal de salud presentó algún nivel de ansiedad o depresión, fue menos frecuente el estrés. La jornada laboral se considera como el principal factor asociado y laborar en el turno matutino con mayor riesgo.

**Palabras clave:** COVID-19; test de ansiedad; escala de ansiedad depresión y estrés; DASS-21.

## ABSTRACT

**Introduction:** During the COVID-19 pandemic, Mexico ranked 5th in the world in deceased doctors, which generated symptoms related to mental health, affecting patient care.

**Objective:** Describe the level of anxiety, depression, and stress in health personnel during the COVID-19 pandemic in health personnel in a second-level hospital.

**Methods:** Observational, descriptive, cross-sectional study. It included doctors and nurses who were in patient care. Sociodemographic data, work hours and type of contract were surveyed. The depression, anxiety, and stress scale (DASS - 21) was applied. A descriptive and inferential analysis was carried out with Pearson's Chi square and Kruskal Wallis.

**Results:** 142 workers were included, 26% men, age  $37.6 \pm 9.4$  years. 19% presented severe or extremely severe depression, 46% anxiety, 26% severe or extremely severe anxiety. Anxiety levels were associated with sex and shift, depression with marital status, and stress with shift ( $p < 0.05$ ). Working the morning shift is considered a risk factor for anxiety (OR 2.41 95% CI 1.44-4.04) and stress (OR 4.86, 95% CI 1.99-11.87) and working the afternoon shift as a protector for depression (OR 0.598, 95 % CI % 0.399 -0.897) and stress (OR 0.598, 95 % CI .399 - 0.897).

**Conclusions:** More than half of the health personnel presented some level of anxiety or depression, but stress was less frequent. The working day is considered the main associated factor and working the morning shift is considered to be the highest risk.

**Keywords:** COVID-19; anxiety test; anxiety depression and stress scale; DASS-21.

Recibido: 17/09/2023

Aceptado: 08/04/2024

## Introducción

La pandemia por COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, se originó en China en diciembre de 2019. Los factores de riesgo para la enfermedad grave incluyen edad (mayores de 60 años), género masculino, antecedente de hipertensión, diabetes o enfermedades cardiovasculares.<sup>(1)</sup> A nivel mundial, México fue de los países donde hubo un mayor número de casos confirmados en trabajadores de la salud, aproximadamente un 15 %. El Consejo Internacional de Enfermeras reportó 90 mil enfermeras infectadas por COVID-19 de febrero a junio del 2020.<sup>(2)</sup>

En comparación con la población en general, los trabajadores de la salud presentaron con mayor frecuencia alteraciones mentales, tales como trastornos del sueño, somatización, psicosis, trastorno por estrés postraumático, síntomas obsesivos compulsivos, depresión y ansiedad, debido a la exposición diaria en la atención de pacientes enfermos por COVID-19.<sup>(3)</sup>

La afectación emocional o psíquica que experimenta el personal de salud ejerce un efecto perjudicial en la toma de decisiones en su vida diaria, lo que puede llevar a alteraciones en la sensación de bienestar, sensación de estrés grave o crónico, depresión mayor, aislamiento social, alteraciones del sueño (terrores nocturnos, insomnio), sensación de frustración o impotencia, síndrome de Burnout, dificultad para la adaptación personal, irritabilidad, sensación de sobreesfuerzo físico, cansancio emocional y/o incremento en conductas de riesgo como el consumo de sustancias tóxicas.<sup>(4)</sup>

De acuerdo con lo señalado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), este tipo de padecimientos en los trabajadores de la salud, además de incrementar los gastos personales, aumenta los costos para las empresas al haber menor productividad, mayor rotación laboral, necesidad de atención médica, mayor acceso a salud mental, pago de seguros e incapacidades, afectando así a la economía de todo un país.

