

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



**Calidad de vida y ansiedad en trabajadores de la salud de los
módulos Covid en la unidad de medicina familiar 39**

Tesis que para obtener el diploma de la Especialidad en:

Medicina Familiar

Presenta:

M. C. José Fernando Rodríguez Domínguez

Director (es):

MED. ESP. José Manuel Wood Notario

MED. ESP. Ricardo González Anoya

Villahermosa, Tabasco.

Enero 2023



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 13:00 horas del día 16 del mes de enero de 2023 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Calidad de vida y ansiedad en trabajadores de la salud de los módulos COVID en la unidad de medicina familiar 39"

Presentada por el alumno (a):

Rodríguez	Domínguez	José Fernando
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)

Con Matricula

2	0	1	E	7	0	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Ricardo González Anoya
Dr. José Manuel Wood Notario
Directores de Tesis

Dr. Jorge Iván Martínez Perez

Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez

Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez

Dr. Ricardo González Anoya

Dr. Sergio Quiroz Gómez



Villahermosa, Tabasco, 31 de enero de 2023

Of. No. 240/DACS/JI

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. José Fernando Rodríguez Domínguez

Especialización en Medicina Familiar

Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Calidad de vida y ansiedad en trabajadores de la salud de los módulos COVID en la unidad de medicina familiar 39**" con índice de similitud **10%** y registro del proyecto No. **JI-PG-143**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez, Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez, Dr. Ricardo González Anoya y el Dr. Sergio Quiroz Gómez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialización en Medicina Familiar**, donde fungen como Directores de Tesis: Dr. Ricardo González Anoya y el Dr. José Manuel Wood Notario.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López

Directora

UJAT



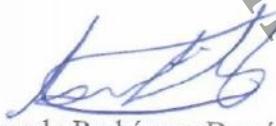
DACS
DIRECCIÓN

- C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya. – Director de tesis
- C.c.p.- Dr. José Manuel Wood Notario. – Director de tesis
- C.c.p.- Dr. Jorge Iván Martínez Pérez. – Sinodal
- C.c.p.- Dr. José Hipólito Garcilano Sánchez. - Sinodal
- C.c.p.- Dra. Tamara Guadalupe Calvo Martínez - Sinodal
- C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya. - sinodal
- C.c.p.- Archivo
- DC/MCML/LMC/ROD/lkfd*

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 13 del mes de diciembre del año 2022, el que suscribe, José Fernando Rodríguez Domínguez, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 201E70018 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Calidad de vida y ansiedad en trabajadores de la salud de los módulos COVID en la Unidad de medicina familiar 39"**, bajo la Dirección del Dr. José Manuel Wood Notario, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: jfernando170892@outlook.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


José Fernando Rodríguez Domínguez

Nombre y Firma





Dedicatorias

Dedico todo el esfuerzo ejercido a mi adorado hijo Jireh y a mi amada mujer Jennifer que, a lo largo de estos tres años su apoyo y fuerza incondicional e incesante han sido cruciales para poder alcanzar este grado académico. Sin ustedes, sin su cálida energía, sin su motivación directa e indirecta así como sus ánimos en mi día a día esto no hubiera sido posible. Gracias por demostrar que puedo superarme a mi mismo y ayudarme a creer en algo en lo que había perdido la fe hace algunos años. Tener una familia tan maravillosa como la nuestra puede ser cuestión de suerte o una simple coincidencia, pero prefiero interpretarlo como un regalo de la vida.

A mi familia, en especial a mi padre por dejar los cimientos y una base sólida para ser el profesionista que actualmente soy, sin duda tu ejemplo diario me mostró lo que aspiro lograr ser, sé que me miras feliz a lado del Creador y espero estés orgulloso de tu hijo, no hay día en el que no te extrañe pero sé que estas tranquilo al ver lo que voy construyendo.

Al Creador pues me ha sabido dirigir, me ha cubierto y cuidado a lo largo de mi vida y ha propiciado las condiciones para que las cosas poco probables fueran posibles al día de hoy.



Agradecimientos

A cada uno de mis maestros, profesores y doctores que fueron construyendo y puliendo mi formación, educación y mi actual grado académico, desde aquel que simplemente nos exigía con muchos trabajos hasta aquel que nos compartía su conocimiento de una forma tan fácil de comprender y duradera para memorizar. No hay mejor regalo que el que hayan compartido sus conocimientos y sus experiencias.

A mi director de tesis el Dr. José Manuel Wood Notario quien ha dedicado su invaluable tiempo y atención en el seguimiento, guía, corrección, consolidación y posterior conclusión de este trabajo. En verdad lo agradezco porque las dificultades personales incluso tienen su peso y pese a eso usted nunca dejó de ayudar a los demás, Dios me lo bendiga hoy mañana y siempre, que la vida le siga dando muchos años más de aquí en adelante y que nada sea impedimento para esa fuerza de voluntad tan perseverante que tiene. De igual manera agradecer a mi coordinador y también director de tesis el Dr. Ricardo González Anoya, porque sin su paciencia, su atención y su apoyo este trabajo no se hubiera consolidado. Como mención especial su desempeño como nuestro coordinador y su generación de egresados que hablará y lo respaldará como los médicos familiares que somos.

Agradecer al Instituto Mexicano del Seguro Social que nos ha proporcionado las herramientas y el programa idóneo para nuestra correcta formación, el poder servir y devolver de alguna manera al mundo lo entregado a nosotros por medio del cuidado y la atención a los derechohabientes y no derechohabientes que lo requieran con el humanismo, ética y rectitud que caracteriza a nosotros sus egresados.



Índice general

Dedicatorias	I
Agradecimientos	II
Abreviaturas	VII
Glosario	VIII
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
1. Introducción	1
2. Marco teórico	2
2.1 Covid19	2
2.1.1 Epidemiología del Covid19	5
2.2 Calidad de vida	8
2.2.1 Generalidades de calidad de vida	8
2.2.2 Epidemiología de calidad de vida	11
2.3 Ansiedad	12
2.3.1 Generalidades de ansiedad	12
2.3.2 Epidemiología de ansiedad	12
2.4 Estudios Relacionados	16
3. Planteamiento del problema	20
3.1 Pregunta de investigación	22
4. Hipótesis	22
4.1 Hipótesis general	22
4.2 Hipótesis nula	22
5. Justificación	23
6. Objetivos	25
6.1 Objetivo general	25
6.2 Objetivos específicos	25
7. Materiales y métodos	26
7.1 Tipo de estudio	26
7.2 Lugar y tiempo de estudio	26
7.3 Universo de Trabajo	26



7.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	26
7.4.1 Criterios de inclusión	26
7.4.2 Criterios de exclusión	27
7.4.3 Criterios de eliminación	27
7.5 Material/Instrumentos	27
7.6 Método de recolección de datos	29
7.7 Proceso de recolección de datos	29
7.8 Estrategias de análisis	29
7.9 Análisis estadístico	30
7.10 Variables.....	30
7.11. Definición y operacionalización de las variables	31
7.12 Aspectos éticos.....	33
7.12.3. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.....	35
7.13 Recurso, financiamiento y factibilidad	37
7.13.1 Recursos humanos.....	37
7.13.2 Recursos materiales.....	37
7.13.3 Recursos financieros.....	38
8. RESULTADOS.....	39
8.1 ANALISIS UNIVARIADO	39
8.1.2 Características sociodemográficas de los encuestados	39
8.1.3 Ansiedad y calidad de vida del personal de salud COVID-19	42
8.3 Relación de variables sociodemográficas con ansiedad y la calidad de vida del personal de salud de los módulos COVID	45
8.4 Relación de la ansiedad y calidad de vida	47
9. Discusión	49
9.1 Calidad de vida en el personal de salud COVID	49
9.2 Ansiedad en el personal de salud COVID	50
9.3 Sociodemográficos, ansiedad y calidad de vida.....	51
9.3 Relación de la ansiedad y calidad de vida en el personal COVID	52
10. Conclusiones	53
10.1 Recomendaciones	54
11. Limitaciones y perspectivas	55
12. Referencias bibliográficas	56



13. Anexos.....	63
Anexo 1. Cronograma de actividades	63
Anexo 2. Consentimiento informado	64
Anexo 3. Instrumento Sociodemográfico	65
Anexo 4. Escala de Ansiedad por coronavirus.....	67
Anexo 5. Instrumento de calidad de vida WHOQOL-BREF	68
Anexo 6. Instrumento usado para convertir los puntajes de la encuesta WHOQOL-BREF referente a la calidad de vida por dominios.	70

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



Índice tablas y figuras

Tabla 1	Características sociodemográficas de los trabajadores de la salud de los módulos Covid en la unidad de medicina familiar 39	40
Tabla 2	Relación del género y la calidad de vida del personal de salud COVID del Instituto Mexicano del Seguro Social No.39	42
Tabla 3	Severidad de la ansiedad y calidad de vida del personal COVID del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 39	44
Tabla 4	Relación de variables sociodemográficas con ansiedad y calidad de vida	46
Tabla 5	Relación de la severidad de ansiedad y calidad de vida del personal COVID del Instituto Mexicano del Seguro Social	47
Tabla 6	Relación de la calidad de vida con los grados de ansiedad en personal de salud	48
Figura 1	Calidad de vida en hombres y mujeres trabajadores de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 39	43



Abreviaturas

AMC	Atención Médica Continua
APA	American Psychiatric Association
CV	Calidad de Vida
DSM	Diagnostic of Statistical Manual of Mental Disorders
IC	Intervalo de Confianza
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
MF	Medicina Familiar
MHGAP	Mental Health Global Action Programme
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OPS	Organización Panamericana de Salud
SMAPS	Salud mental y apoyo psicosocial
UMF	Unidad de Medicina Familiar
USA	United States of America
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Short Version



Glosario

Aislamiento:	Se entiende la reclusión y separación de la persona que ha sido diagnosticada de una enfermedad contagiosa hasta que esté curada, para evitar contagiar a personas sanas.
ARN:	Es una cadena polinucleótida individual en la que el azúcar ribosa reemplaza la desoxirribosa y el uracilo a la timina que se encuentran en las cadenas de ADN. Participa en la síntesis proteica (8). El SARS-CoV-2 tiene una única cadena de ARN.
Brote:	Aumento súbito de los casos de una enfermedad.
Contagio:	Transmisión de una enfermedad por contacto con el agente patógeno.
Cuarentena	Se entiende la separación y restricción de movimientos de personas potencialmente expuestas a una enfermedad contagiosa hasta descartar que estén enfermas, para reducir así el riesgo de que infecten a otras.
Curva epidemiológica:	Representación gráfica del número de casos epidémicos en una población. detalla el patrón, la magnitud y la tendencia de la epidemia.
Enfermedad endémica:	Enfermedad infecciosa que afecta de forma permanente o secular a las personas en un lugar determinado, por ejemplo, el dengue en zonas tropicales.
Epidemia:	Propagación rápida y anormal de una enfermedad infecciosa en un número superior al esperado.
Fuente:	Punto de origen del agente infeccioso, el cual puede llegar hasta el huésped susceptible (puede ser el reservorio).



Huésped:	Organismo que alberga a otro en su interior, o que lo porta, por ejemplo, el sujeto afectado por una infección parasitaria.
Pandemia:	Propagación mundial de una enfermedad generada por un microorganismo que se transmite de forma eficaz y es capaz de producir casos por transmisión comunitaria en múltiples lugares.
Patógeno:	Agente biológico externo que se aloja en un organismo biológico determinado y causa infección. Puede ser de varios tipos: virus, bacteria, parásito u hongo.
Periodo de incubación:	Intervalo de tiempo transcurrido entre la exposición y el inicio de los síntomas de la infección. Según los datos obtenidos en China, en el caso de la COVID-19 es de cinco días en promedio.
Periodo prodrómico	Aparición de signos generales inespecíficos. Hay afectación o infección, pero el agente patógeno no actúa sobre los órganos diana.
Portador:	Persona que no padece los síntomas ni presenta los signos de la enfermedad, pero transmite el agente patógeno.
Reservorio:	Ser animado o inanimado en el que el agente etiológico se reproduce y perpetúa durante cierto periodo.
Riesgo de contagio:	Probabilidad de que ocurra la transmisión de la fuente a un huésped.
Salud	Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, capaz de afrontar tensiones normales la vida, ser productivo y aportar contribución a su comunidad



Salud Mental:	Es el estado de bienestar en el que el individuo hace frente al estrés habitual de la vida familiar y comunitaria, como consecuencia de las capacidades de la persona, y que constituye parte fundamental de la salud pública
Tasa de contacto:	Tasa a la que un individuo infectado infecta a otros sujetos susceptibles a la infección. Esto depende de la exposición e interacción física que tenga el individuo con otras personas vulnerables.
Tasa de letalidad:	Proporción de personas con una condición particular, que mueren a causa de ella, esta tasa varía según la detección de casos y el registro de las muertes.
Tasa de mortalidad:	Frecuencia de muerte en una población definida en un periodo. En este caso, la detección de los casos no influye tanto.
Transmisibilidad:	Capacidad de un material para transmitir fluidos o gérmenes.
Transmisión:	Mecanismo por el que un agente infeccioso se propaga a un huésped susceptible. Puede ocurrir de diferentes formas: por contacto (incluido el contacto con mucosas), de forma aérea (gotas o aerosoles), y por ingestión o vía placentaria.
Vector:	Agente que transmite el agente patógeno a otro ser vivo.
Virus:	Agente infeccioso que solo puede reproducirse en tejidos vivos de otros seres. La forma extracelular inerte se llama virión, forma en que penetra a la membrana celular del huésped y libera su ácido nucleico



RESUMEN

Calidad de vida y ansiedad en trabajadores de la salud de los módulos Covid en la unidad de medicina familiar 39

José Fernando Rodríguez Domínguez^a, José Manuel Wood Notario^b, Ricardo González Anoya^c

a Residente de tercer año de Medicina Familiar en UMF No. 39 en Villahermosa, Tabasco.

b Med. Esp. en Medicina Familiar en UMF No. 39 en Villahermosa, Tabasco.

c Med. Esp. en Medicina Familiar en UMF No. 39 en Villahermosa, Tabasco.

Introducción: La calidad de vida (CV) a definición de la OMS es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. A este respecto, la reciente pandemia provocada por el virus SARS-Cov-2 que provoca la enfermedad del COVID-19, han generado cambios sociales y psicológicos, mismos que se han asociado a manifestaciones neuropsiquiátricas en el personal de salud entre ellos la ansiedad cuyo padecimiento según la OMS es la tercera enfermedad psiquiátrica más incapacitante. **Objetivo:** Evaluar la relación de la CV con la ansiedad en los trabajadores de la salud en los módulos Covid en la UMF 39. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio analítico, prospectivo y transversal, con n=52 trabajadores de la salud en áreas COVID, se utilizaron dos escalas WHOQOL-BREF para la CV y Coronavirus Anxiety Scale (CAS) para evaluar el grado de ansiedad, los datos se ingresaron en el programa estadístico IBM SPSS 26. Para el análisis de las variables se utilizó la frecuencia, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión, X^2 para variables categóricas y t de student para variables continuas, el nivel de significancia se estableció con $p \leq 0.05$. **Resultados:** Los trabajadores de la salud de áreas COVID presentaron una CV promedio de 64.29%. Además, el 51.90% presentó buena CV y 48.10% CV regular. Con la escala CAS se obtuvo que el 65.40% presentaron ansiedad leve y 34.60% ansiedad mínima.

Conclusión: El personal de salud COVID presenta alteración de la CV relacionada con la ansiedad. Además, hay una relación entre los mayores grados de severidad y la disminución de la CV del personal de salud COVID.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, Ansiedad, Calidad de Vida, Personal de Salud



ABSTRACT

Quality Of Life And Anxiety In Health Workers Of The Covid Modules In The Unit of Family Medicine 39

José Fernando Rodríguez Domínguez^a, José Manuel Wood Notario^b, Ricardo González Anoya^c

a Third year resident of Family Medicine at UMF No. 39 on Villahermosa, Tabasco.

b Medical Specialist in Family Medicine at UMF No. 39 on Villahermosa, Tabasco.

c Medical Specialist in Family Medicine at UMF No. 39 on Villahermosa, Tabasco.

