



FACULTAD DE POSGRADOS

MAESTRÍA EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN EL PERSONAL SANITARIO DEL ÁREA
CRÍTICA QUE ATENDIERON PACIENTES CON PATOLOGIA
RESPIRATORIA COVID-19 DURANTE EL AÑO 2020 - 2021 EN EL
HOSPITAL GENERAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO DE LA
CIUDAD DE LOJA.**

**Profesor
Angel Alejandro Baez Suárez**

**Autor
Camilo Andrés Tene Castillo**

2022

RESUMEN

La pandemia por SARS-CoV-2 marcó un antes y un después en la historia de la humanidad, el impacto sobre la salud mental del personal de salud se incremento a niveles jamás esperados, el desarrollo de la investigación tiene como objetivo identificar la prevalencia de depresión en el personal sanitario que laboró en el área crítica del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros que estuvo sometida a una elevada carga emocional y física durante los años 2020 y 2021 derivada de la pandemia por SARS-CoV-2. Se realizó un estudio epidemiológico analítico, y se identificó que el personal del área crítica presenta una prevalencia de síntomas depresivos del 24%, la unidad de cuidados intensivos y el sexo femenino tienen una estrecha relación con el desarrollo de síntomas depresivos, con los datos obtenidos es necesario aplicar otros test en el personal sanitario del Sistema de Salud Ecuatoriano para determinar otras patologías derivadas de la salud mental, como la ansiedad, síndrome de burnout, trastorno por estrés postraumático, déficit de atención e hiperactividad (TSAH), etc.

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 pandemic marked a turning point in human history, the impact on the mental health of health care workers increased to levels never expected before, the aim of the research is to identify the prevalence of depression in healthcare personnel working in the critical area of the Manuel Ygnacio Monteros General Hospital, which was subjected to a high emotional and physical load during the years 2020 and 2021 as a result of the SARS-CoV-2 pandemic. An analytical epidemiological study was carried out, and it was identified that the critical area personnel presented a prevalence of depressive symptoms of 24%, the intensive care unit and female sex have a close relationship with the development of depressive symptoms. With the data obtained, it is necessary to apply other tests to the health personnel of the Ecuadorian Health System to determine other pathologies derived from mental health, such as anxiety, burnout syndrome, post-traumatic stress disorder, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), etc.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

CONTENTS

1.	RESUMEN	2
2.	ABSTRACT	3
3.	INTRODUCCIÓN	6
4.	JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA	12
5.	RESULTADOS	14
6.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN	19
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	21
8.	REFERENCIAS	22

ÍNDICE DE TABLAS

INTRODUCCIÓN

A finales del 2019 y principios de 2020, en la ciudad de Wuhan, China, un virus transmitido por animales a humanos comenzaba a diseminarse, este nuevo beta coronavirus (SARS-CoV2) perteneciente a la familiar del SARS y el MERS, azotó de una manera sin precedentes a toda la población a nivel mundial. Los síntomas más frecuentes de esta patología son la fiebre (98%), tos seca (76%) y malestar general (44%), además se presentaron síntomas atípicos como diarrea con un 3% y cefalea (28%), otros síntomas característicos son la anosmia y ageusia. Con una estimación de mortalidad del 1% y el 3% y con una incubación media de 5 a 14 días. (Sánchez Valverde et al., 2021) (Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020).

La Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020 declaró el estado de pandemia derivada por la COVID-19, en ese momento muchos de los países a nivel mundial no se encontraban preparados para afrontar la magnitud de lo que significaba una pandemia, Ecuador fue uno de los países de Latinoamérica que más fuertemente fue afectado por el SAR-CoV2, sobre todo en la provincia de Guayas, específicamente en la ciudad de Guayaquil, que fue foco de noticia a nivel mundial por la cantidad de casos y muertes que se dieron en esta ciudad, las imágenes y videos se viralizaron rápidamente por las redes sociales, se veía cuerpos en las veredas, calles y en los hospitales no se podía caminar por los pasillos por la cantidad de bolsas de plástico que existía, todos estos hechos fueron plasmados en múltiples diarios a nivel mundial.