La somatización posCOVID-19 puede ocurrir hasta tres meses después del inicio de la enfermedad, los síntomas no pueden explicarse por otro diagnóstico diferencial, estos síntomas incluyen, entre otros, la disfunción cognitiva y cambios en la salud mental, en los adultos, la gravedad de los síntomas no está definida; el mayor riesgo es padecer trastornos del estado de ánimo y ansiedad.<sup>(5)</sup> El trastorno de ansiedad puede manifestarse de acuerdo con el tipo de situación y contenido del pensamiento, se modifica por la conducta de evitación y la ideación cognitiva asociada. Durante la pandemia por COVID-19 los consecuentes cierres de emergencia, como toques de queda o cuarentena, provocaron trastornos de salud mental, desde depresión hasta ideación suicida.<sup>(6)</sup>

Estudios previos que han evaluado el nivel de estrés, ansiedad y depresión en este grupo de población reportan resultados muy diversos dependiendo del tipo de población, estando presente el estrés medio y alto hasta en un 29 %, síntomas de ansiedad entre un 4 % al 75 %<sup>(7)</sup> y síntomas depresivos entre el 4,4 % y un 50 %.<sup>(8)</sup>

El objetivo del estudio fue describir el nivel de ansiedad, depresión y estrés en el personal de salud de un hospital de segundo nivel durante la pandemia por COVID-19.

## Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 2, del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Apizaco, Tlaxcala, México, en el período comprendido de mayo a noviembre del 2022. Se invitaron a participar a médicos familiares, médicos no familiares (ginecología, traumatología, urgencias médico quirúrgicas, medicina interna), enfermeras, sexo indistinto, adscritos al hospital, quienes estuvieron en atención continua a pacientes con COVID-19. Se excluyeron aquellos con diagnóstico previo de ansiedad o depresión.

Se calculó un tamaño de muestra considerando el total de médicos y enfermeras adscritos a la unidad, un nivel de confianza del 95 %, variabilidad positiva de 0,5, variabilidad negativa del 0,5, error 0,05, dando un total de 142 sujetos a incluir. El muestreo fue probabilístico aleatorio simple con apoyo de programa estadístico Excel.

Previa firma de consentimiento informado se interrogaron datos generales (edad, sexo, estado civil y escolaridad), así como datos laborales (turno o jornada laboral, categoría, tipo de contratación) posteriormente se aplicó la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS - 21), la cual consta de 21 preguntas dividida en tres subescalas de autoinforme de la última semana con cuatro opciones de respuesta tipo Likert, asignando puntuación de cero a tres (total de 0 a 63): a mayor puntuación, mayor nivel de sintomáticas. La clasificación de acuerdo al puntaje y subescalas se presenta en la tabla 1.

**Tabla 1** - Niveles de síntomas en depresión, ansiedad y estrés se obtuvieron con DASS-21

Nivel	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-4	0-3	0-7
Leve	5-6	4-5	8-9
Moderado	7-10	6-7	10-12
Grave	11-13	8-9	13-16
Extremadamente grave	14+	10+	17+
<i>Measurement in variance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across medical student genders.<sup>(9)</sup></i>			

Se llevó a cabo un análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes, la variable edad se presenta con mediana, rango intercuartil (RIQ) e intervalo de confianza del 95 % (IC 95 %). Para el análisis inferencial se utilizó ji al cuadrado de Pearson, Prueba exacta de Fisher, H de Kruskal Wallis, correlación de Pearson y Odds Ratio. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 24 y Excel.

El protocolo de estudio fue aprobado por el comité local de investigación número R-2022-2902-022.