Background: Quality of life (WHO definition) is a person's perception of their position in life within the cultural context and value system in which they live and concerning their goals, expectations, standards, and concerns. In this regard, the recent pandemic caused by the SARS-Cov-2 has induced social and psychological changes, which have been associated with neuropsychiatric manifestations in healthcare workers including anxiety whose condition according to the WHO it is the third most disabling psychiatric illness.

Material and Method: This research was a retrospective, analytical and cross-sectional study. Healthcare workers in COVID areas are included. Two WHOQOL-BREF scales for quality of life and the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) were evaluated to assess anxiety symptoms. Subsequently, they were entered for analysis in the IBM SPSS statistical program. For the analysis of the variables, the frequency, percentages, measures of central tendency and dispersion, X^2 , and student's t were increased for categorical and continuous variables respectively, and the level of significance was established with $p \leq 0.05$.

Results: We found 52 health care workers of a hospital in south of Mexico were included. According to the WHOQOL-BREF classification, an average quality of life of 64.29% was obtained. In addition, 51.90% of the health personnel presented a good quality of life and 48.10% an average quality of life. On the other hand, according to CAS scale, it was obtained that 65.40% of health workers presented mild anxiety and 34.60% minimal anxiety.

Conclusions: COVID health care workers have impaired quality of life that is related to the presence of anxiety. In addition, there is a relationship between the greater degrees of severity and the decrease in the quality of life of COVID health personnel.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, Anxiety, Quality of Life, Healthcare-workers



1. Introducción

La pandemia por la COVID-19 está resultando en una emergencia de salud pública de gran impacto internacional, aunque de momento su tasa de mortalidad no alcanza a la de otras grandes pandemias de la humanidad, tales como la peste antonina, la de Cipriano, la peste bubónica, la viruela o la mal llamada «gripe española ~» de 1918^{1,2}

La tasa de trastornos mentales es aún más alta en personas contagiadas y en los trabajadores de la salud que se enfrentan día a día a tratar personas con la enfermedad del COVID-19. Asimismo, se han identificado ciertos factores de riesgo, tales como tener puntuaciones altas en ansiedad rasgo, ser mujer, y haber estado cerca de personas contagiadas².

Según la investigación sobre otras enfermedades infecciosas, incluido el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y la enfermedad por el virus del Ébola, muchos trabajadores de la salud experimentan estrés emocional severo durante el brote, así como estrés, ansiedad, depresión y agotamiento. ³

Los estudios disponibles han analizado los factores relacionados con los síntomas de ansiedad y enojo después de la cuarentena domiciliaria durante el brote de MERS y concluyeron que las personas experimentaron un aumento de la ansiedad con un mayor grado de conocimiento sobre la enfermedad durante las etapas iniciales del brote de MERS y una mayor confianza en la información no oficial^{3,4}

Un número cada vez mayor de profesionales en salud están siendo infectados con COVID-19, generándoles una preocupación directa por el riesgo a sus complicaciones, y un miedo indirecto a transmitir el virus a su entorno familiar, social y laboral, lo que conduce a un aumento de las medidas de aislamiento con peores resultados psicológicos y afectando indirectamente la calidad de vida^{4,5}



2. Marco teórico

2.1 Covid19

Los coronavirus, incluidos en la familia Coronaviridae, son virus ARN monocatenarios. Hay siete subtipos de coronavirus que presentan transmisibilidad a los seres humanos, la mayoría de los cuales causan resfriados comunes e infecciones leves de la vía respiratoria alta en individuos inmunocompetentes⁵. El síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus tipo 2 (SARS-CoV-2), un β -coronavirus de tipo RNA, denominado así por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de febrero de 2020 es el agente etiológico de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), enfermedad que ha sido considerada la primera pandemia del siglo XXI, convirtiéndose en un gran problema de salud a nivel mundial, ya que se ha extendido por todo el mundo mediante viajes y contactos basados en la comunidad⁶

La fase viral comprende la replicación viral que ocasiona daño tisular directo mediado por el virus. La extensión de este daño determina la patogénesis de la fase secundaria, que se caracteriza por el agregado de células inmunes efectoras que causan una respuesta inflamatoria local y sistémica que puede volverse crónica incluso después de la eliminación viral. El desarrollo de la enfermedad pulmonar se asocia con un aumento exagerado de permeabilidad vascular que conduce a la deposición de microtrombos y la permeabilidad vascular⁷.

Presenta entre sus características virológicas una considerable afinidad por los receptores de la Enzima Convertidora de Angiotensina 2 (ECA2), que se encuentran en diversos tejidos del cuerpo humano, pero en su mayoría concentrados a nivel del bulbo olfatorio, presentándose síntomas leves en el 80% de casos reportados en estudios previos y mostrándose mayor susceptibilidad en los pacientes mayores de 65 años con comorbilidades (diabetes tipo 2, hipertensión arterial, entre otros)⁸

El virus, del cual se tiene la primera constancia en la provincia de Hubei, en la ciudad china de Wuhan, se ha transmitido a casi todos los países del mundo en menos de 6 meses, pertenece a la misma familia de virus que el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) y el coronavirus del síndrome respiratorio del



Medio Oriente (MERS-CoV), denominados así en 2003 y 2012, respectivamente. Sin embargo, a diferencia de los anteriores, la pandemia por la COVID-19 ha mostrado una diseminación y morbimortalidad considerablemente mayores⁹

Los estudios muestran que en la fase temprana del brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), se informó una gran variedad de morbilidades psiquiátricas, que incluyen depresión persistente, ansiedad, ataques de pánico, excitación psicomotora, síntomas psicóticos, delirio e incluso tendencias suicidas¹⁰.

Los síntomas neuropsiquiátricos que provocan se deben a una sobre respuesta del sistema inmune, más específicamente a la neuro inflamación provocada por la tormenta de citocinas¹¹ asociados con un aumento masivo de las moléculas proinflamatorias cerebrales, la reactividad neuroglial, una alteración en los neurotransmisores y una remodelación patológica de las redes neuronales¹², el receptor clave que el SARS-CoV secuestra para la invasión intracelular del huésped (ACE2) se expresa tanto en las neuronas como en la glía, y los estudios experimentales de la infección por SARS-CoV-2 inoculada intranasalmente en ratones transgénicos ACE2 demostraron la muerte neuronal y la regulación positiva de la secreción de citoquinas proinflamatorias (por ejemplo, TNF-alfa, IL-1-beta, IL-6) por neuronas y astrocitos^{5,7}, las citoquinas periféricas implicadas en la respuesta antiviral del huésped pueden ocasionar síntomas neuropsiquiátricos al precipitar respuestas neuroinflamatorias y/o comprometer la integridad de la interfaz sangre-cerebro (BBI), lo que conlleva a la transmigración de las células inmunes periféricas al sistema nervioso central (SNC) y a la interrupción de la neurotransmisión¹³. Sin embargo, este no es el único factor en juego capaz de producir todo el espectro psiquiátrico y psicológico (mental) de esta enfermedad, también dentro de la patogenia de estos cambios orgánicos tienen un rol el estrés, la inseguridad económica, incertidumbre por el futuro, la ansiedad, todos estos aspectos incrementan y potencian las enfermedades mentales como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, la psicosis, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático (TEPT)^{11, 14} que surgen junto con el estrés ambiental causado por la nueva pandemia el desarrollo de patologías neuropsiquiátricas.



Todos estos efectos producen una disminución del funcionamiento de los neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, norepinefrina, dopamina o todos estos neurotransmisores) en el cerebro, con la supuesta corrección de estos déficits funcionales en respuesta a manejos antidepresivos efectivos ^{5, 14}

La depresión y otras reacciones psicológicas adversas se han reportado desde el brote de SARS de 2003 en los trabajadores del campo de la salud. Múltiples estudios mostraron que los trabajadores de la salud temían el contagio y la posterior infección de sus familiares, amigos y colegas, sintieron incertidumbre y estigmatización, informan renuencia a trabajar o incluso el contemplar la renuncia, reportaron experimentar altos niveles de estrés, ansiedad y síntomas de depresión, lo que podría tener implicaciones psicológicas a largo plazo. ^{15,16,17}

Los Centros Americanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) encuentran un estado el cual denominan síndrome de Long Covid o secuelas postagudas de la infección por el virus del SARS-CoV-2 (PASC) el cual definen como una amplia gama de problemas de salud nuevos, recurrentes o continuos que las personas experimentan 4 o más semanas después de infectarse por primera vez con SARS-CoV-2. Por el contrario, la Organización Mundial de la Salud lo simplifica como una condición que ocurre en personas con infección confirmada o probable por el virus del SARS-CoV-2, generalmente 3 meses desde el inicio de COVID-19 con síntomas y que duran al menos 2 meses y no pueden explicarse por un diagnóstico alternativo. ¹⁸

Se ha demostrado que algunas citoquinas inflamatorias, incluidas IL-6, TNF- α e IL-1 β , están elevadas en pacientes con PASC¹⁹. El IFN- β y el IFN- λ 1 permanecen elevados 8 meses después de la infección en pacientes con PASC en comparación con los controles recuperados. Además, las combinaciones de IFN- β , PTX3, IFN- γ , IFN- λ 2/3 e IL-6 se asociaron con PASC con una precisión del 78,5 al 81,6%. ²⁰

Respecto a epidemiología, acorde la base de datos llevada a cabo y reportada por el Hospital de Medicina Universidad Johns Hopkins, se cuenta con el registro hasta el 23 de octubre un total de 627,966,628 casos a nivel mundial obteniendo un total de 6,579,502 muertes. ²¹



2.1.1 Epidemiología del Covid19

Acorde a los últimos datos de finales de octubre de 2022, dentro de los países más afectados encontramos a Estados Unidos de América con 97,001,436 y 1,063,759 infectados y defunciones respectivamente, seguido en morbilidad con India reportándose 44,644,938, Francia 35,623,204, Alemania 35,288,228, Brasil 34,783,786, Corea del Sur con 25,355,350, Reino Unido 23,855,522, Italia 23,359,680, Japón 22,037,126, Rusia 21,075,901, Turquía 16,919,638, España 13,488,015, Vietnam 11,497,533, Australia 10,345,256, Argentina 9,717,546, Países Bajos 8,494,578, Irán 7,556,632, Taiwán 7,476,478 y México con 7,106,865 teniendo 330,331 muertes en lo que va de la pandemia²²

Acorde al último informe con fecha del 24 de octubre de 2022, se tiene un registro en América Latina de 179,648,571 casos acumulados teniendo un total de 2,853,286 muertes acumuladas²³. En México hasta la fecha de corte del 23 de octubre se tienen reportado acorde a la página del CONACYT 7,106,865 casos positivos, se reportan 330,331 casos de defunción y 3,418 casos activos. Dentro de la estadística por sexo, se tiene el reporte del total de casos un 53.21% hombres y 46.79% mujeres²⁴.

En Tabasco esta pandemia ha propiciado cambios en el estilo de vida familiar, así como en la dinámica social. Situación que ha generado diversas alteraciones psicológicas en la población. Los síntomas asociados son insomnio, estrés, ansiedad, depresión, alteraciones cognitivas en la conducta, distorsiones perceptuales o problemas en el control de impulso.

La funcionaria del Centro de Atención del Adolescente Tabasqueño (CAAT) de la Dirección de Orientación Familiar y Asistencia Social (DOFyAS) del Sistema DIF Tabasco describió que el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción. En ese sentido, hay estrés moderado y excesivo. Además, la ansiedad puede ser permanente y causante de intranquilidad, tensión, nerviosismo, sudoración, alteración del ritmo cardiaco, taquipnea, diarrea y/o constipación²⁵.

En el módulo de Salud Mental, coordinado por la Doctora Liliana Vázquez Ramos, Iliana García Morales, también se destacó una serie de temas enfocados al duelo,



a los trastornos psiquiátricos, la necesidad de potencializar la resiliencia familiar y el impacto psicológico en el personal de la salud²⁶.

En Tabasco el primer caso de COVID-19 se confirmó el 17 de marzo de 2020, acorde a los reportes del 2do y 3er informe de gobierno con periodos que abarcan al 30 de septiembre de 2020 y al 30 de septiembre de 2021 respectivamente, se registran un total de 131,561 casos confirmados (31,958 en el primer periodo y 99,603 en el segundo periodo) y alrededor de 5 mil defunciones.

En la distribución por municipio de residencia, de los casos confirmados por COVID-19, entre el 1 de octubre de 2020 y 30 de septiembre de 2021, se aprecian los municipios con mayor incidencia en Centro, Nacajuca, Paraíso, Jalpa de Méndez, Tenosique, Cárdenas, Jalapa, Teapa, Emiliano Zapata y Balancán. Huimanguillo es el que ha registrado la menor tasa de incidencia con 170.54 por cada 10,000 habitantes. Centro ha registrado un mayor número de casos de manera consistente desde el inicio de la pandemia por COVID-19, con 43 mil 618 casos entre 1 de octubre de 2020 y 30 de septiembre de 2021, representando el 48.82% del total de casos.

Al 30 de septiembre de 2020, los municipios con mayor tasa de incidencia de casos activos, cuyo inicio de síntomas corresponde a los últimos 14 días es Centro con 5.83 por 10,000 habitantes, seguida de Jalapa con 5.33, Nacajuca con 5.02 y Jalpa de Méndez en 3.71 por 100,000 habitantes. Entre el 30 de septiembre de 2020 y el 30 de septiembre de 2021, se presentaron 9460 casos acumulados de COVID-19 en personal de salud, que representa el 22.52% del total de casos en el Estado. El género más afectado son las mujeres con el 61%. La distribución por grupo de edad se aprecia que entre los 25 a 29 años con el 17.01%. De acuerdo con la ocupación del personal de salud, el grupo de otros trabajadores de salud cuentan con 1 mil 442 (38%), seguido de las enfermeras (os) con 1 mil 197 (31%), y personal médico con 1 mil 22 casos (27%).

La institución con más casos notificados es SALUD con el 72.5%, seguida del ISSET con el 9.6%. De acuerdo con la ocupación del personal de salud, el grupo de otros trabajadores de salud cuentan con 2 mil 052 (37%), seguido de los enfermeros con 1 mil 846 (33%), y personal médico con 1 mil 509 casos (27%). El 97% ha cursado



con la enfermedad de manera ambulatoria. Los municipios con el mayor número de casos de personal de salud son el Centro con el 49.5%, Nacajuca con 8.7%, y Macuspana con el 7.2%. La comorbilidad más asociada es la obesidad (55.3%).

Se reportan lo que son 115 defunciones del personal de Salud, con una tasa de letalidad de 1.2% que es el riesgo de morir por COVID-19. El grupo de edad más afectado son los mayores de 65 años. El personal médico es el grupo que tiene el mayor riesgo de morir con el 51.0% del total de defunciones.

Del total de defunciones del personal de salud, la comorbilidad más representativa es la hipertensión arterial con un 70.80%, seguida de la diabetes mellitus con un 54.20%; SALUD es el ente público con mayor número de defunciones con un 75%.

Del total de 28 defunciones de personal de salud 68% estuvieron hospitalizados y 32% fueron ambulatorios^{27,28}.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2.2 Calidad de vida

2.2.1 Generalidades de calidad de vida

De acuerdo con la OMS la calidad de vida (CV) es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está entrecruzado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno²⁹.

Se observó una falencia en la percepción de la calidad de vida del personal de salud durante el brote de COVID-19, asociada con factores psicosociales y ocupacionales que causan un desequilibrio entre el individuo, su entorno laboral y social. En diversos estudios se concluye que el impacto en una baja calidad de vida se da en jóvenes, solteros, ser menor de 40 años, mayor incidencia en el sexo femenino y con mayor prevalencia en el personal de enfermería³⁰.

Específicamente las rutinas sociales y económicas interrumpidas, el confinamiento obligatorio, el distanciamiento social además del miedo a presentar la enfermedad representan un mayor impacto en la calidad de vida de los trabajadores de la salud y de la población en general afectando la salud mental del individuo en cuestión³¹. La tasa de trastornos mentales es más alta aún en personas contagiadas y en los trabajadores de salud que se enfrentan día a día a tratar personas con la COVID19³².