## Resultados

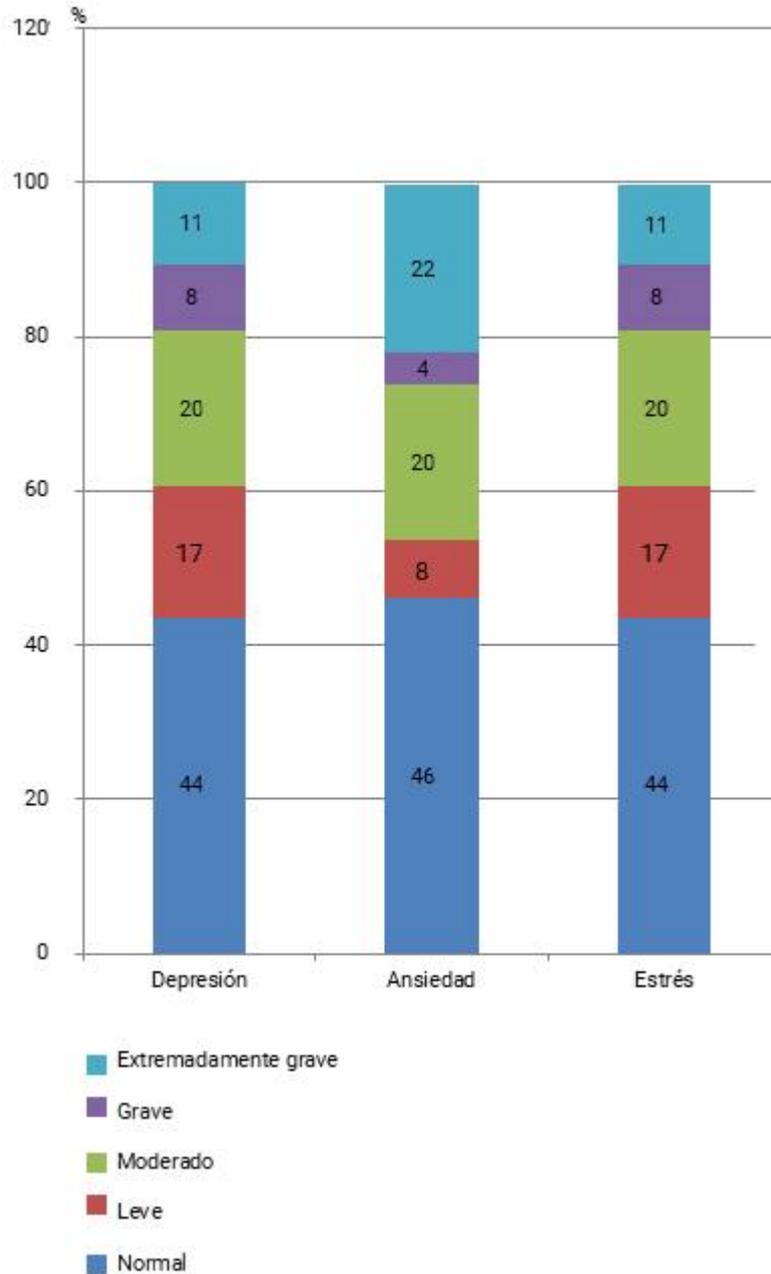
Se incluyeron 142 trabajadores, 37 (26,1 %) hombres y 105 (73,9 %) mujeres. La edad fue entre 20 y 58 años, con una mediana de 37 años, RIQ 14 e IC 95 % 36-39.

Un 36,6 % (52) son solteros; un 44,3 % (63), casados, un 13,3 % (19) vive en concubinato y un 5,6 % (8) son divorciados.

Un 5,6 % (8) cuenta con escolaridad preparatoria, el 67,6 % con licenciatura, un 19,7 % (28) alguna especialidad, un 7 % (1) maestría y un 6,3 % (9) con doctorado.

De acuerdo a la categoría, un 21,8 % (31) son médicos no familiares; un 7,7 % (11), médicos familiares y el 70,4 % (100), enfermeras(os). Un 46,4 % (66) labora en turno matutino; un 40,8 % (58), en turno vespertino; un 6,3 % (9), en turno nocturno y un 6,3 % (9) en jornada acumulada (sábado y domingo). Por el tipo de contratación, un 31,6 % (45) eran eventuales y el 68,3 % (97), de base.

El puntaje obtenido en el cuestionario DASS-21 fue entre 0 y 56, mediana de 14 y moda de 3, en la figura se muestra la frecuencia del nivel ansiedad, depresión y estrés.



**Fig. -** Frecuencia del nivel de ansiedad, depresión estrés que presentó el personal de salud.

La edad no se asoció con los niveles de ansiedad, depresión o de estrés (H de Kruskal Wallis 0,751, 543 y 0,286, respectivamente), tampoco hubo correlación con el puntaje global ni en las dimensiones ansiedad, depresión y estrés (correlación de Pearson 0,721, 0,694, 0,945 y 0,496, respectivamente)

Al comparar los datos generales y laborales con la presencia de ansiedad, se observó diferencia estadística en relación con el sexo y jornada laboral (tabla 2).