El personal de salud percibe un aumento en la percepción de estigmatización, altos niveles de estrés, ansiedad y fatiga. Sin embargo, la gestión organizacional y el uso de intervenciones psicológicas y educativas pueden tener un efecto positivo en la interacción entre el empleado y el ambiente laboral, con una mejora de la calidad de vida del personal de salud³³

Varios estudios mencionan la CV como una importante fuente de información sobre cómo la enfermedad afecta realmente a la vida de los pacientes. En este contexto, la evaluación de la CV es extremadamente importante para proporcionar datos que apoyen la elección de una estrategia terapéutica y la evaluación de la eficacia de un tratamiento.



Existen diversos estudios y herramientas para valorar la calidad de vida de las personas, entre los más usados se encuentra el WHOQOL-BREF el cual es una evaluación de la calidad de vida desarrollada por el Grupo WHOQOL con quince centros de campo internacionales, simultáneamente, en un intento de desarrollar una evaluación de la calidad de vida que sería aplicable interculturalmente³⁴.

El WHOQOL-BREF es una versión breve del cuestionario original WHOQOL-100 (material complementario 1). Contiene 26 ítems (Q1 a Q26): Dos preguntas generales (Q1 y Q2) miden la percepción general de la CV y la CV relacionada con la salud, respectivamente. Las otras 24 preguntas comprenden cuatro dominios.

- Dominio 1: Salud física (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18). Estas preguntas evalúan las actividades de la vida diaria, la dependencia de drogas y ayudas médicas, la energía y la movilidad, el dolor y la incomodidad, dormir y descansar lo suficiente, y la capacidad de trabajo.
- Dominio 2: Salud psicológica (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 y Q26). Este dominio trata sobre la experiencia de la imagen corporal y la apariencia, los sentimientos negativos y positivos, el respeto propio, la espiritualidad, la religión, las creencias personales, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración.
- Dominio 3: Relaciones sociales (Q20, Q21, Q22) evaluando las relaciones personales, el apoyo social y la actividad sexual.
- Dominio 4: Salud ambiental (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25). Este ámbito abarca los recursos financieros; libertad, seguridad física y protección; asistencia sanitaria y social (accesibilidad y calidad); ambiente del hogar; oportunidades para obtener nueva información y habilidades; participación y oportunidades de recreación/esparcimiento; y el entorno físico (contaminación, ruido, tráfico, clima y transporte)

Posterior a la suma resultante de la contestación de las preguntas anexas a cada dominio, se hará la conversión en la tabla generada por la OMS para así tener el porcentaje de satisfacción de cada dominio y posteriormente sacar un resultado general^{35, 36}.



Desde el ámbito internacional, la empresa Mercer en el 2019 estudió sobre la calidad de vida de más de 450 ciudades de todo el mundo las condiciones de vida local. Para este estudio se analizaron 39 factores que fueron agrupados en 10 categorías.

- Bienes de consumo (disponibilidad de artículos de consumo diario/alimentos, vehículos).
- Consideraciones médicas y de salud (suministros y servicios médicos, enfermedades infecciosas, aguas residuales, eliminación de residuos, contaminación del aire).
- Entorno económico (reglamento del cambio de divisas, servicios bancarios).
- Entorno natural (clima, registro de desastres naturales).
- Entorno político y social (estabilidad política, delincuencia, aplicación de la ley, etc.).
- Entorno sociocultural (disponibilidad de medios de comunicación y censura, limitaciones a la libertad personal).
- Escuelas y educación (estándares y disponibilidad de colegios internacionales).
- Recreación (restaurantes, teatros, cines, deportes y ocio).
- Servicios públicos y transporte (electricidad, agua, transporte público, congestión del tráfico, etc.).
- Vivienda (viviendas de alquiler, electrodomésticos, muebles, servicios de mantenimiento).

Dichos factores son los de mayor relevancia y que son tomados en cuenta para medir el nivel de calidad de vida en el mundo desde su totalidad integrando diversos factores.

Los estudios realizados por la empresa coadyuvan a las organizaciones multinacionales para ofrecer una compensación igualitaria y/o equitativa a sus empleados designados con cargos de nivel internacional.

Dentro de las subcategorías hacen referencia a los ámbitos del contexto económico, político, social, ambiental y cultural entre otros, que facilitan un análisis concreto, metodológico y objetivo, exponiendo los elementos que influyen el entorno y su



atrayente para realizar negocios ante la globalización de hoy en día. Con base en la encuesta se ha demostrado que los elementos políticos y económicos, son fundamentales e impactan directamente en la calidad de vida.

2.2.2 Epidemiología de calidad de vida

Las ciudades con más baja calidad de vida siguen siendo las latinoamericanas, sin embargo, Montevideo, Uruguay se ha mantenido por dos años consecutivos en la lista de las ciudades de Latinoamérica con mayor calidad de vida ocupando el puesto setenta y ocho en el ranking mundial y Caracas fue la localidad con menor calidad de vida situándose en el puesto doscientos dos, si bien es cierto Latinoamérica no mejora en cuanto a posicionamiento también es relevante mencionar que desde el 2018 al 2019 la mayoría de localidades se han mantenido en su puesto dentro del ranking.

Por otro lado, la capital de Austria se ha mantenido con la más alta calidad de vida durante la última década, Europa occidental ha dominado el ranking de seguridad con Luxemburgo en el primer lugar.

Las ciudades canadienses, continúan ocupando en el ranking los puestos más altos, Vancouver, por ejemplo, ocupa el tercer puesto y el primer lugar con Toronto, Ottawa, Montreal y Calgary³⁷.

En México, donde hay una economía informal histórica, el organismo presenta datos oficiales que puedan ser comparados de país a país. Aun así, según Anthony Gooch, director de relaciones públicas y comunicaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la percepción de la satisfacción ante la vida por parte de los usuarios mexicanos es superior a la media mundial. El experto agrega que en este país hay también un compromiso cívico destacado, que también figura por encima de la media. “El mexicano se siente más implicado en sus tareas cívicas que un francés”. La OCDE cuenta con un instrumento en español con el que los ciudadanos hispanoparlantes podrán manifestar su percepción sobre su calidad de vida. El llamado “Índice para una vida mejor” se enfoca en Once temas, están a evaluación del usuario que se estima tiene entre 15 y 44 años, que van desde el balance entre la vida y el trabajo, pertenencia a la comunidad,



educación empleo, ingresos, medio ambiente y salud, hasta la satisfacción ante la vida, seguridad y vivienda^{38,39}.

2.3 Ansiedad

2.3.1 Generalidades de ansiedad

La ansiedad es una respuesta adaptativa de la existencia humana, que podría tornarse patológica, y que alude a un estado de agitación e inquietud desagradable, caracterizado por la respuesta anticipada del peligro con presencia de síntomas psíquicos, es decir, una combinación de síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución a una probable amenaza^{40,41}.

2.3.2 Epidemiología de ansiedad

La OPS/OMS, revela que los trastornos de Ansiedad (TA) son la segunda patología psiquiátrica más discapacitante de la región de las Américas. Brasil tiene la primera posición (7.5%) de los países sudamericanos, situándose por el encima del promedio (4.7%) del total de países. Sin embargo, Costa Rica muestra una discapacidad por TA de 4.1% estando igual a la de Estados Unidos, estando por debajo del promedio. Los trastornos mentales representan un 23% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos a moderados, se ven relacionados con menor esperanza de vida y mayores tasas de mortalidad^{42,43}.

La OMS en el primer año de la pandemia por COVID-19, la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó un 25%, según un informe científico publicado en marzo de 2022 por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴⁴.

Los trastornos de ansiedad presentan una génesis compleja, su variabilidad genética se estima que ronda del 30% a un 50%. Entre factores influyentes se asocian los temperamentales, factores sociales y ambientales. los biotipos para la depresión y la ansiedad basados en la disfunción de circuitos neuronales. Se observaron: alteraciones en el procesamiento de amenazas, que implican la activación y conectividad de la amígdala, circunvolución del cíngulo anterior⁴⁵. La



amígdala presenta sobre reactividad, provocada por el proceso consciente o no consciente de estímulos relacionados con amenazas en el trastorno depresivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno generalizado de la fobia social/ansiedad, fobia específica, y trastorno de pánico. La actividad excesiva de la amígdala provocada por rostros encubiertos amenazantes, también se ha asociado a variabilidad de ansiedad por rasgos y con neuroticismo en personas sanas, por lo que se concluye que se presenta una hiperreactividad a fuentes de amenaza. También reportaron hipo-activación de la circunvolución del cíngulo anterior en el trastorno de ansiedad generalizada y la ansiedad social⁴⁶.

En los diagnósticos DMS-V, los trastornos de ansiedad, junto con los trastornos depresivos son patologías frecuentes en la población general. Se asocian a baja calidad de vida, disfunción social y aumento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares⁴⁷. Los trastornos de ansiedad son prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas⁴⁶.

Los profesionales de la salud en diferentes unidades clínicas trabajan bajo presión extrema, y parece que trabajar en primera línea es un factor de riesgo significativo para problemas psicológicos⁴⁸. El personal de salud, en especial el personal de primera línea se ve afectado a causa de la escasez de material junto con el exceso de trabajo, encontrándose vinculado con síntomas como el insomnio, la ansiedad, el temor al contagio, estrés postraumático, ideaciones suicidas y depresión, entre otros factores de manera discutida, como ser: la relación con la edad y la experiencia laboral⁴⁰.

Dentro de los múltiples instrumentos que existen para medir la ansiedad en la población y en los grupos minoritarios, mencionamos el Test de Beck, el cual es un cuestionario autoinformado de 21 elementos, que tiene como objetivo distinguir los síntomas de ansiedad de los síntomas de depresión. Los ítems fueron calificados en una escala tipo Likert, que varió de 0 a 3. La clasificación clínica recomendada se describe de la siguiente manera: 0-7 (ansiedad mínima), 8-15 (ansiedad leve), 16-25 (ansiedad moderada) y 26-63 (ansiedad grave). El límite para los síntomas clínicos de ansiedad es 16, sugerido por los desarrolladores del instrumento⁴⁹.



Para discernir y poder relacionar la ansiedad por el COVID 19, se buscaron instrumentos validados para lograr relacionar los mismos, en este caso se encontró el Coronavirus Anxiety Scale (CAS). Este instrumento fue creado originalmente por Sherman A. Lee quien desarrolló ítems basándose en la literatura sobre el miedo y la ansiedad abordada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), iniciando con 20 ítems los cuales fueron sometidos a un análisis de componentes principales (PCA) con rotación Varimax, eso para identificar los cinco síntomas más sólidos y representativos de la ansiedad por coronavirus, además de usarse una serie de análisis factoriales confirmatorios (CFA) usando bootstrap corregido por sesgo Máximo Estimaciones de verosimilitud para probar la replicabilidad de los resultados del PCA⁵⁰.

La escala evalúa los siguientes síntomas como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus (COVID-19): mareos (ítem 1), alteraciones del sueño (ítem 2), inmovilidad tónica (ítem 3), pérdida de apetito (ítem 4) y náuseas o problemas estomacales (ítem 5). Cada ítem se califica en una escala de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma, que varía de 0 (en absoluto) a 4 (casi todos los días) durante las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad asociada al COVID-19.

La puntuación total se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas en cada ítem otorgadas por los participantes. En lo que a su puntuación respecta, las puntuaciones totales pueden variar entre 0 y 20 pudiendo ser clasificadas en cuatro niveles de gravedad: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y severo (14-20). Al final se demostró ser altamente confiable ($\alpha = 0.93$), temáticamente consistente (es decir, síntomas físicos angustiosos asociados con el miedo y la ansiedad por el coronavirus) y estable (es decir, CFA (resultados de PCA confirmados) instrumento. Además, se demostró que el CAS mide los síntomas de ansiedad de manera similar en todos los grupos demográficos. Presenta una sensibilidad del 90% y una especificidad del 85% el cual incluso es equiparable al del GAD7 con sensibilidad del 87% y especificidad del 82% o incluso mejor que otros test como el Cuestionario de Salud General GHQ (sensibilidad 77% y especificidad del 71%) o



el Inventario de Rasgos Estatales para la Ansiedad Cognitiva y Somática (STICSA)
(Sensibilidad 73% y especificidad del 74%)^{51, 52}.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



2.4 Estudios Relacionados

A continuación, se presentan una selección de estudios relacionados con la salud mental, con énfasis en ansiedad y depresión relacionados con el COVID en el personal de salud, desarrollados por diversos autores en el ámbito internacional.

En 2020 la facultad de medicina de la Universidad Johns Hopkins realizó un estudio con el personal de salud de la India y el impacto del COVID 19, la incidencia con la depresión, la ansiedad en el personal, estudio de regresión logística multivariable y análisis de componentes principales para evaluar los factores de riesgo asociados con los síntomas de salud mental, siendo el grupo más afectado el femenino y más el personal de enfermería, se vio mayor en el personal soltero. Además, el impacto en la calidad de vida se vio de mayor manera en el grupo de personal mayor de 40 años, asimismo se vio que había cuatro veces más riesgo de menor calidad de vida en el personal con ansiedad de moderada a grave.

Dando los siguientes resultados: De los 197 profesionales sanitarios evaluados, 157 (80%) eran de Maharashtra, 130 (66%) de hospitales públicos, 47 (24%) enfermeras, 66 (34%) médicos, 101 (52%) mujeres y 81 (41%) ≤ 30 años. El ochenta y siete por ciento brindó atención directa de COVID-19 y el 43% atendió a > 10 pacientes / día. Una gran proporción informó síntomas de depresión (92, 47%), ansiedad (98, 50%) y baja CdV (89, 45%). Las probabilidades de depresión y ansiedad combinadas fueron 2,37 veces mayores entre los profesionales de la salud solteros en comparación con los casados (IC 95 %: 1,03–4,96). Los factores estresantes del entorno laboral se asociaron con un aumento del 46% en el riesgo de depresión y ansiedad combinadas (IC 95%: 1,15–1,85). La depresión y la ansiedad moderadas a graves se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de CV baja [OR: 3,19 (IC 95 %: 1,30–7,84), OR: 2,84 (IC 95%: 1,29–6,29)].

Conclusión del estudio: Se demostró una alta prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad y una baja calidad de vida entre los profesionales de la salud indios durante la pandemia de COVID-19. Demostrando la necesidad urgente de prevenir y tratar los síntomas de salud mental entre los profesionales de atención médica de primera línea³⁰



En el año de 2020 Mattila y Peltokoski et al. Hicieron una revisión del impacto en el personal de primera línea con el covid 19 y sus efectos en la salud mental, entre ellos los más prevalentes reportados son la ansiedad y la depresión, así como el impacto que genera en la vida de los trabajadores de la salud finlandeses, aplicando una encuesta multidimensional y transversal se distribuyó a todo el personal hospitalario que trabaja en dos centros de atención médica especializada finlandeses en la primavera de 2020 (n = 1.995). Se utilizó la escala de 7 ítems del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG-7) para medir la ansiedad de los trabajadores.

Se obtuvieron los siguientes resultados: La puntuación media total de GAD-7 fue de 4,88, lo que indica niveles normales de ansiedad. Sin embargo, el 30% (n = 1.079) de los encuestados tenía ansiedad leve, el 10% (n = 194) moderada y el 5% (n = 88) severa. Los factores de riesgo clave fueron la edad temprana, trabajar en un hospital universitario, los problemas en la cooperación entre compañeros de trabajo, la dificultad para concentrarse en el trabajo, una carga de trabajo físico y psicológico que amenaza la salud y el miedo a infectarse en el trabajo.

Conclusión del estudio: El personal del hospital experimentó una variedad de problemas de estrés y ansiedad relacionados con el trabajo que deberían ser visibles tanto para los administradores del hospital como para los responsables políticos. La ansiedad es independiente de si el trabajador está directamente involucrado en el cuidado o de alguna manera entra en contacto con pacientes con COVID-19. El 50% del personal del hospital tiene niveles normales de ansiedad. Los trabajadores restantes pueden necesitar intervenciones de apoyo específicas, y una proporción menor (15%) está en peligro de desarrollar problemas a largo plazo que afecten su bienestar. La ansiedad experimentada por los trabajadores hospitalarios durante la pandemia de COVID-19 es más severa que la de la población en promedio. Si la pandemia continúa, el bienestar del personal del hospital puede verse ampliamente amenazado. A pesar de las diferentes ubicaciones geográficas y situaciones de COVID-19, los trabajadores de hospitales en Finlandia y China tenían niveles de ansiedad similares. La ansiedad es independiente de si el personal está trabajando en la primera línea de la gestión de



la pandemia de COVID-19 o del número de pacientes con covid-19 ingresados en el hospital. Los trabajadores del hospital sintieron ansiedad porque se enfrentaban a una nueva situación que provoca cambios en su trabajo y rutina diaria. Los empleadores de atención médica deben realizar un seguimiento a largo plazo en lo que respecta a la recuperación del personal de la carga causada por la pandemia y del trabajo en general. Es necesario poner a disposición del personal hospitalario intervenciones de tratamiento fácilmente alcanzable, flexible y rentable para la ansiedad⁴⁴.

En 2021 Danet Alina, en Granada España, realizó un estudio titulado: Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review. Cuyo objetivo fue realizar una búsqueda sistémica de la bibliografía disponible en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, utilizando el método de revisión bibliográfica, cuyos resultados fueron que de los 12 artículos revisados algunos se basan en estudios descriptivos transversales realizados en Italia, España, Turquía, UK, Rumania, Serbia y USA, con metodología cuantitativa y poblaciones de estudio compuestas por profesionales sanitarios de primera línea y otros, excepto un estudio con solo personal sanitario de primera línea.

Derivado de los estudios cuantitativos europeos y americanos reportados se obtuvo como resultados: niveles moderados y altos de estrés, ansiedad, depresión, trastornos del sueño y burnout, con diversas estrategias de afrontamiento y síntomas más frecuentes e intensos entre mujeres y enfermeras, sin resultados concluyentes por edad.

Conclusión del estudio: En la primera línea de asistencia el impacto psicológico fue mayor en el resto de los profesionales sanitarios y en el área asiática. Por lo que es necesario profundizar en las experiencias emocionales y las necesidades profesionales de apoyo emocional para diseñar intervenciones efectivas de protección y ayuda¹⁶.



En la investigación realizada por Mariana W, Thaís en 2022, se evaluó la calidad de vida del personal de salud durante la pandemia por covid19 en donde se utilizaron las bases de datos electrónicas PubMed, Cumulative Index of Nursing and Allied Literature Complete, Google Scholar y los repositorios de la Organización Mundial de la Salud y los Centro para el Control y Prevención de Enfermedades. Se incluyeron estudios primarios, secundarios y literatura gris publicados entre diciembre de 2019 y marzo de 2021 en idioma español, inglés y portugués. La calidad metodológica fue evaluada por la lista de verificación de Autoridad, exactitud, cobertura, objetividad, fecha e importancia (AACODS, por su sigla en inglés) A measurement tool to assess systematic reviews (AMSTAR) y Critical Appraisal Checklist for Text and Opinion Papers. Se efectuó un análisis temático basado en el modelo de calidad de vida y bienestar.

Resultados obtenidos: Del análisis de 208 artículos, se incluyeron 11, donde se demostró que la calidad de vida del personal de salud durante pandemia por COVID-19 estuvo influenciada por las características del personal de salud, el ambiente laboral y la interacción entre el empleado y el ambiente laboral; se observaron falencias relacionadas con factores psicosociales y ocupacionales.

Conclusión del estudio: La calidad de vida del personal de salud estuvo caracterizada por estigmatización, estrés, ansiedad y fatiga. La gestión organizacional y la aplicación de intervenciones psicológicas evidencian un efecto en la interacción entre el empleado y el ambiente laboral, e influyen en su calidad de vida y por ende en su bienestar²⁹.



3. Planteamiento del problema

A lo largo de la historia, el personal de salud se ha sometido a diversas situaciones, conductas y detonantes que lo han llevado a producirle alteraciones dentro de la homeostasia de su salud mental, algunas de las cuales han sido objeto de estudio. La mayoría de ellas con presentaciones clínicas evidentes y visibles a simple vista y otras no tanto pero que se presentan en sus diferentes etapas de vida, ahora con la pandemia esto ha detonado este tipo de alteraciones con una alta prevalencia. Durante el desarrollo de la medicina se ha buscado el bienestar del ser humano y sus 3 esferas principales, aspectos bio-psicosociales, procurando así mejorar la calidad de vida de nuestro paciente, sin embargo, ha persistido la poca o nula atención por el reconocimiento y el trato de la depresión y ansiedad que en ocasiones incluso por tabú o por ignorancia puede ser criticado y por ende se evita hablar del mismo.

Conocer el grado de ansiedad en los trabajadores de la salud para poder mejorar su calidad de vida no solo a nivel laboral sino personal y social se hace necesario; pues se ha comprobado mediante estudios anteriores que es un problema real el cual no se aborda con frecuencia de manera rutinaria en la consulta o no de forma completa, entendiendo su importancia al repercutir en la vida del trabajador de la salud e incluso de quien la padezca, además también de repercutir con su pareja, familia y equipo de trabajo.

En el continente Europeo y en USA se le ha dado la importancia como un padecimiento de interés para el cual se han creado múltiples centros de ayuda, incluso se ha normalizado la búsqueda de terapia y ayuda quitando el tabú de debilidad el padecer depresión o ansiedad, esto habiendo entendido que se relaciona con diversas comorbilidades y factores de riesgo que dan pie a muchas desatenciones personales e incluso a provocar errores médicos que pueden impactar negativamente en la vida de los demás a como en su propia vida. Sin embargo, en México no se ha realizado el enfoque adecuado por menospreciarse, por miedo e incluso por ignorancia sobre las consecuencias que tiene a largo plazo y el cómo merma la calidad de vida, por lo que fácilmente se evita el tema y no se



incluye en la valoración del paciente o incluso en la consulta diaria ya sea que tenga factores de riesgo o no.

Conocer y dar la importancia de la prevalencia de este círculo patológico, el conocer los datos institucionales y darnos cuenta de la repercusión importante que tiene nos permitirá conocer los aciertos y errores, con intención detectar a la depresión y ansiedad mejorando el éxito en su manejo, control y posterior curación con un buen manejo interdisciplinario, disminución de sus complicaciones y una posterior mejora de la calidad de vida, atendiendo el bienestar del individuo bio-psico social.

Si tenemos en cuenta las comorbilidades que implica la depresión y ansiedad y su relación con la pandemia covid19 la cual se mantendrá por largos años en nuestra vida diaria, nos dará la oportunidad a los trabajadores de la salud, de poder planear estrategias para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, en nuestros compañeros de trabajo e incluso en uno mismo al pertenecer a esta categoría.

Con diagnóstico y tratamiento oportuno, educar estilos de vida saludable, mejora de la comunicación y de las relaciones interpersonales, creación de grupos de autoayuda, lograremos disminuir el número de consultas, disminuir el consumo de medicamentos, disminución de morbimortalidad de pacientes , mejora de la atención al paciente, aumento del aprovechamiento/rendimiento del paciente, disminuirá el riesgo de errores, disminución de gastos que represente para el gasto en salud y mejora en índices de aprobación de la derechohabencia.

Todo esto es posible ya que se cuenta con la infraestructura y el personal necesario, es factible además si se organizan campañas no tan espaciadas de tiempo con el personal con el que se cuenta, así como el poder otorgar la facilidad de tiempo al personal trabajador para atender este tipo de situaciones, incluso se puede guardar la prudencia necesaria para aquellos que aun tengan el temor de ser señalados y así brindar la atención para todo el que lo requiera.



3.1 Pregunta de investigación

Derivado de todo lo expuesto con anterioridad es que nos lleva a la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la calidad de vida y su relación con la ansiedad en los trabajadores de la salud a 3 años de la pandemia por la COVID19 en la unidad de medicina familiar 39?

4. Hipótesis

4.1 Hipótesis general

- Hay una relación entre la calidad de vida y la ansiedad en trabajadores de la salud a 3 años del COVID19 en la unidad de medicina familiar 39.

4.2 Hipótesis nula

- No hay relación entre la calidad de vida y la ansiedad en trabajadores de la salud a 3 años del COVID19 en la unidad de medicina familiar 39



5. Justificación

Magnitud

El COVID 19 según la Universidad Johns Hopkins ha alcanzado más de 540 millones de casos en el mundo y más de 6,3 millones de muertos obteniéndose un porcentaje de 1.16% de mortalidad a nivel global, cifra que es aún mayor en territorio mexicano por las múltiples comorbilidades que padece la población siendo alrededor del 10% sin embargo, con la aplicación de las vacunas este porcentaje se redujo a un 4%.

El personal sanitario al encontrarse en primera línea de atención de pacientes COVID-19, enfrentan un gran desafío físico y mental. Por lo que, el impacto de la pandemia en la salud mental tiene una mayor repercusión en los trabajadores de salud, manifestándose en estos: frustración, estrés, incertidumbre, vergüenza, culpa, aversión, depresión, estrés postraumático e ideaciones suicidas.

En 2015 la depresión fue la tercera causa de discapacidad en el mundo teniendo un impacto en las esferas biopsicosociales de la persona que la padece, además de agregar alto riesgo en algunas personas para desarrollar ideación suicida. El sector salud se está viendo sometido a una carga, no solo en el ámbito laboral sino también social, llegando a tener graves repercusiones por lo cual es de suma importancia el análisis del tema.

Trascendencia

En México se tiene en el último reporte oficial un total de 283,122 casos positivos en los trabajadores de la salud, siendo alto el riesgo de contagio además de reportarse 4517 defunciones hasta lo reportado hasta octubre de 2021. Se reporta que un 45% de los trabajadores de la salud con ansiedad o depresión se reportó con baja calidad de vida con gran impacto a nivel laboral, social y familiar.

La salud mental se vio afectada a medida que el virus se fue propagando, aumentando la psicosis en la sociedad. En un pensamiento general las medidas tomadas en la pandemia como la cuarentena, distanciamiento social, aislamiento hospitalario, dificultades para garantizar la disponibilidad, preocupación de infectarse e infectar a su círculo familiar, generan una carga psicológica importante.



En el caso del personal de salud, Torres-Muñoz en su artículo Riesgos y daños para la salud mental en el personal sanitario debido al tratamiento de pacientes con COVID-19 agrega a lo anterior la transición abrupta de la práctica clínica por la exigencia de enfrentarse a una enfermedad desconocida, bajo condiciones extremas de trabajo; con largas jornadas utilizando equipo de protección estrictamente necesario, el miedo constante de contagiarse o contagiar a sus familiares; de saturarse por el número de pacientes, la escasez de recursos y las complicaciones de la enfermedad. Estos factores pusieron a prueba la salud física y mental de los trabajadores de la salud aumentando la carga psicológica.

Vulnerabilidad

Desde el inicio de la pandemia en China y en otros países se crearon páginas de apoyo, así como consejería y cursos obligatorios para todo el personal lo cual favoreció notablemente la funcionabilidad de cada individuo a nivel laboral y a nivel interpersonal.

Además, se cuenta en México con el equipo, la infraestructura, el personal y el material para el apoyo y soporte necesario al personal de salud que tenga algún grado de depresión y ansiedad. Por lo tanto, el sistema de salud a nivel gubernamental debe poner esfuerzos y especial atención en la población vulnerable; pacientes contagiados con secuelas post COVID, personas con condiciones físicas y trastornos mentales preexistentes y a los profesionales de la quienes son su principal equipo en la crisis sanitaria.

Factibilidad y viabilidad

La realización de este no requiere de equipos o mayor instrumentación más que tiempo para la realización de detecciones con test o cuestionarios validados, así como un espacio para hacerlos, no se requieren inversiones o presupuesto extra, con el personal y el material con el que se cuenta actualmente es suficiente.



6. Objetivos

6.1 Objetivo general

- Evaluar la relación de la calidad de vida con la ansiedad en los trabajadores de la salud de los módulos covid en la unidad de medicina familiar 39

6.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio
- Evaluar la presencia de ansiedad por COVID19 en la población en estudios
- Evaluar la calidad de vida de la población en estudio.
- Evaluar la relación de la ansiedad y la calidad de vida del personal de salud



7. Materiales y métodos

7.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio elegido fue analítico, prospectivo y de corte transversal, los resultados obtenidos fueron mixtos relacionados a la variable estudiada, la relación de las dos variables fueron numéricas, analíticas debido a que se tomaron dos variables y se buscó la existencia de una relación entre ambas, prospectivo por que se aplicó la encuesta tomando como referencia a los trabajadores de la salud, y transversal se realizó una medición en un tiempo definido de enero de 2023 en medio de la sexta ola por COVID19.

7.2 Lugar y tiempo de estudio

Se realizó en la unidad de medicina familiar 39, se aplicó la encuesta de recolección de datos y el instrumento de evaluación en el periodo comprendido en el mes de enero de 2023 posterior a la autorización de protocolo aprovechando la sexta ola Covid.

7.3 Universo de Trabajo

El universo de trabajo fue el total de trabajadores que han participado en el módulo COVID adscritos de manera definitiva a la Unidad de medicina familiar 39, derivado de que la población es muy pequeña y el error tolerado muy pequeño, se tomó a toda la población, en este caso nuestro universo de trabajo fue de 52. Con un error tolerado de 0.03.

7.4 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

7.4.1 Criterios de inclusión

- Personal de salud de la unidad de medicina familiar que esté contemplada en los protocolos de participación del módulo de atención respiratoria.
- Personal de salud que este adscrito a la unidad de medicina familiar
- Personal de salud con interinato o contrato temporal y que aun siga laborando en la unidad, al momento de la aplicación de encuesta.



- Personal que se encuentre o haya estado laborando en los módulos respiratorios o triage respiratorios de esta unidad.

7.4.2 Criterios de exclusión

- Personal de salud que no esté contemplado en los protocolos de participación de los módulos de atención respiratoria.
- Personal de salud que haya participado por contratación temporal y ya no labore en la unidad.
- Personal que haya tenido cambio de adscripción en el periodo de aplicación de la encuesta.
- Personal de salud que tenga algún diagnóstico previo de ansiedad o depresión o en su defecto que esté pasando por algún duelo.
- Personal de salud que presente alguna enfermedad crónico-degenerativa.
- Estar tomando algún medicamento ansiolítico o antidepresivo, durante su participación en módulo respiratorio y previo al mismo.

7.4.3 Criterios de eliminación

- Encuestas que no estén contestadas de manera adecuada
- Encuestas que estén incompletas o ilegibles.

7.5 Material/Instrumentos

El instrumento de recolección de datos se realizó por medio de la entrevista guiada por el investigador, aplicando una encuesta de recolección de datos elaborada por los investigadores la cual contó con las siguientes características:

Primera parte: Características sociodemográficas, consta de 8 ítems, de los cuales 3 son preguntas directas y 5 corresponden a preguntas con escala tipo Likert, que corresponde a las variables sociodemográficas propias de la ficha de identificación del paciente, esto con el fin de conocer mejor las características de la población en estudio. La segunda parte corresponde a la Escala de ansiedad por COVID19 la cual esta validada en 16 países en el cual evalúa los siguientes síntomas como



resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus (COVID-19): mareos (ítem 1), alteraciones del sueño (ítem 2), inmovilidad tónica (ítem 3), pérdida de apetito (ítem 4) y náuseas o problemas estomacales (ítem 5). Cada ítem se califica en una escala de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma, que varía de 0 (en absoluto) a 4 (casi todos los días) durante las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad asociada al COVID-19 con el grado de ansiedad. En lo que a su puntuación respecta, las puntuaciones totales pueden variar entre 0 y 20 pudiendo ser clasificadas en cuatro niveles de gravedad: mínimo (0-4), leve (5-9), moderado (10-14) y severo (14-20). La escala cuenta con un alfa de Cronbach de >0.7 lo cual se considera un reflejo de grado óptimo de correlación entre los ítems de la escala.