**Tabla 2 - Asociación de ansiedad y variables categóricas**

Variables categóricas		Sin ansiedad 66 (46,5)	Leve 23 (16,2)	Moderada 16 (11,3)	Grave 6 (4,2)	Muy grave 31 (21,8)	<i>p</i> *
Género	Masculino	22 (15,5)	4 (2,8)	7 (4,9)	2 (1,4)	2 (1,4)	0,02
	Femenino	44 (31)	19 (13,4)	9 (6,3)	4 (2,8)	29 (20,4)	
Categoría contractual	Médico no familiar	19 (13,4)	4 (2,8)	4 (2,8)	3 (2,1)	1 (,7)	0,61
	Médico familiar	5 (3,5)	2 (1,4)	2 (1,4)	1 (,7)	1 (,7)	
	Enfermería	42 (29,6)	17 (12)	10 (7)	2 (1,4)	29 (20,4)	
Turno de jornada laboral	Matutino	36 (25,4)	16 (11,3)	7 (4,9)	2 (1,4)	5 (3,5)	0,001
	Vespertino	19 (13,4)	7 (4,9)	7 (4,9)	2 (1,4)	23 (16,2)	
	Nocturno	5 (3,5)	0	0	1 (,7)	3 (2,1)	
	Jornada acumulada	6 (4,2)	0	2 (1,4)	1 (,7)	0	
Estado civil	Soltero	19 (13,4)	13 (9,2)	6 (4,2)	3 (2,1)	11 (7,7)	0,402
	Concubinato	11 (7,7)	1 (,7)	3 (2,1)	0	4 (2,8)	
	Casado	33 (23,2)	8 (5,6)	7 (4,9)	3 (2,1)	12 (8,5)	
	Divorciado	3 (2,1)	1 (,7)	0	0	4 (2,8)	

\* X<sup>2</sup> de Pearson, Frecuencia (porcentaje).

Se compararon los niveles de depresión con las características generales, observando diferencia significativa en relación con el estado civil (tabla 3).

**Tabla 3** - Asociación de depresión y variables categóricas

Variables categóricas		Sin depresión 62 (43,7)	Leve 24 (16,9)	Moderada 29 (20,4)	Grave 12 (8,5)	Muy grave 12 (10,6)	P *
Sexo	Masculino	18 (12,7)	8 (5,6)	9 (6,3)	2 (1,4)	0	0,128
	Femenino	44 (31)	16 (11,3)	20 (14,1)	10 (7)	15 (10,6)	
Categoría contractual	Médico no familiar	16 (11,3)	5 (3,5)	8 (5,6)	2 (1,4)	0	0,571
	Médico familiar	5 (3,5)	1 (,7)	3 (2,1)	1 (,7)	1 (,7)	
	Enfermería	41 (28,9)	18 (12,7)	18 (12,7)	9 (6,3)	14 (9,9)	
Turno de jornada laboral	Matutino	33 (23,2)	14 (9,9)	14 (9,9)	3 (2,1)	2 (1,4)	0,124
	Vespertino	19 (13,4)	9 (6,3)	11 (7,7)	7 (4,9)	12 (8,5)	
	Nocturno	5 (3,5)	0	2 (1,4)	1 (,7)	1 (,7)	
	Jornada acumulada	5 (3,5)	1 (,7)	2 (1,4)	1 (,7)	0	
Estado civil	Soltero	19 (13,4)	14 (9,9)	8 (5,6)	6 (4,2)	5 (3,5)	0,01
	Concubinato	10 (7)	3 (2,1)	4 (2,8)	1 (,7)	1 (,7)	
	Casado	31 (21,8)	5 (3,5)	17 (12)	5 (3,5)	5 (3,5)	
	Divorciado	2 (1,4)	2 (1,4)	0	0	4 (2,8)	

\* X<sup>2</sup> de Pearson, Frecuencia (porcentaje).

Los niveles de estrés se asociaron con la jornada laboral (tabla 4).

**Tabla 4 - Asociación de estrés y variables categóricas**

Variables categóricas		Sin estrés 96 (67,6)	Leve 13 (9,2)	Moderada 11 (7,7)	Grave 12 (8,5)	Muy grave 10 (7)	p *
Sexo	Masculino	31 (21,8)	3 (2,1)	2 (1,4)	1 (,7)	0	0,098
	Femenino	65 (45,8)	10 (7)	9 (6,3)	11 (7,7)	10 (7)	
Categoría contractual	Médico no familiar	25 (17,6)	2 (1,4)	4 (2,8)	0	0	0,130
	Médico familiar	9 (6,3)	0	1 (,7)	0	1 (,7)	
	Enfermería	62 (43,7)	11 (7,7)	6 (4,2)	12 (8,5)	9 (6,3)	
Turno de jornada laboral	Matutino	55 (38,7)	6 (4,2)	1 (,7)	3 (2,1)	1 (,7)	0,005
	Vespertino	28 (19,7)	6 (4,2)	8 (5,6)	7 (4,9)	9 (6,3)	
	Nocturno	5 (3,5)	1 (,7)	1 (,7)	2 (1,4)	0	
	Jornada acumulada	8 (5,6)	0	1 (,7)	0	0	
Estado civil	Soltero	33 (23,2)	6 (4,2)	3 (2,1)	5 (3,5)	5 (3,5)	0,298
	Concubinato	13 (9,2)	3 (2,1)	1 (,7)	1 (,7)	1 (,7)	
	Casado	46 (32,4)	4 (2,8)	7 (4,9)	4 (2,8)	2 (1,4)	
	Divorciado	4 (2,8)	0	0	2 (1,4)	2 (1,4)	

\* X2 de Pearson, Frecuencia (porcentaje)

Para calcular el posible riesgo se dicotomizaron los niveles de ansiedad, estrés y depresión en sin o leve y moderado, grave o muy grave y el estado civil en casados o en concubinato y solteros o divorciados (tabla 5).

**Tabla 5 - Factores de riesgo para ansiedad, depresión y estrés**

Niveles de	Factores de riesgo	Significancia*	OR	IC 95%
------------	--------------------	----------------	----	--------

				<b>Límite inferior</b>	<b>Límite superior</b>
Ansiedad	Sexo	0,181	1,57	0,704	3,52
	Turno matutino	0,000	2,41	1,44	4,04
	Turno vespertino	0,000	0,453	0,293	0,701
	Turno nocturno	0,450	0,829	0,382	1,77
	Jornada acumulada	0,550	1,12	0,436	2,915
Depresión	Turno matutino	0,012	1,69	1,085	2,63
	Turno vespertino	0,010	0,598	0,399	0,897
	Turno nocturno	0,505	0,880	0,411	1,882
	Jornada acumulada	0,495	1,195	0,464	3,083
	Estado civil	0,478	0,953	0,629	1,443
Estrés	Turno matutino	0,000	4,86	1,99	11,87
	Turno vespertino	0,000	0,259	0,130	0,516
	Turno nocturno	0,349	0,677	0,255	1,796
	Jornada acumulada	0,336	2,16	0,333	14,08

IC95 %: intervalo de confianza 95 %, OR Odds Ratio, \* Prueba exacta de Fisher.

## Discusión

La salud mental es un estado de equilibrio emocional, psicológico y social que permite actuar, pensar, sentir, tomar decisiones, enfrentar circunstancias de la vida, el desarrollo personal y laboral, mejorando a la comunidad. Durante la pandemia por COVID-19 se vio afectada la salud mental en forma global, sobre todo en el personal de salud que estuvieron atendiendo a pacientes con esta enfermedad en forma directa, lo que produjo un mal funcionamiento laboral.<sup>(10)</sup> En el estudio, más de la mitad del personal encuestado tenía

algún grado de ansiedad, depresión o estrés, considerando el laborar en el turno matutino como un factor de riesgo.

En el estudio Monterrosa, se buscó evaluar la presencia de síntomas de estrés laboral, ansiedad y miedo en médicos colombianos sometidos a cuarentena obligatoria, presentaron estrés medio una quinta parte de los participantes, un 13 % con estrés grave, lo que coincide con los resultados obtenidos en cuanto al estrés medio; sin embargo, el estrés grave y extremadamente grave fue mayor (20 %); la diferencia puede deberse al contexto laboral del personal, así como el instrumento utilizado (GAD-7 vs DASS-21), el tamaño de muestra y las categorías incluidas.