La tercera parte corresponde al instrumento de calidad de vida WHOQOL BREF de la OMS: un cuestionario general de calidad de vida que ha sido validado en diversos países, El World Health Organization, Quality of Life, versión breve (WHOQOL-BREF) es un cuestionario diseñado para medir calidad de vida sin importar las diferencias entre culturas de diferentes países. Se desarrolló simultáneamente en 15 localidades alrededor del mundo, entre las cuales se incluyó a los siguientes países latinoamericanos: Argentina, Brasil y Panamá. Esta versión corresponde a la adaptación en lengua española del WHOQOL-BREF y está conformada por 26 reactivos, cada uno con 5 opciones de respuesta. Para este trabajo se omitieron dos reactivos los cuales corresponden a una apreciación global, general de la calidad de vida y por lo tanto no se refieren específicamente a alguna de las cuatro dimensiones del modelo. Dos preguntas sin agrupación son (1): ¿cómo puntuaría su calidad de vida? Y (2): y ¿cuán satisfecho/a está con su salud? Las 24 preguntas restantes se agrupan en las 4 dimensiones propuestas por la World Health Organization: salud física (7 reactivos), salud psicológica (6 reactivos), ambiente (8 reactivos) y relaciones sociales (3 reactivos). Cada uno de los reactivos se consideró como una variable observable y el valor de esta determinado por una de las 5 opciones de respuesta. Las dimensiones salud física, salud psicológica, ambiente y relaciones sociales se consideraron las variables latentes o factores a



evaluar en el análisis factorial confirmatorio con lo cual se concluirá se determinará en buena o mala calidad de vida el resultado de la división de la suma de los porcentajes de los dominios de cada individuo encuestado para, posteriormente relacionarlo con la variable de ansiedad de la prueba mencionada.

7.6 Método de recolección de datos

Se obtuvo la autorización del proyecto de investigación por el comité de ética e investigación local y se procedió a la recolección de datos. Se solicitó un espacio de tiempo al término de su turno laboral para disminuir la ansiedad por saber que se tienen pacientes en espera, se realizó en consultorio climatizado en mesa libre y sin la presión presencial de los investigadores, los cuestionarios se aplicaron por un personal de salud debidamente capacitado para evitar errores en el llenado de los cuestionarios.

7.7 Proceso de recolección de datos

Se realizaron las entrevistas durante el mes de enero de 2023. El tiempo mínimo fue de 15 minutos y máximo de 25 minutos. Tiempo suficiente para saludar, presentar el estudio y el objetivo del mismo así como las especificaciones de confidencialidad. La recolección de datos se ejecutó por un personal de salud con conocimientos sobre las encuestas a aplicar. Las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) número 39 y de la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco tuvieron conocimiento de la elaboración del presente proyecto de investigación.

7.8 Estrategias de análisis

La captura de datos y su análisis se realizó a través del paquete estadístico SPSS versión 26, compatible con el Sistema Operativo Windows 11, para llevar a cabo el procesamiento y la captura de datos, es decir, la elaboración de la base de datos producto de las entrevistas realizadas al personal de salud, se analizaron las variables por medio de estadística descriptiva, para variables cualitativas se utilizarán frecuencias, porcentajes y distribuciones, para variables cuantitativas se



utilizarán medidas de tendencia central como: media, mediana y moda, así como desviación estándar, valores mínimos, valores máximos y agrupación de datos visuales, en los casos que así fuera necesario ciertas variables se recodificarán a variables dicotómicas para su análisis estadístico. Posteriormente se expondrán los resultados mediante el uso de tablas las cuales contendrán los valores numéricos exactos y los datos se dispondrán en una presentación ordenada de columnas y filas, lo cual ayudara a las comparaciones y serán representadas por gráficos en el caso necesario. Para la distribución del tiempo correspondiente a la realización tanto del anteproyecto, así como de la aplicación y el análisis de los resultados, y presentación de estos, se realizó un cronograma de actividades, distribuidos por año y por mes.

7.9 Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS versión 26.0, compatible con el Sistema Operativo Windows 11, mismo que ayudó para la obtención de los resultados mediante la base de datos que fue capturada en dicho paquete. Dicho programa fue de utilidad para el análisis de los datos recabados, mediante la estadística descriptiva y de relación. Se usó prueba t student para variables continuas y chi cuadrada para variables categóricas, la significancia estadística se estableció con p igual o menor de 0,05.

7.10 Variables

- Dependiente: Calidad de vida y ansiedad
- Independiente: COVID



7.11. Definición y operacionalización de las variables

Nombre de la Variable	Variable/Escala	Definición Conceptual	Definición operacional	Codificación	Estadístico
EDAD	Cuantitativa Discreta	De acuerdo a la definición establecida de la lengua española es el tiempo en años transcurrido a partir de la fecha de nacimiento.	Tiempo expresado en años en base a la fecha de nacimiento del sujeto de estudio hasta la fecha de la Aplicación de la encuesta.	Edad real del sujeto en años	Medidas de Tendencia Central
GENERO	Cualitativa Nominal Dicotómica	De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud se refiere a los roles socialmente construidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y las mujeres	Características sexuales externas, visibles, asignadas al momento del nacimiento al que pertenece el paciente	1. Masculino 2. Femenino	Frecuencia Porcentaje
ESTADO CIVIL	Cualitativa Nominal Politómica	De acuerdo al concepto jurídico en México se entiende como la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Sera la relación existente, o no, con su pareja al momento del estudio.	1. Soltera (o) 2. Casada (o) 3. Viuda (o) 4. Divorciada (o) 5. Unión Libre 6. Otro	Frecuencia Porcentaje
CATEGORIA	Cualitativa Nominal Politómica	De acuerdo al sistema de gestión empresarial se define como la determinación de los trabajadores según sus aptitudes profesionales, titulaciones y condiciones generales del puesto. Los grupos profesionales clasifican a los trabajadores según sus aptitudes, titulaciones y condiciones del puesto	Nos referimos al área al que pertenece el trabajador en su centro de trabajo.	1. Médico General 2. Médico familiar 3. Enfermería 4. Higiene 5. Otro	Frecuencia Porcentaje
RELIGION	Cualitativa Politómica Nominal	De acuerdo a la Real academia de la lengua Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias y de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad	Credo que el sujeto de estudio profesa al momento de realizarse la encuesta	1. Católica 2. Evangélica 3. Adventista 4. Mormona 5. Ninguna Otro	Frecuencia Porcentaje
ANTIGÜEDAD	Cuantitativa discreta Politómica	De acuerdo a la real academia de la lengua se define como Tiempo que ha transcurrido desde que una cosa empezó a existir.	Se definirá como el tiempo en años desde que el sujeto de estudio inició a laborar en la institución	Tiempo en años.	Medidas de tendencia central
RESIDENCIA	Cualitativa Nominal Politómica	De acuerdo a la declaración de los derechos humanos la residencia es Casa, departamento o lugar similar donde se habita.	Municipio en el que reside el trabajador	Lugar en que vive	Frecuencia y porcentaje



TURNO	Cualitativa Nominal Politómica	De acuerdo al diccionario Oxford de lenguaje es el orden según el cual se alternan varias personas en la realización de una actividad o un servicio.	Momento del día de acuerdo al horario del IMSS en que se realiza la actividad	1. Matutino 2. Vespertino 3. Nocturno 4. Jornada Acumulada	Frecuencia y porcentaje
ANSIEDAD	Cualitativa Ordinal Politómica	De acuerdo al DSM V el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad persistente y preocupación incontrolable que se produce constantemente durante al menos 6 meses	Presencia de ansiedad de acuerdo a los resultados del inventario de ansiedad de Beck	1. Muy baja 2. Moderada 3. Severa	Pruebas de asociación, frecuencia y porcentaje
CALIDAD DE VIDA	Cualitativa Ordinal Politómica	De acuerdo al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán lo define como un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal	La clasificación obtenida de calidad de vida, en base a la aplicación del cuestionario Whoqol Bref.	1. Muy buena 2. Buena 3. Normal 4. Poco satisfecho 5. Muy Insatisfecho	Pruebas de asociación, frecuencia y porcentaje
COVID	Cualitativa Dicotómica	De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud La enfermedad por coronavirus de 2019, más conocida como COVID-19, covid-19, virus Chino o COVID, e incorrectamente llamada neumonía por coronavirus, o corona, es una enfermedad infecciosa causada por el SARS-CoV-2.	Para fines de esta investigación nos referiremos a la participación en los módulos respiratorios COVID	1. Si participo 2. No participo	Frecuencia y porcentaje



7.12 Aspectos éticos

El presente estudio se realizó bajo la aprobación y autorización correspondiente del comité de investigación de la UMF No. 39 IMSS Tabasco.

Existen lineamientos específicos para la confidencialidad y manejo de datos de determinadas enfermedades, sobre todo, las de transmisión sexual, ya que conlleva responsabilidades, éticas morales y de salud, tanto para el personal médico, como para el paciente mismo, ya que bajo ningún precepto se puede publicar información personal y de salud, de cualquier sujeto de estudio, sin su previa autorización bajo escrito, así mismo como su participación en cualquier estudio.

Principios generales:

Artículo 4. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud, así mismo a la confidencialidad de sus datos y de la información recolectada ya sea de manera directa con el paciente o a través del documento médico legal que implica el expediente clínico, todo esto conforme al artículo 4to de la constitución política, vigente en nuestro país.

Mantener la confidencialidad de los encuestados es una de los factores primordiales en la investigación, sobre todo tomando en cuenta las directrices que está tomando la mismas, es por ello que no se incluyó algún tipo de información que de forma directa o indirecta pudiera ser factor para identificar a los participantes del estudio, esto protegiendo la confidencialidad del mismo, establecido en la norma oficial mexicana vigente, de atención en servicios de salud y protección de datos del mismo. Como investigadores nos hacemos responsables del anonimato y confidencialidad de cada uno de los integrantes de la población de estudio. Los datos aquí recogidos no van a ser utilizados con otros fines que no sean los propios inherentes al estudio en cuestión.



7.12.1 La Asociación Médica Mundial

La investigación estará sujeta a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), o de los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos, la cual fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia, 1975. Específicamente:

Principios universales:

Párrafo 9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las que participan en investigación.

Privacidad y confidencialidad:

Párrafo 24. 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.

Consentimiento informado:

Párrafo 25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Párrafo 31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente⁶⁶.

7.10.2 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud

Así mismo, la presente investigación se sujetará a lo estipulado por el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, misma que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987, específicamente en cuanto a los artículos:



Artículo 3º. La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de la enfermedad, la práctica médica y la estructura social, y V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Por último, **Artículo 20.** Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna⁶⁷.

7.12.3. NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Por último, la presente investigación estará sujeta a la NOM-012-SSA 3-2012, que establecen los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Ya que dicha norma es de observancia obligatoria, para todo profesional de la salud, institución o establecimiento para la atención médica de los sectores público, social y privado, que pretendan llevar a cabo o realicen actividades de investigación para la salud en seres humanos. Esta norma especifica que:

La investigación científica, clínica, biomédica, tecnológica y biopsicosocial en el ámbito de la salud, son factores determinantes para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general, por lo que resulta imprescindible orientar su desarrollo en materias



específicas y regular su ejecución en los seres humanos, de tal manera que la garantía del cuidado de los aspectos éticos, del bienestar e integridad física de la persona que participa en un proyecto o protocolo de investigación y del respeto a su dignidad, se constituyan en la regla de conducta para todo investigador del área de la salud⁶⁸.

Carta de consentimiento informado en materia de investigación. Al documento escrito, firmado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación⁶⁸.

Además de todos los aspectos arriba señalados, en cuanto al cuidado que se tiene con la seguridad y bienestar de los pacientes se hace hincapié que se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Con base a la normativa del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y de acuerdo con lo citado en el artículo 17, se tomaron las siguientes consideraciones y se realizaron las siguientes especificaciones:

Del tipo de Investigación: De acuerdo con el tipo de riesgo, queda enmarcado en categoría II. La cual trata Investigación con riesgo mínimo: procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: colección de excretas y secreciones externas, extracción de sangre por punción venosa en adultos, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento.



7.13 Recurso, financiamiento y factibilidad

7.13.1 Recursos humanos

La investigación estará dirigida por el investigador principal M. C. José Fernando Rodríguez Domínguez Residente de tercer año de Medicina Familiar, bajo la dirección del Med. Esp. en Medicina Familiar José Manuel Wood Notario y el Med. Esp. en Medicina Familiar Ricardo González Anoya, en todas las fases del estudio, ambos adscritos a la Unidad de medicina familiar 39 de Villahermosa, Tabasco.

7.13.2 Recursos materiales

Los recursos materiales utilizados para la investigación: Hojas, bolígrafos, tablas para apoyarse, así como el Software (Adobe Acrobat PDF, Word, Power Point, Word, Excel, Antivirus, IBM SPSS) y hardware (Equipo de cómputo, Scanner e impresora) será el de uso personal, en cuanto al lugar donde se aplicarán las encuestas será en los consultorios, ya sea antes o después de que se inicien labores, según sea el turno.

Materiales y equipos	Unidades	Costo unitario	Costo global
Consentimiento informado	52	¢50.00	\$26.00
Cédula de datos sociodemográficos	52	¢50.00	\$26.00
Instrumento de Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes Púerperas en cuanto a Planificación Familiar	156	¢50.00	\$78.00
Tabla rígida	2	\$120.00	\$240.00
Lapiceros tinta azul	10	\$10.00	\$100.00
Laptop con Windows 10	1	\$6,500.00	\$6,500.00
Instalación del Programa SPSS	1	\$250.00	\$250.00
Total			\$7,220.00



7.13.3 Recursos financieros

La presente investigación antes y después de la autorización por la institución correspondiente tuvo una inversión total aproximada de \$7220.00 MXN, la cual fue absorbida única y exclusivamente por el investigador principal M. C. José Fernando Rodríguez Domínguez Residente de tercer año de Medicina Familiar. Comentar que el presente proyecto de investigación no tuvo ni tendrá financiamiento de patrocinadores de ningún tipo.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la investigación, se inicia con el análisis univariado con las características sociodemográficas de los participantes, continuando con la estadística descriptiva de las variables del estudio, por último, se describen la estadística inferencial: se realiza la correlación de la calidad de vida y ansiedad en los trabajadores de la salud de los módulos covid de la unidad de medicina familiar #39, se prueba la hipótesis aplicada con el instrumento calidad de vida y ansiedad en los trabajadores de la salud de los módulos covid de la unidad de medicina familiar #39, utilizado para la elaboración del presente estudio.

8.1 ANALISIS UNIVARIADO

8.1.2 Características sociodemográficas de los encuestados

Se cumple el objetivo específico 1 en el cual se analizan las características sociodemográficas del personal médico de los módulos covid en la UMF 39, la muestra estuvo conformada por 52 trabajadores de salud, 75% fueron mujeres ($n=39$) y 25% fueron hombres ($n=13$). En la Tabla 1 observamos que el 100% de la muestra se identificó como personal COVID. Además, las persona con edades mayores a 35 años representaron el 69.80% de los encuestados, seguidos del personal de 26-35 años (24.5%) y 18 a 25 años (3.80%).

En relación con el personal de salud incluido en este protocolo el 53.80% fueron personal médico (medicina familiar) y 46.20% fue personal de enfermería, del cual el 48.10% se encuentra con estado civil ligado al matrimonio, 9% se encuentran solteros, 6% se encuentran divorciados y 12% se mantienen en unión libre.

El 88.60% del personal vive en el municipio de Villahermosa. No obstante, se identificaron habitantes de otros municipios del estado (Nacajuca, Huimanguillo y Comalcalco).



Con respecto a la antigüedad, la mitad del personal lleva 0-5 años laborando (26 personas), solo 9 personas (17.30%) han trabajado por más de 20 años teniendo la antigüedad más larga mientras que la minoría de los encuestados (6 personas) mantienen antigüedad entre 6 a 10 años (Tabla 1).

En cuanto al lugar de vivienda el 88% viven en la ciudad de Villahermosa en donde se ubica su centro de trabajo, 5% en Nacajuca y 2% en Huimanguillo y Comalcalco.