González y otros<sup>(1)</sup> buscaron adaptar y validar un instrumento (*Coronavirus Anxiety Scale*) para identificar síntomas de ansiedad asociados a COVID-19 con 327 participantes, residentes de medicina de Puerto Rico; dentro de sus resultados, cerca de una quinta parte presentaron síntomas significativos de ansiedad por coronavirus, a diferencia de lo encontrado en el presente estudio en el que una tercera parte tuvo ansiedad moderada a extremadamente grave, lo que se debe al instrumento utilizado y características de la población de estudio.

Saravia y otros,<sup>(6)</sup> en Perú, evaluaron el grado de ansiedad con la escala de Medición del Desorden de Ansiedad Generalizada (GAD-7), en estudiantes de primer año de medicina donde tres cuartas partes de la población tenía algún grado de ansiedad, en la mitad de los casos, en forma leve, y se asoció con el sexo femenino. A diferencia de los resultados obtenidos, el nivel de ansiedad fue mayor, aunque también predominó la forma leve y se observó diferencia significativa con el sexo; al realizar el análisis bivariado no se observó diferencia estadística, la diferencia en frecuencia de ansiedad se puede deber a que los sujetos incluidos son de una edad mayor y a las características laborales.

En un metaanálisis realizado por Sahebi y otros,<sup>(11)</sup> en el 2021, se analizó la prevalencia de ansiedad y depresión entre los trabajadores de la salud durante la pandemia, hubo una prevalencia de ansiedad de un 24,9 % (IC 95 %: 21,83-28,05) y depresión de un 24,8 % (IC 21,45-28,5) lo que fue, en general, menor a lo encontrado en este estudio (37,3 y 39,4, respectivamente). Señalaron una gran variabilidad de acuerdo al diseño, tamaño de muestra y población, además del término utilizado “trabajador de la salud”, dentro de su objetivo no

estuvo la identificación de factores de riesgo, además de que no se especifica el instrumento que se utilizó en cada uno de los estudios.

De acuerdo con la revisión sistemática y meta análisis publicada por Yufei y otros,<sup>(12)</sup> en 2021, en la que incluyeron 97,333 trabajadores de la salud de 21 países, calcularon una prevalencia agrupada de depresión moderada de un 21,7 % (IC del 95 %, 18,3 %-25,2 %), con una variación entre un 5,3 y el 57,6; y para depresión leve, 36,1 % (IC del 95 %, 31,3 %-41,0 %. Similar a lo encontrado en el presente estudio, no obstante, la prevalencia de ansiedad moderada fue menor (11,3 % vs 22,1%), así como la ansiedad leve (16,2 % vs 38,3 %), fue igual con mayor frecuencia en mujeres y enfermeras.

En un estudio multicéntrico (en el que participó Tlaxcala), realizado en el 2022, Rosales y Durán<sup>(13)</sup> evaluaron las condiciones laborales y de salud mental en el personal médico, señalan que los conflictos laborales con pacientes y/o familiares aumentaron en más de la mitad de los casos durante la pandemia, utilizaron la escala de Beck para evaluar depresión, y encontraron que dos terceras partes de la población incluida tenía ansiedad muy baja y el resto moderada a grave, los niveles de depresión fueron leves en menos de la mitad de los médicos, los resultados indican que un 46,2 % de la muestra no presentaba síntomas, similar a lo encontrado en este estudio. Dentro de los factores de riesgo reportan conflictos familiares o con pacientes, cambio de turno de trabajo, que hayan padecido COVID-19 o tuvieran secuelas, no incluyeron la jornada laboral.

Mero y otros señalan, en una revisión temática, que las mujeres presentaron mayor estrés laboral durante la pandemia, relacionado con mayor carga de trabajo, las enfermeras presentaron mayor estrés y ansiedad, más de un 44,6 % presentaron ansiedad, y el 50,4 % depresión,<sup>(14)</sup> a diferencia de los resultados obtenidos en el estudio, en el que no hubo diferencia en relación al sexo ni a la categoría laboral.