Comentar que de igual manera el 55% del personal encuestado ya tiene aplicadas 4 dosis contra la enfermedad por COVID-19, 32% cuentan con 3 dosis mientras que solo 1 persona no cuenta con antecedente de vacuna covid.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los trabajadores de la salud de los módulos Covid en la unidad de medicina familiar 39

Variables	n (%)
Personal COVID-19	52 (100)
Edad (años)	2 (3.80)
18-25	13 (24.5)
26-35	37 (69.80)
>35	
Sexo	
Mujeres	39 (75.0)
Hombres	13 (25.0)
Categoría	
Enfermería	24 (46.20)
Medicina general	0 (0)
Médico Familiar	28 (53.80)
Estado civil	
Soltería	9 (17.30)
Matrimonio	25 (48.10)
Viudez	0(0)
Divorcio	6 (11.50)
Unión libre	12 (23.10)
Otros	0 (0)
Religión	
Católico	37 (67.30)
Cristiano	8 (15.40)



Otra	7 (13.30)
Antigüedad laboral (años)	
0-5	26 (50.0)
6-10	6 (11.50)
11-20	11 (21.20)
>20	9 (17.30)
Lugar de residencia	
Villahermosa	47 (88.50)
Nacajuca	3 (5.80)
Huimanguillo	1 (1.90)
Comalcalco	1 (1.90)
Turno laboral	
Matutino	26 (50.0)
Vespertino	26 (50.0)
Vacunas COVID	52 (100)
Ninguna dosis	1 (1.90)
Primera dosis	1 (1.90)
Segunda dosis	4 (7.70)
Tercera dosis	17 (32.70)
Cuarta dosis	29 (55.80)

Fuente: Datos obtenidos de las encuestas realizadas en la UMF No. 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Villahermosa en el mes de enero 2023.



8.1.3 Ansiedad y calidad de vida del personal de salud COVID-19

Las escalas aplicadas nos permitieron identificar la frecuencia de la ansiedad y la calidad de vida del personal de salud. A este respecto, la calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario WHOQOL-BREF donde obtuvimos los siguientes puntajes de cada dominio; salud física (20.57±3.40), salud psicológica (20.28±3.29), social (10.42±2.16) y ambiental (22.38±4.21). Adicionalmente, relacionamos cada ítem de acuerdo con el sexo de los trabajadores y no se identificaron hallazgos significativos durante el análisis como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2 Relación del género y la calidad de vida del personal de salud COVID del Instituto Mexicano del Seguro Social No.39

WHOQOL-BREF ítems	General M±DE	Mujeres M±DE	Hombres M±DE	t	p
General					
1	3.25±0.96	3.28±0.99	3.15±0.89	0.41	0.68
2	3.46±1.01	3.41±0.96	3.61±1.19	-0.62	0.53
Física					
3	1.69±0.87	1.64±0.90	1.85±0.80	-0.72	0.47
4	1.77±0.98	1.77±1.03	1.77±0.83	<0.01	1.0
10	3.31±0.87	3.21±0.83	3.62±0.96	-1.48	0.14
15	3.73±0.99	3.74±0.93	3.69±1.48	0.16	0.87
17	3.52±0.83	3.46±0.75	3.69±1.03	-0.86	0.39
18	3.62±0.84	3.64±0.74	3.54±1.12	0.37	0.70
Total	20.57±3.40	20.33±3.25	21.30±3.85	-0.89	0.37
Psicológica					
5	3.67±0.90	3.72±0.88	3.54±0.96	0.61	0.53
6	3.88±0.87	3.92±0.83	3.77±1.01	0.54	0.58
7	3.40±0.82	3.49±0.68	3.15±1.14	1.27	0.20
11	3.37±0.92	3.38±1.16	3.31±1.25	-0.20	0.84
19	3.67±0.94	3.67±0.92	3.67±1.03	-0.08	0.93
26	2.29±1.07	2.36±1.13	2.08±0.86	0.81	0.41
Total	20.28±3.29	20.53±3.09	19.53±3.86	0.94	0.34
Social					
20	3.44±1.01	3.46±0.99	3.38±1.12	0.23	0.81
21	3.40±0.86	3.33±0.83	3.62±0.96	0.42	0.31
22	3.58±0.80	3.62±0.81	3.46±0.77	0.59	0.55
Total	10.42±2.16	10.41±2.0	10.46±2.66	-0.07	0.94



Ambiente

8	3.37±1.17	3.31±0.83	3.54±1.19	-0.77	0.44
9	3.21±0.82	3.18±0.85	3.31±0.75	-0.48	0.63
12	2.92±0.73	3.0±0.72	2.69±0.75	1.31	0.30
13	3.48±0.87	3.49±0.85	3.46±0.96	0.09	0.92
14	2.75±0.90	2.74±0.93	2.77±0.83	-0.08	0.93
23	3.52±0.98	3.51±1.02	3.54±0.87	-0.08	0.93
24	3.31±1.0	3.44±1.04	2.92±0.76	1.62	0.11
25	3.31±0.98	3.41±0.93	3.0±1.08	1.31	0.19
Total	22.38±4.21	22.58±4.29	21.76±4.08	0.60	0.54

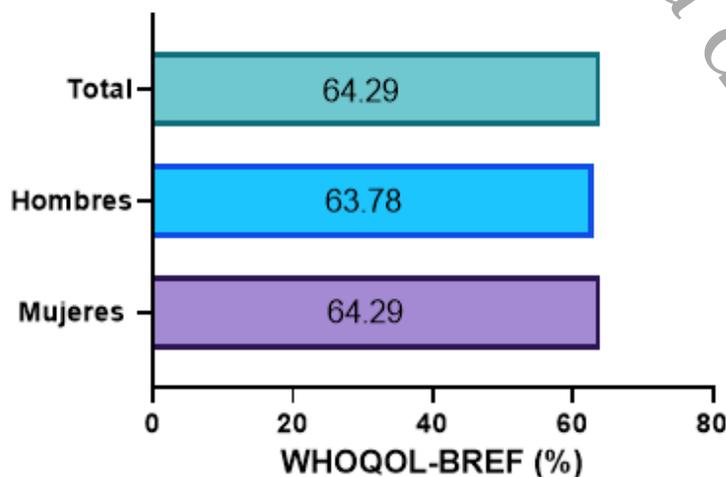
Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada en la UMF No. 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Villahermosa en el mes de enero 2023. Abreviaciones: t: t student; M: media; DE: desviación estándar; n: número, %: porcentaje. $p \leq 0.05$.

Además, se realizó el cálculo de calidad de vida en porcentaje a 100% con la tabla de referencia con el que viene el cuestionario WHOQOL-BREF, visualizando que el promedio general de la muestra es similar al compararlo con hombres y mujeres, 64.29% y 63.78% respectivamente.

Dentro de los resultados por dominios dentro de la evaluación de la calidad de vida otorgada por el cuestionario hecho por la Organización Mundial de la Salud encontramos que el área física es la de mejor puntaje en general en el personal de salud.

Figura 1

Calidad de vida en hombres y mujeres trabajadores de la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 39



Fuente: Datos obtenidos de la UMF No. 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Villahermosa en el mes de enero 2023.



Aunado a la frecuencia de calidad de vida, se estratificaron en buena, regular y mala calidad de vida. En ese sentido, el 51.90% del personal de salud presenta buena calidad de vida acorde al WHOQOL-BREF y el 48.10% una calidad de vida regular. No obstante, no se presentaron casos de mala calidad de vida (Tabla 3).

Otra de las escalas aplicadas fue la CAS (Coronavirus Anxiety Scale) por sus siglas en inglés, en la cual observamos que el 65.40% de los trabajadores de la salud presentaron ansiedad leve y 34.60% ansiedad mínima. Por el contrario, no se presentaron casos de ansiedad moderada a severa (Tabla 3).

Tabla 3 Severidad de la ansiedad y calidad de vida del personal COVID del Instituto Mexicano del Seguro Social No. 39

Escalas aplicadas	Mujeres <i>n</i>	Hombres <i>n</i>	Total <i>n</i> (%)	χ^2	<i>p</i>
CAS					
Mínima	13	5	18 (34.60)	0.73	0.74
Leve	26	8	34 (65.40)	0.73	0.74
Moderada	0	0	0 (0)	0	
Severa	0	0	0 (0)	0	
WHOQOL-BREF					
Buena	20	19	27 (51.90)	0.02	0.87
Regular	19	20	25 (48.10)	0.02	0.87
Mala	0	0	0 (0)	0	

Fuente: Datos propios obtenidos de la encuesta realizada en la UMF No. 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Villahermosa en el mes de enero 2023. Abreviaciones: CAS: Coronavirus Anxiety Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life; *n*: frecuencia; χ^2 = chi cuadrada; *p* ≤ 0.05.



8.3 Relación de variables sociodemográficas con ansiedad y la calidad de vida del personal de salud de los módulos COVID

Observamos que existen variables sociodemográficas relacionadas a la ansiedad mínima y leve. Tal es el caso del estado civil, puesto que el mayor número de personas en matrimonio ($p=0.050915$) y en unión libre ($p=0.029$) se asociaron. Además, los trabajadores con corta antigüedad laboral (1-5 años) se asociaron a ansiedad leve ($p=0.004$). No obstante, los trabajadores con >20 años de antigüedad ($p=0.001$) se relacionaron significativamente a puntuaciones mínimas acorde a la escala CAS. Otro hallazgo sociodemográfico relacionado fue el turno laboral del personal, en ese sentido, las personas del turno vespertino se relacionaron a puntuaciones sugestivas de ansiedad leve ($p=0.004$), mientras que el turno matutino se asocia a puntuaciones bajas de la escala (CAS) (Tabla 4).

En relación con las personas con calidad vida buena según la OMS, se identificó que el matutino presenta frecuencia significativa ($p=0.012$). Además, las personas católicas presentaron mejor calidad de vida ($p=0.001$). Agregar que las personas con >20 años de duración laboral presentaron una mejor calidad de vida ($p=0.024$) que los de menos antigüedad (Tabla 4).



Tabla 4 Relación de variables sociodemográficas con ansiedad y calidad de vida

Variables	Ansiedad (CAS)						Calidad de vida (WHOQOL-BREF)					
	Mínima	x ²	p	Leve	x ²	p	Buena	x ²	p	Media	x ²	p
Edad (años)												
18-25	1	0.21	0.64	1	0.21	0.64	1	<0.01	0.95	1	<0.01	0.95
26-35	2	2.22	0.13	10	2.22	0.13	7	0.25	0.61	6	0.25	0.61
>35	15	1.99	0.15	23	1.99	0.15	19	0.01	0.89	18	0.01	0.89
Sexo												
Mujeres	13	0.11	0.73	26	0.11	0.73	20	0.02	0.87	19	0.02	0.87
Hombres	5	0.11	0.73	8	0.11	0.73	7	0.02	0.87	6	0.02	0.87
Categoría												
Enfermería	6	0.90	0.35	15	0.90	0.34	13	0.10	0.74	10	0.10	0.74
Médico Familiar	12	1.32	0.25	18	1.32	0.25	15	<0.01	0.97	14	<0.01	0.97
Estado civil												
Soltería	3	<0.01	0.92	6	<0.01	0.92	6	0.94	0.33	3	0.94	0.33
Matrimonio	12	3.81	0.05	13	3.81	0.05	14	0.32	0.57	11	0.32	0.57
Viudez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Divorcio	2	<0.01	0.94	4	<0.01	0.94	2	0.93	0.33	4	0.93	0.33
Unión libre	1	4.76	0.02	11	4.76	0.02	5	0.65	0.41	7	0.65	0.41
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Religión												
Católico	13	0.30	0.58	22	0.30	0.58	26	11.88	<0.01	11	11.88	<0.01
Cristiano	3	0.03	0.85	5	0.03	0.85	2	2.74	0.09	6	2.74	0.09
Otra	2	0.13	0.71	7	0.13	0.71	1	4.59	0.03	6	4.59	0.03
Antigüedad laboral (años)												
0-5	4	8.49	<0.01	22	8.49	<0.01	12	0.69	0.40	14	0.69	0.40
6-10	2	<0.01	0.94	4	<0.01	0.94	4	0.59	0.44	2	0.59	0.44
11-20	5	0.72	0.39	6	0.72	0.39	6	0.03	0.84	5	0.03	0.84
>20	5	10.44	<0.01	4	10.44	<0.01	5	5.12	0.02	0	5.12	0.02
Turno laboral												
Matutino	14	8.49	<0.01	12(0.004)	8.49	<0.01	18	6.24	0.01	8(0.012)	6.24	0.01
Vespertino	4	8.49	<0.01	22	8.49	<0.01	9(0.012)	6.24	0.01	17	6.24	0.01(0.012)

Fuente: Datos obtenidos de la UMF No. 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Villahermosa en el mes de enero 2023. Abreviaciones: x²: chi cuadrada; n: número; p= ≤0.05.



8.4 Relación de la ansiedad y calidad de vida

Adicionalmente, realizamos análisis respectivos para identificar la relación de la ansiedad con la calidad de vida. En ese sentido, observamos que las personas con ansiedad mínima se relacionaron significativamente a mejor calidad de vida ($p=0.007$). Además, los trabajadores que presentaron ansiedad leve se identificaron con puntuaciones de calidad de vida media ($p=0.007$)

Tabla 5 Relación de la severidad de ansiedad y calidad de vida del personal COVID del Instituto Mexicano del Seguro Social

Escalas aplicadas	WHOQOL-BREF					
	Buena <i>n</i>	χ^2	<i>p</i>	Media <i>n</i>	χ^2	<i>p</i>
CAS						
Mínima	14	7.37	<0.01	4	7.37	<0.01
Leve	13	7.37	<0.01	21	7.37	<0.01
Moderada	0	0	0	0	0	0
Severa	0	0	0	0	0	0

Fuente: Datos obtenidos de la UMF No. 39 del Instituto Mexicano de Seguro Social en Villahermosa en el mes de enero 2023. Abreviaciones: CAS: Coronavirus Anxiety Scale; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life; *n*: frecuencia; χ^2 = chi cuadrada; $p \leq 0.05$.



Tabla 6 Relación de la calidad de vida con los grados de ansiedad en personal de salud

UNIVARIADO				BIVARIADO							
Variable	f	%	Buena Calidad	%	Calidad Regular	%	Total	%	X ²	Gl	P
Ansiedad	Min	18	34.6	14	27.00	4	7.6	18	34.6		
	Leve	34	65.4	13	25.00	21	40.4	34	65.4	7.37	1 0.01
	Total	52	100	151	52	45	48	52	100		

La Ansiedad posterior a la participación en el módulo covid, si se relaciona con la disminución de la calidad de vida, en la población de estudio, al presentar una Jhi cuadrada de 7.37 con 1 grado de libertad lo que representa una P de 0.01, siendo significativa por lo que se concluye que si hay relación con estas dos variables.