Durante la pandemia, el estudio de Miranda observó que 61 participantes del personal de salud presentaban vulnerabilidad psicológica, su principal síntoma relacionado con la depresión fue el cansancio, que afectó al 59 % y el 90,1 % manifestó preocupación porque el paciente fallezca. Un 16,5 % presentaba síntomas depresivos que oscilaban de moderado a grave, un 28,8 % ansiedad de moderada a grave y un 8,1 % estrés de moderado a grave.<sup>(15)</sup> Comparando con lo observado con nuestro estudio presentaron el mismo grado de ansiedad, sin embargo, presentaron más depresión y estrés.

Aunque el estado civil se asoció con los niveles de depresión y el sexo con los niveles de ansiedad en el análisis bivariado, no hubo diferencia estadística, lo que difiere con lo señalado por Syed y otros<sup>(16)</sup> en población general en que señalan una asociación entre la edad y las puntuaciones del DASS 21 y en el análisis multivariado determinaron una significancia en el estado civil, con mayor ansiedad en personas casadas, mayor depresión en personas solteras y estrés en personas separadas o en concubinato.

No se encontraron estudios que relacionen, en específico, que la jornada laboral se relacione con la presencia de ansiedad, depresión o estrés durante la etapa posCOVID-19; sin embargo, en el estudio fue el principal factor asociado. Junfeng y otros<sup>(17)</sup> al evaluar la carga psicológica por COVID-19 en población general, con predominio de mujeres y con la mitad de los participantes entre médicos y enfermeras, señalan en la regresión logística que tener contacto con COVID-19 en el trabajo y tener una carga de trabajo entre 8 y 12 horas por día no predicen los síntomas de depresión, ansiedad o estrés. Los factores estresantes en el personal de la salud era el miedo al contagio a familiares, deterioro y reacción emocional de sus pacientes principalmente.

En conclusión, más de la mitad del personal de salud presentó algún nivel de ansiedad o depresión, fue menos frecuente el estrés. La jornada laboral se considera como el principal factor asociado y laborar en el turno matutino con mayor riesgo.

### **Limitaciones del estudio**

Una de las principales limitaciones es el momento de la realización del estudio, ya que se estaba atravesando la quinta ola de la pandemia por COVID-19, el personal estaba ya inmunizado, y el número de pacientes atendidos había disminuido; sin embargo, a pesar de ello, la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés encontrada fue alta. Otra limitación fue el instrumento utilizado, ya que existen varios instrumentos que evalúan de forma independiente ansiedad, depresión y estrés, el GAD-7 es el más utilizado, aunque DASS-21 ha sido validado al español y evalúa los tres trastornos, algunos participantes tuvieron dudas al momento de contestar, además de referir algunos síntomas que no están incluidos. Además de que no se interrogó el antecedente de haber padecido COVID-19, algún familiar o incluso tener compañeros o familiares fallecidos por esta enfermedad, que pudieran contribuir a la presencia de síntomas depresivos o de ansiedad.

### Agradecimientos

Al IMSS, a los médicos y enfermeras del Hospital General de Zona 2 por su participación, a mis profesores por las asesorías que recibí y mis amigos que ayudaron a realizar las encuestas.

### Referencias bibliográficas

1. González J, Rosario A, Cruz A. Escala de ansiedad por coronavirus: un nuevo instrumento para medir síntomas de ansiedad asociados al COVID-19. Revista de avances en psicología. 2020;6(3):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>
2. Pérez M. Más de 46,000 trabajadores de la salud en México se han contagiado de COVID-19. El economista. 2020 [acceso 03/07/2020]. Disponible en: <https://www.economista.com.mx/politica/Mas-de-46000-trabajadores-de-la-salud-en-Mexico-se-han-contagiado-de-Covid-19-20200702-0133.html>
3. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Álvarez De Mon MA, Quintero J. COVID-19 y salud mental. Medicine. 2020;13(23):1285-1296. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.med.2020.12.010>
4. Obando Zegarra R, Arévalo-Ipanaqué JM, Aliaga Sánchez RA, Obando Zegarra M. Ansiedad, estrés y depresión en enfermeros de emergencia COVID-19. Index Enferm. 2020 [acceso 13/12/2023];29(4):225-9. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es.%20%20Epub%2001-Nov-2021](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300008&lng=es.%20%20Epub%2001-Nov-2021)
5. Joffe AR, Elliott A. Long COVID as a functional somatic symptom disorder caused by abnormally precise prior expectations during Bayesian perceptual processing: A new hypothesis and implications for pandemic response. SAGE Open Med. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/20503121231194400>
6. Sarabia Batra M, Carzola P, Cedillo L. Nivel de ansiedad de estudiantes de medicina de primer año de una universidad privada del Perú en tiempos de COVID-19. Rev Fac Med Hum 2020 [acceso 13/12/2023];20(4):568-73. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312020000400568&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400568&lng=es)