9. Discusión

9.1 Calidad de vida en el personal de salud COVID

Los trabajadores de la salud como parte de la primera línea son considerados un grupo de riesgo debido a la exposición intrahospitalaria a la transmisión, al contagio por el virus SARS-CoV-2, y a las difíciles condiciones laborales que enfrentan diariamente como la inadecuada distribución del personal de protección (EPP), la falta de equipo médico (ventiladores mecánicos) y la precaria infraestructura de los hospitales.⁵³ Estas características, sumadas a las restricciones de aislamiento, han impactado en los estilos de vida de los trabajadores.⁵⁴

Un estudio transversal multicéntrico realizado al personal de atención médica que trabaja en unidades de cuidados intensivos (UCI) y unidades de emergencia en cinco ciudades de Arabia Saudita en el cual evaluaron la calidad de vida (WHOQOL-BREF) mostró que 290 profesionales de la salud, presentaron las siguientes puntuaciones medias de salud general (3.66 ± 0.88) dominio de salud física = (11.67 ± 2.16), salud psicológica (13.08 ± 2.14), salud social (13.22 ± 3.31) y salud ambiental (12.38 ± 2.59) respectivamente. Además, otros de los hallazgos fueron que los encuestados con edad > 40 años, sexo masculino, estado casado, ser médico y tener una experiencia laboral >15 años y sin horas extra de trabajo, tuvieron puntajes promedio más altos para varios dominios de salud general en la calidad de vida evaluada ($p < 0,05$).⁵⁵

Otras investigaciones como un estudio transversal realizado en la India en el cual evaluaron prevalencia de ansiedad, depresión y la calidad de vida (QoL-1). Ellos incluyeron a 204 profesionales de la salud que atendían casos COVID-19; siendo en su mayoría enfermeras, 66 (34%), médicos 101 (50%). Una gran proporción informó síntomas de depresión (92.47%), ansiedad (98.50%) y baja calidad de vida (89.45%). Las probabilidades de depresión y ansiedad combinadas fueron 2.37 veces mayores entre los trabajadores solteros en comparación con los casados. Los factores estresantes del entorno laboral se asociaron con un aumento del 46% en



el riesgo de depresión y ansiedad combinadas. La depresión y la ansiedad de moderadas a graves se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de baja calidad de vida () No obstante, en nuestro estudio a 3 años de haber iniciado la pandemia nosotros identificamos que el 51.90% del personal de salud presenta buena calidad de vida acorde WHOQOL-BREF y el 48.10% una calidad de vida media. ⁵⁶

9.2 Ansiedad en el personal de salud COVID

Los trabajadores de la salud son reconocidos como un grupo de alto riesgo para quienes las consecuencias psicológicas del COVID-19 son significativas y sostenidas. Diversos estudios han reportado alta incidencia de ansiedad y depresión, Ren *et. al* (2020) identificaron en una población asiática que el 99.4% del personal padecía ansiedad y el 99.70% depresión durante la pandemia de COVID-19.⁵⁷ Estos hallazgos son similares a un estudio en Reino Unido donde encontraron prevalencia de ansiedad en 99.09% del personal y 99.62% padecía depresión. Estos datos son similares a los obtenidos en nuestro estudio en donde el 65.40% de los trabajadores de la salud presentaron ansiedad leve y 34.60% ansiedad mínima. Estos datos también concuerdan con Due y colaboradores (2020) ellos muestran los grados de severidad de ansiedad obteniendo la prevalencia del 17.93 % para la ansiedad leve y del 6.88% para la ansiedad moderada/grave en el personal de salud. ⁵⁸

Una investigación realizada en Singapur de tipo prospectivo evaluó a los trabajadores de la salud que reportaron estrés, ansiedad y agotamiento laboral durante un período de seis meses. Ellos concluyeron que el estrés percibido y el agotamiento laboral mostraron un leve aumento durante seis meses en su muestra. Además. Mostraron que el trabajo en equipo y sentirse apreciado en el trabajo fueron protectores. ⁵⁹



9.3 Sociodemográficos, ansiedad y calidad de vida

Uno de los mejores estudios que evaluó múltiples características sociodemográficas se desarrolló en Malasia. Se trata de un estudio transversal que incluyó a 389 evaluó la calidad de vida (WHOQOL-BREF) y sus factores predictivos entre los trabajadores de la salud en la pandemia COVID-19. De los participantes el 27.50% eran hombres y 72.50 eran mujeres. Además, la edad media de los encuestados fue de 38,55 años. Ellos reportaron que todos los dominios de la calidad de vida estaban dentro de las normas de la población general excepto las relaciones sociales, que estaba por debajo de la normal. Además, el análisis de regresión lineal múltiple indicó que los factores estresantes relacionados con COVID-19 (p. ej., estrés debido a la congelación de las vacaciones anuales, la pérdida de la rutina diaria y la exposición frecuente a pacientes con COVID-19) y las secuelas psicológicas (p. ej., mayor gravedad de la depresión, la ansiedad y el estrés) predijeron una calidad de vida más baja. Por el contrario, un mayor apoyo social percibido de amigos y otras personas significativas predijo una mejor calidad de vida. Las características clínicas y demográficas predijeron la calidad de vida en menor medida: un historial de enfermedades médicas preexistentes se asoció solo con una calidad en la salud física más baja, mientras que la edad avanzada y la soltería, el divorcio o la viudez solo predijeron una calidad ambiental más alta.⁵⁶ Los hallazgos anteriores coinciden con los nuestros puestos que identificamos distintos antecedentes sociodemográficos asociados a la calidad de vida. A este respecto, el turno matutino presenta mejor calidad de vida que el vespertino. Adicionalmente, identificamos que la religión parece estar relacionada a una mejor calidad de vida, así como el personal >20 años de duración laboral.

Existe evidencia que asocia variables sociodemográficas con ansiedad. Diversos estudios muestran que el sexo se encuentra relacionado a la ansiedad; 20.92% para los hombres y del 29,06% para las mujeres.^{60,61} Otras investigaciones han asociado la profesión a la ansiedad. En ese sentido, la prevalencia se puede observar que presentan ansiedad el 21.73% de los médicos y 25.80% del personal de enfermería.^{62, 63} Los hallazgos anteriores coinciden con los nuestros puestos que identificamos distintos antecedentes sociodemográficos asociados tales como estado civil



(casados y unión libre). Además, la antigüedad laboral, específicamente los de menor antigüedad en nuestro estudio. No obstante, en nuestro protocolo el turno laboral del personal se relacionó a puntuaciones altas para ansiedad.

9.3 Relación de la ansiedad y calidad de vida en el personal COVID

En un estudio transversal realizado en Italia incluyeron a 265 trabajadores de un hospital universitario. Los trabajadores de la salud fueron evaluados mediante la Calidad de vida profesional-5 (ProQOL-5), el Cuestionario de salud del paciente de nueve ítems (PHQ-9) y la Escala de trastorno de ansiedad generalizada de siete ítems (GAD-7) para evaluar, respectivamente, satisfacción, burnout, trauma secundario y síntomas de depresión y ansiedad. Las mujeres mostraron puntuaciones de trauma secundario más altas que los hombres, mientras que el personal de primera línea y los asistentes de atención médica informaron una satisfacción más alta que el personal de segunda línea y los médicos, respectivamente⁶⁴. Relacionado con estos hallazgos nuestra investigación no permite observar que los trabajadores con puntuaciones sugestivas de ansiedad se identificaron con menores puntuaciones en la calidad de vida.

Existe poca evidencia que relacione la ansiedad y la calidad de vida en el personal de salud. A este respecto se ha evaluado a las personas que enfermaron por COVID-19, posterior a su estancia hospitalaria. En el seguimiento, los déficits cognitivos fueron evidentes en el 23% y la calidad de vida se vio afectada en el 31%. La evaluación de la salud mental reveló síntomas de depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático en el 11%, 25% y 11%, respectivamente. ⁶⁵



10. Conclusiones

Con los hallazgos obtenidos en la reciente investigación nosotros concluimos que el personal de salud por pandemia del IMSS presenta alteración de la calidad de vida que se encuentra relacionada a la presencia de la ansiedad. Además, existe una relación entre los mayores grados de severidad y la disminución de la calidad de vida del personal de salud COVID.

Existen variables sociodemográficas relacionada a la ansiedad y la calidad de vida como el estado civil, años de antigüedad laboral y el turno en el que ejerce el personal de salud COVID.

Dentro de las cuales podemos ver una relación clara entre el turno matutino, el mayor numero de años de antigüedad y el puesto que desempeña el personal dentro de la unidad como un indicador de buena calidad de vida aunado al grado de ansiedad que pueda presentar, al final los indicadores nos muestran una ansiedad leve prácticamente mínima e incluso fisiológica para aquellos que obtuvieron un resultado mínimo, esto puede deberse al cambio en la información con la que ya se cuenta, mejoras en los espacios de atención de los pacientes sospechosos con la enfermedad del COVID-19 así como la protección que se obtiene al contar con un esquema de vacunación óptimo, la mayoría tiene mas de dos vacunas y solo 1 persona en el presente estudio no cuenta con vacuna alguna. Respecto a esta persona se encuentra un grado de ansiedad leve con una calidad de vida regular, estado civil divorciado y una religión cristiana, dentro del estudio de igual manera solo 1 persona comentó ser hipertensa pero que no merma su calidad de vida o presentar limitaciones funcionales dentro de su vida personal o profesional.



10.1 Recomendaciones

- Realizar detecciones oportunas al personal de salud cada cierto periodo de tiempo respecto al grado de ansiedad o incluso otras patologías de salud mental existentes para así poder identificar al personal con alteraciones en su salud mental que puedan mermar su calidad de vida y su posterior funcionalidad.
- Mantener un diálogo abierto entre el personal de salud aún más amplio para poder formar una red de apoyo sólida además de la que se encuentra en casa.
- Agregar más personal al área de psicología existente dentro de la UMF 39 para la atención oportuna, integral y temprana del personal que labora en la unidad ya que se cuenta con personal de psicología, pero ésta solo está destinada a los pacientes y derechohabientes.



11. Limitaciones y perspectivas

El presente estudio podría priorizar la identificación de la alteración de la salud mental, ampliamente conocida a causa del estrés generado por la reciente pandemia. Es necesario evaluar la salud integral de los trabajadores de la salud ante la presencia de pacientes con enfermedades contagiosas como COVID-19 e incluso la viruela símica, el resurgimiento del ébola o la gripe aviar AH1N5 cuyos reportes actuales ponen en alerta a la Organización Mundial de la Salud.

Realizar una nueva cohorte, comparar los cambios en la calidad de vida y la ansiedad a través del tiempo podría enriquecer esta investigación. Asimismo, ampliar la muestra e incluir un variado personal de salud podría revelar la salud mental a la que se enfrentan los hospitales del sureste de México.

Este estudio presencio algunas limitaciones como el tiempo de prueba para el tiempo limitado que tiene el personal médico y de enfermería ante la carga de trabajo.



12. Referencias bibliográficas

1. Spinney L. El jinete pálido 1918. La epidemia que cambió el mundo. Madrid: Crítica; 2018.
2. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Revista Caribeña de Psicología*. 2020 Jul 15;143–52.
3. Lee SM, Kang WS, Cho A-R, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2018 Nov;87:123–7
4. Jose Luis Villca Villegas et al. Influencia de la pandemia del COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud, *Gac Med Bol* 2021; 44(1):75-80
5. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020 Apr;
6. Coronavirus (CoV) GLOBAL [Internet]. www.who.int. Available from: <https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus>
7. L. Perico, A. Benigni, F. Casiraghi, L. F. P. Ng, L. Renia, G. Remuzzi, Immunity, endothelial injury and complement-induced coagulopathy in COVID-19. *Nat. Rev. Nephrol.* 17, 46–64 (2021).
8. Guo Y-R, Cao Q-D, Hong Z-S, Tan Y-Y, Chen S-D, Jin H-J, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research* [Internet]. 2020 Mar 13;7(1). Available from: <https://mmrjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40779-020-00240-0>
9. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*. 2020 Jan 24;382(8).
10. Xiang Y.T., Yang Y., Li W., Zhang L., Zhang Q., Cheung T., Ng C.H. Se necesita urgentemente atención oportuna de salud mental para el nuevo brote de coronavirus de 2019. *Lancet Psiquiatría*. 2020
11. Desforges M, Le Coupanec A, Dubeau P, Bourgoïn A, Lajoie L, Dubé M, et al. Human Coronaviruses and Other Respiratory Viruses: Underestimated Opportunistic Pathogens of the Central Nervous System? *Viruses*. 2019 Dec 20;12(1):14.
12. Zhu N, Zhang D, Wang W, Xingwang Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33.
13. Dantzer R. Interacciones neuroinmunes: del cerebro al sistema inmune y viceversa. *Physiol. Rev.* 2018; 98:477–504. doi: 10.1152/physrev.00039.2016
14. Steardo L, Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Translational Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul 30 [cited 2020 Nov 28];10(1):1–



12. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41398-020-00949-5#citeas>
15. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por coronavirus. *JAMA*. 2019; 3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
16. Danet Danet, Alina. "Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review." "Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática." *Medicina clinica* vol. 156,9 (2021): 449-458. doi:10.1016/j.medcli.2020.11.009
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775650/>
17. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020 Sep 1;291(113190):113190. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120310209>
18. D. Groff, A. Sun, A. E. Ssentongo, D. M. Ba, N. Parsons, G. R. Poudel, A. Lekoubou, J. S. Oh, J. E. Ericson, P. Ssentongo, V. M. Chinchilli, Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA Netw. Abierto*4, e2128568–e2128568 (2021).
19. C. Schultheiß, E. Willscher, L. Paschold, C. Gottschick, B. Klee, S.-S. Henkes, L. Bosurgi, J. Dutzmann, D. Sedding, T. Frese, M. Girndt, J. I. Höll, M. Gekle, R. Mikolajczyk, M. Binder, From online data collection to identification of disease mechanisms: The IL-1 β , IL-6 and TNF- α cytokine triad is associated with post-acute sequelae of COVID-19 in a digital research cohort. medRxiv2021.11.16.21266391 [Preprint] 2021); 10.1101/2021.11.16.21266391
20. C. Phetsouphanh, D. R. Darley, D. B. Wilson, A. Howe, C. M. L. Munier, S. K. Patel, J. A. Juno, L. M. Burrell, S. J. Kent, G. J. Dore, A. D. Kelleher, G. V. Matthews, La disfunción inmunológica persiste durante 8 meses después de la infección inicial leve a moderada por SARS-CoV-2. *Nat. Immunol.* 23, 210–216 (2022).
21. John Hopkins University. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Johns Hopkins University & Medicine; 2022. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
22. Coronavirus (COVID-19) - Google Noticias [Internet]. Google Noticias. Available from: <https://news.google.com/covid19/map?hl=es-419&mid=%2Fm%2F02j71&gl=MX&ceid=MX%3Aes-419>
23. Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available



- from: <https://www.paho.org/es/temas/coronavirus/brote-enfermedad-por-coronavirus-covid-19>
24. COVID-19 Tablero México [Internet]. COVID - 19 Tablero México. Available from: <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
 25. Ofrece DIF Tabasco Webinar sobre daños emocionales provocados por actual pandemia | DIF Tabasco [Internet]. Tabasco.gob.mx. 2021 [cited 2022 Nov 7]. Available from: <http://dif.tabasco.gob.mx/content/ofrece-dif-tabasco-webinar-sobre-da%C3%B1os-emocionales-provocados-por-actual-pandemia#:~:text=En%20la%20que%20fue%20la>
 26. Impacta COVID en gran medida salud mental de pacientes: Iliana García Morales | Portal Tabasco [Internet]. tabasco.gob.mx. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://tabasco.gob.mx/noticias/impacta-covid-en-gran-medida-salud-mental-de-pacientes-iliana-garcia-morales>
 27. TABASCO, PRIMER INFORME DE GOBIERNO [Internet]. informe.tabasco.gob.mx. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://informe.tabasco.gob.mx/>
 28. TABASCO, SEGUNDO INFORME DE GOBIERNO [Internet]. informe.tabasco.gob.mx. [cited 2022 Nov 7]. Available from: <https://informe.tabasco.gob.mx/>
 29. Mariana W, Thaís ZB, de AC Juliane, Juliane de AC, Alexandre A Ricardo, Denisse C-R. Calidad de vida del personal de salud durante la pandemia de COVID-19: revisión exploratoria. Rev Panam Salud Publica;46, mayo 2022 [Internet]. 2022 May 3; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55930>
 30. Suryavanshi N, Kadam A, Dhumal G, Nimkar S, Mave V, Gupta A, et al. Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. Brain and Behavior. 2020 Sep 11;10(11) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7667343>
 31. Ballena CL, Cabrejos L, Davila Y, Gonzales CG, Mejía GE, Ramos V, et al. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la calidad de vida y salud mental. Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2022 Mar 6];14(1):87–9. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312021000100015&script=sci_abstract&lng=enImpacto
 32. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? Revista Caribeña de Psicología. 2020 Jul 15;143–52
 33. Wauters M, Zamboni Berra T, de Almeida Crispim J, Arcêncio RA, Cartagena-Ramos D. Calidad de vida del personal de salud durante la pandemia de COVID-19: revisión exploratoria. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 2022 May 2 [cited 2022 May 23];46:1. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55930/v46e302022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



34. Chalhub RÁ, Menezes MS, Aguiar CVN, Santos-Lins LS, Netto EM, Brites C, et al. Ansiedad, calidad de vida relacionada con la salud y síntomas de agotamiento en médicos de primera línea durante la pandemia de COVID-19. *Braz J Infect Dis* [Internet]. 2021;25(5):101618. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867021000878>
35. Organización Mundial de la Salud, WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment: Field Trial Version, diciembre de 1996. Organización Mundial de la Salud (1996)).
36. EL GRUPO WHOQOL. Desarrollo de la evaluación de la calidad de vida WHOQOL-BREF de la Organización Mundial de la Salud. *Psychol Med*,28 (1998), pp.551-558.
37. Ranking de calidad de vida 2019 [Internet]. Mercer.com. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.latam.mercer.com/newsroom/estudio-calidad-de-vida.html>
38. Welle (www.dw.com) D. OCDE lanza índice para medir la calidad de vida | DW | 29.05.2013. [Internet]. DW.COM. [cited 2022 Nov 8]. Available from: <https://www.dw.com/es/ocde-lanza-%C3%ADndice-para-medir-la-calidad-de-vida/a-16843862>
39. OMS. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)-BREF World Health Organization 2004
40. Vilca Villegas JL, Moreno Choque RA, Gomez Verduguez CA, Vargas Aguilar AA. Influencia de la pandemia del Covid-19 en la Salud Mental de los Trabajadores en salud. *Gaceta Medica Boliviana*. 2021 Jul 7;44(1):75–80). Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662021000100013
41. Fernandez R, Sikhosana N, Green H, Halcomb EJ, Middleton R, Alananzeh I, et al. Anxiety and depression among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic umbrella review of the global evidence. *BMJ open* [Internet]. 2021 Sep 21; 11(9):e054528. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34548373/>
42. OPS, OMS. The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018.
43. Eloy Chacón Delgado, Dayana Xatruch De la Cera, Marisol Fernández Lara, Rebeca Murillo Arias. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD *Revista Cúpula* 2021; 35 (1): 23-36
44. La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. www.paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo>
45. Williams LM. Defining biotypes for depression and anxiety based on large-scale circuit dysfunction: a theoretical review of the evidence and future



- directions for clinical translation. DEPRESSION AND ANXIETY. 2017 ENERO; 39(1)
46. Andreas Ströhle JGKD. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Dtsch Arztebl Int. 2018 Setiembre; 115(37)
 47. Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5 (5a. ed).
 48. Mattila E, Peltokoski J, Neva MH, Kaunonen M, Helminen M, Parkkila A-K. COVID-19: anxiety among hospital staff and associated factors. Annals of Medicine. 2020 Dec 22;53(1):237–46.
 49. SIO Kabacoff, DL.Segal, M.Hersen, VB. Van Hasselt. Propiedades psicométricas y utilidad diagnóstica del Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo con pacientes psiquiátricos ambulatorios de adultos mayores. J Anxiety Disord,11 (1997), pp.33-47 Available from: Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the state-trait anxiety inventory with older adult psychiatric outpatients - ScienceDirect
 50. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. Death Stud [Internet]. 2020;44(7):393–401. Disponible en: doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481
 51. Eidman, L., Arbizu, J. y Marturet, A. (2021). Análisis Psicométrico de la Escala de Ansiedad por Coronavirus en Población Argentina. Interacciones Revista de Avances en Psicología, 7, e192. doi.org/10.24016/2021.v7.19
 52. Zegarra AR, Asociados A, Covid-19 A, Aníbal González-Rivera J, Rosario-Rodríguez A, Cruz-Santos A, et al. Revista de Avances en Psicología [Internet]. Org.pe. [citado el 15 de diciembre de 2022]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/interac/v6n3/2413-4465-interac-6-03-e163.pdf>
 53. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, Wagner G, Siebert U, Christof C, Zachariah C, Gartlehner G. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Apr 8;4(4):CD013574. doi: 10.1002/14651858.CD013574. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2020 Sep 15;9:CD013574. PMID: 32267544; PMCID: PMC7141753.
 54. Cruz-Ausejo, L., Lonzo, A. C., Villarreal-Zegarra, D., Mahony Reátegui-Rivera, C., Burgos, M., Castro, G., Vilela-Estrada, A. L. & Collantes, H. (2022). The impact of COVID-19 pandemic on the quality of life of healthcare workers and the associated factors: A systematic review. Revista de psiquiatría y salud mental, 10.1016/j.rpsm.2022.11.003. Advance online publication. doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.11.003
 55. Maqsood, M. B., Islam, M. A., Nisa, Z. U., Naqvi, A. A., Al Qarni, A., Al-Karasneh, A. F., Iffat, W., Ghori, S. A., Ishaqui, A. A., Aljaffan, A. H., Alghamdi, S., Albanghali, M. A., Mahrous, A. J., Iqbal, M. S., Khan, A. H., & Haseeb, A. (2021). Assessment of quality of work life (QWL) among healthcare staff of intensive care unit (ICU) and emergency unit during



- COVID-19 outbreak using WHOQoL-BREF. Saudi pharmaceutical journal: SPJ : the official publication of the Saudi Pharmaceutical Society, 29(11), 1348–1354. doi.org/10.1016/j.jsps.2021.09.002
56. Woon, L. S., Mansor, N. S., Mohamad, M. A., Teoh, S. H., & Leong Bin Abdullah, M. F. I. (2021). Quality of Life and Its Predictive Factors Among Healthcare Workers After the End of a Movement Lockdown: The Salient Roles of COVID-19 Stressors, Psychological Experience, and Social Support. *Frontiers in psychology*, 12, 652326. doi.org/10.3389/fpsyg.2021.652326
57. Ren LL, Wang YM, Wu ZQ, Xiang ZC, Guo L, Xu T, Jiang YZ, Xiong Y, Li YJ, Li XW, Li H, Fan GH, Gu XY, Xiao Y, Gao H, Xu JY, Yang F, Wang XM, Wu C, Chen L, Liu YW, Liu B, Yang J, Wang XR, Dong J, Li L, Huang CL, Zhao JP, Hu Y, Cheng ZS, Liu LL, Qian ZH, Qin C, Jin Q, Cao B, Wang JW. Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: a descriptive study. *Chin Med J (Engl)*. 2020 May 5;133(9):1015-1024. doi: 10.1097/CM9.0000000000000722. PMID: 32004165; PMCID: PMC7147275.
58. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, Liu B, Zhang M, Yin Y, Qin J, Bouey J, Zhao M, Li X. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Nov-Dec;67:144-145. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.03.011. Epub 2020 Apr 3. PMID: 32381270; PMCID: PMC7194721
59. Teo, I., Chay, J., Cheung, Y. B., Sung, S. C., Tewani, K. G., Yeo, L. F., Yang, G. M., Pan, F. T., Ng, J. Y., Abu Bakar Aloweni, F., Ang, H. G., Ayre, T. C., Chai-Lim, C., Chen, R. C., Heng, A. L., Nadarajan, G. D., Ong, M. E. H., See, B., Soh, C. R., Tan, B. K. K., ... Tan, H. K. (2021). Healthcare worker stress, anxiety and burnout during the COVID-19 pandemic in Singapore: A 6-month multi-centre prospective study. *PloS one*, 16(10), e0258866. doi.org/10.1371/journal.pone.0258866
60. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L, Liu B, Zhang M, Yin Y, Qin J, Bouey J, Zhao M, Li X. Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020 Nov-Dec;67:144-145. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2020.03.011. Epub 2020 Apr 3. PMID: 32381270; PMCID: PMC7194721.
61. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954. Epub 2020 Apr 12. Erratum in: *Psychiatry Res*. 2021 May;299:113803. PMID: 32325383; PMCID: PMC7152913.
62. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar 2;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. PMID: 32202646; PMCID: PMC7090843.



63. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, Cheng ASK. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiol Infect.* 2020 May 20;148:e98. doi: 10.1017/S0950268820001107. PMID: 32430088; PMCID: PMC7251286.
64. Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Dell'Oste, V., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Dell'Osso, L., Cristaudo, A., & Carmassi, C. (2020). Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 6180. doi.org/10.3390/ijerph17176180
65. Rass, V., Beer, R., Schiefecker, A. J., Kofler, M., Lindner, A., Mahlknecht, P., Heim, B., Limmert, V., Sahanic, S., Pizzini, A., Sonnweber, T., Tancevski, I., Scherfler, C., Zamarian, L., Bellmann-Weiler, R., Weiss, G., Djamshidian, A., Kiechl, S., Seppi, K., Loeffler-Ragg, J., ... Helbok, R. (2021). Neurological outcome and quality of life 3 months after COVID-19: A prospective observational cohort study. *European journal of neurology*, 28(10), 3348–3359. doi.org/10.1111/ene.14803
66. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki, Finlandia: Asociación Médica Mundial; 1964 p. 1-3.
67. Diario Oficial de la Federación. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación; 1983 p. 2-6.
68. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SECRETARIA DE SALUD 3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Distrito Federal: Secretaria de Salud; 2013 p. 3-11.



13. Anexos

Anexo 1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2020											2021											2022											2023						
	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPTIE	OCTUB	NOVIEM	DICIEM	ENERO	FEBRE	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPTIE	OCTUB	NOVIEM	DICIEM	ENERO	FEBRE	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST	SEPTIE	OCTUB	NOVIEM	DICIEM	ENERO	FEBRE				
Título y planteamiento del problema																																								
Delimitación del Objeto de estudio																																								
Identificación de objeto de estudio y variable																																								
Antecedentes: Revisión de literaturas																																								
Justificación del protocolo																																								
Preguntas de investigación																																								
Objetivo general y Objetivos específicos																																								
Identificación de variables																																								
Formulación de hipótesis																																								
Material y método																																								
Plan de recolección de datos y de tabulación																																								
Formulación del cuestionario																																								
Autorización del proyecto																																								
Aplicación de Encuestas																																								
Colecta de datos																																								
Realización de base de datos																																								
Análisis de Datos																																								
Realización de Resultados																																								
Realización de conclusiones																																								
Envío de informes técnicos																																								
Recomendaciones																																								
Finalización del Protocolo																																								
Presentación del protocolo																																								



Anexo 2. Consentimiento informado



16.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nombre del estudio:	Calidad de vida y ansiedad en trabajadores de la salud de los módulos COVID en la unidad de medicina familiar 39
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Villahermosa, Tabasco
Número de registro institucional:	PENDIENTE
Justificación y objetivo del estudio:	El estudio se justifica en el marco del impacto de la enfermedad a nivel mundial, nacional, estatal y municipal que deriva en una señal de las repercusiones institucionales, debido a la morbilidad de la enfermedad, como objetivo general es evaluar la relación existente entre la calidad de vida la ansiedad, en trabajadores de la salud de los módulos respiratorios en la unidad de medicina familiar 39, así como los resultados que deriven del estudio
Procedimientos:	Por medio del encuestador (médico familiar) se le aplicara un breve cuestionario de opción múltiple, que corresponde a tres secciones, características sociodemográficas, inventario de ansiedad de Beck, e instrumento de calidad de vida Whoqol Bref
Posibles riesgos y molestias:	Puede sentirse incomodo al contestar preguntas de la encuesta de recolección de datos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Ayudar al conocimiento continuo del personal médico, mejorar la comprensión y el alcance que tiene esta enfermedad en los trabajadores de la salud en el ámbito de salud mental y calidad de vida en el contexto de pandemia COVID así como participación en los módulos respiratorios
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionará información actualizada sobre el tema, y estarán disponibles para su consulta, una vez finalizado el protocolo puede acercarse a los investigadores o en la coordinación de enseñanza / investigación de su unidad.
Participación o retiro:	Usted puede participar o retirarse en el momento que lo desee sin repercusiones
Privacidad y confidencialidad:	Los datos expuestos son de manera anónima así su privacidad y confidencialidad estará a salvo

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por __ Años tras lo cual se destruirá la misma. (En caso de que aplique)

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. José Manuel Wood Notario. Celular: 9931778173; Correo: joss.wood@hotmail.com
Colaboradores: Dr. José Fernando Rodríguez Domínguez; Celular: 9932838133; Correo: jfernando170892@outlook.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética en investigación del Hospital General de Zona no. 2. Calle Francisco Trujillo Gurría s/n, Colonia Pueblo Nuevo, Cárdenas, Tabasco. CP 86500. Correo electrónico: cei.27.001.20170221@gmail.com

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-014



Anexo 3. Instrumento Sociodemográfico

ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS

DELEGACION ESTATAL EN TABASCO

COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD RESIDENCIA DE
MEDICINA FAMILIAR

ENCUESTA DE RECOLECCION DE DATOS:

Calidad de vida y ansiedad en trabajadores de la salud de los módulos Covid en la unidad de medicina familiar 39

Instrucciones: siéntase cómodo en cuanto a la confidencialidad de la siguiente encuesta, los datos que aquí se pongan y las respuestas a cada uno de los reactivos permanecerán de manera anónima, respetando su integridad y sus datos personales. Conteste de manera clara cada una de las preguntas, se llega a tener dudas con toda confianza pregunte al encuestador.

FOLIO: _____

PARTE 1: CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

1. EDAD:

- 18 – 25 AÑOS
- 25 – 35 AÑOS
- 35 AÑOS

2. GENERO:

- MASCULINO
- FEMENINO
- PREFIERO NO CONTESTAR

3. CATEGORIA:

- ENFERMERIA
- MEDICO GENERAL
- MEDICO FAMILIAR

4. ESTADO CIVIL:

- SOLTERO(A)
- CASADO (A)
- VIUDO (A)
- DIVORCIADO (A)
- UNION LIBRE
- OTRO

5. RELIGION:

- CATOLICA
- ADVENTISTA
- TESTIGO DE JEHOVA

6. ANTIGÜEDAD:

- 0-5 AÑOS
- 6-10 AÑOS
- 11-20 AÑOS



CRISTIANO

PENTECOSTES

MORMON

OTRO

>21AÑOS

7. LUGAR DE RESIDENCIA:

9. TURNO:

MATUTINO

VESPERTINO

NOCTURNO

JORNADA ACUMULADA

8. VACUNA APLICADA Y DOSIS

Si

No

NUMERO DE DOSIS

10 ESTUVIERON LABORANDO EN
MODULO COVID19

SI

NO

11PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD
CRONICO DEGENERATIVA (DIABETES
TIPO 2, HIPERTENSION ARTERIAL
SISTEMICA, EPOC, LUPUS, ARTRITIS)

SI

NO



Anexo 4. Escala de Ansiedad por coronavirus

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en las últimas dos semanas incluyendo hoy:

PREGUNTA	Ninguna	Menos de un día o dos	Varios días	Más de 7 días	Casi todos los días durante las últimas 2 semanas
	0	1	2	3	4
1 Me sentí mareado, aturdido o débil, cuando leía o escuchaba noticias sobre el coronavirus	<input type="checkbox"/>				
2 Tuve problemas para quedarme o permanecer dormido porque estaba pensando en el coronavirus	<input type="checkbox"/>				
3 Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus	<input type="checkbox"/>				
4 Perdí el interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus	<input type="checkbox"/>				
5 Sentí náuseas o problemas estomacales cuando pensé o estaba expuesto a información sobre el coronavirus	<input type="checkbox"/>				



Anexo 5. Instrumento de calidad de vida WHOQOL-BREF

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y seleccione en el espacio de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

Escala Calidad de Vida WHOQOL-BREF

PREGUNTAS		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Qué tan satisfecho/a está con su salud?					
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	<input type="checkbox"/>				
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	<input type="checkbox"/>				
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	<input type="checkbox"/>				
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	<input type="checkbox"/>				
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
9	¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?	<input type="checkbox"/>				
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	<input type="checkbox"/>				
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	<input type="checkbox"/>				
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	<input type="checkbox"/>				
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	<input type="checkbox"/>				



		Muy insatisfecho	Poco	Lo Normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho/a está con su sueño?	<input type="checkbox"/>				
17	¿Qué tan satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades desde la vida diaria?	<input type="checkbox"/>				
18	¿Qué tan satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	<input type="checkbox"/>				
19	¿Qué tan satisfecho/a está de sí mismo?	<input type="checkbox"/>				
20	¿Qué tan satisfecho/a está con sus relaciones personales?	<input type="checkbox"/>				
21	¿Qué tan satisfecho/a está con su vida sexual?	<input type="checkbox"/>				
22	¿Qué tan satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	<input type="checkbox"/>				
23	¿Qué tan satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	<input type="checkbox"/>				
24	¿Qué tan satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	<input type="checkbox"/>				
25	¿Qué tan satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	<input type="checkbox"/>				
		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	<input type="checkbox"/>				

¡GRACIAS! SU PARTICIPACION ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.



Anexo 6. Instrumento usado para convertir los puntajes de la encuesta WHOQOL-BREF referente a la calidad de vida por dominios.

DOMAIN 1		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	15	69
23	15	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100

DOMAIN 3		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100