7. Monterrosa-Castro A, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Florez-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *Med UNAB*. 2020;23(2):195-213. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>

8. Torres-Muñoz V, Farias-Cortés JD, Reyes-Vallejo LA, Guillén-Díaz-Barriga C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista Mexicana De Urología*. 2020;80:1-9. DOI: <https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologia.v80i3.653>

9. Jafari P, Nozari F, Ahrari F, Bagheri Z. Measurement invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across medical student genders. *Int J Med Educ*. 2017 Mar 30;8:116-122. DOI: <https://dx.doi.org/10.5116/ijme.58ba.7d8b>

10. Sanchez Diaz JS, Peniche Moguel KG, Rivera Solís G, González Escudero EA, Martínez Rodríguez EA, Monares Zepeda E, *et al*. Psicosis del personal de salud en tiempos de COVID-19. *Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.)* 2020;34(3):200-3. DOI: <https://doi.org/10.35366/94900>

11. Sahebi A, Nejati-Zarnaqi B, Moayedi S, Yousefi K, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;107:110247. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110247>

12. Yufei L, Scherer N, Felix L, Kuper H. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Revis Journ*. 2021;16(3):1-19. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454>

13. Rosales-Flores R, Durán-Lizarraga M. Salud mental en personal médico durante la pandemia de COVID-19 en México. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2023 [acceso 13/12/2023];24(1). Disponible en:

<https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/372>

14. Mero Quijije EM, Salas Tomalá YG, Acuña Cedeño LM, Bernal Gutiérrez GV. Estrés laboral en el personal de salud en tiempos de COVID-19. RECIMUNDO, (2021);5(3):368-77. DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(3\).sep.2021.368-377](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(3).sep.2021.368-377)
15. Miranda Pedroso R, Murguía Izquierdo ED. Síntomas de Ansiedad y Depresión en Personal de Salud que Trabaja con Enfermos de COVID-19. Revista Internacional de Ciencias Médicas y Quirúrgicas. 2021;8(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.32457/ijmss.v8i1.655>
16. Shah SMA, Mohammad D, Qureshi MFH, Abbas MZ, Aleem S. Prevalence, Psychological Responses and Associated Correlates of Depression, Anxiety and Stress in a Global Population, During the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic. Community Ment Health J. 2021;57(1):101-10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00728-y>
17. Du J, Mayer G, Hummel S, Oetjen N, Gronewold N, Zafar A, *et al.* Mental Health Burden in Different Professions During the Final Stage of the COVID-19 Lockdown in China: Cross-sectional Survey Study. J Med Internet Res. 2020;22(12):e24240. DOI: <https://doi.org/10.2196/24240>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Contribución de los autores

*Conceptualización:* Amairani Aguilar Montiel, Miguel Ángel Méndez de Leandro.

*Curación de datos:* Amairani Aguilar Montiel, María de la Luz León Vázquez.

*Análisis formal:* María Tula Cuevas Acuña.

*Adquisición de fondos:* Amairani Aguilar Montiel.

*Investigación:* Amairani Aguilar Montiel.

*Metodología:* Amairani Aguilar Montiel, Miguel Ángel Méndez de Leandro.

*Administración del proyecto:* Amairani Aguilar Montiel, Miguel Ángel Méndez de Leandro.

*Recursos:* Amairani Aguilar Montiel, María Tula Cuevas Acuña.

*Supervisión:* Amairani Aguilar Montiel, Miguel Ángel Méndez de Leandro.

Validación: Amairani Aguilar Montiel, María de la Luz León Vázquez.

Visualización: Amairani Aguilar Montiel, María de la Luz León Vázquez.

Redacción: Amairani Aguilar Montiel, María de la Luz León Vázquez.

Redacción (revisión y edición): Amairani Aguilar Montiel, María de la Luz León Vázquez.