La angustia que se vivió repercutió no solo en la población general sino específicamente en quienes en ese momento se encontraban frente a lo desconocido, ese virus invisible que en cuestión de días puso de rodillas a toda la humanidad, el miedo a morir y el miedo a enfermarse, detrás de toda esa catástrofe vivida por el personal de salud que se batía cara a cara con la COVID-19. La cantidad de estrés absorbida por el personal sanitario no solo por atender casos con patología respiratoria, sino, además vivir alejados de su familia y de sus seres queridos, puso de manifiesto un problema que ya radicaba antes de la pandemia y es que la depresión, la ansiedad y el síndrome de "Burnout", no son desconocidos a la profesión sanitaria ya que es padecida por muchos médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería que durante la pandemia tuvieron que vivir una altísima tensión emocional y agotamiento físico no solo por las largas jornadas de trabajo, sino además por el creciente número de pacientes, el miedo a morir a causa de COVID-19, la escases de medicamentos, de equipos de protección personal y ventiladores repercutió con una gran carga emocional y física en el personal sanitario y, por último el personal de salud vivió con la angustia de saber si podría infectar a su familiar por la exposición en su lugar de trabajo, realizando en la mayoría de los casos un autoaislamiento ampliando durante gran tiempo la comunicación afectiva cercana con sus seres queridos, teniendo únicamente contacto mediante redes sociales. (Ayanian, 2020).

Planteamiento del problema

Después de más de 2 años de pandemia por la COVID-19, Ecuador en agosto de 2022 reporta alrededor de 988, 583 casos por SARS CoV2 y alrededor de 35,812 muertes por esta patología, aunque actualmente la vacunación redujo considerablemente el número de fallecimientos y contagios, los efectos sobre la salud mental en el personal de salud aún no tienen un tratamiento de base que ponga fin a este problema que ha venido creciendo con los años. El hecho de que se produjera una pandemia con los precedentes que se vivió y vive en la actualidad y el descuido por la salud mental ha influenciado drásticamente en el comportamiento y la actitud del personal sanitario hacia el usuario (mayor probabilidad de errores y atención subóptima), haciendo que el agotamiento físico, mental, la despersonalización y la desesperanza alcancen niveles elevados de depresión, ansiedad, estrés y síndrome de "Burnout" que aún después de 2 años de pandemia siguen afectando al personal de salud. (*COVID-19 Data Explorer - Our World in Data*, n.d.). (López-Cortacans et al., 2021).

Pregunta de investigación

Cuál es la prevalencia de la depresión en el personal sanitario del área crítica que atendieron durante la pandemia del COVID-19 durante el año 2020 y 2021 en el Hospital General Manuel Ygnacio Monteros después de 2 años de pandemia por COVID-19.

La relación que existe entre la depresión que es parte de la salud mental y el ámbito laboral del personal sanitario, ha tenido una alta incidencia y prevalencia, que hace que el estudio tome forma y sobre todo relevancia, ya que existe poca o nula información acerca del tema desarrollado en nuestro sistema de salud Ecuatoriano, los estudios revisados tienen resultados positivos y se plantea la concordancia que existe ya que todos los estudios indican que la depresión en el personal sanitario ha alcanzado cifras muy altas al estar en primera línea, la mayor parte de los estudios se realizó cuando existía un punto crítico de los sistemas de salud, es decir estaban colapsados y en esta situación el personal sanitario se sometió a mucha carga laboral y emocional, además el tema de estudio toma una gran importancia ya que se hará 2 años posterior al primer brote por SARS-CoV-2 en nuestro país, Ecuador. (Vizheh et al., 2020) (Salari et al., 2020) (Monterrosa-Castro et al., 2020).

Objetivo general

Identificar la prevalencia de depresión en el personal sanitario que laboró en el área crítica del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros, que estuvo sometida a una elevada carga emocional y física durante los años 2020 y 2021 derivada de la pandemia por SARS CoV2 (COVID-19).

Objetivos específicos

- Determinar la relación de síntomas depresivos con las variables sociodemográficas.

- Identificar la población en riesgo de depresión para poder implementar un plan de acción para mitigar las consecuencias de esta enfermedad.
- Comunicar a las autoridades competentes los resultados obtenidos en la investigación.

Revisión de literatura

El síndrome Respiratorio Agudo Severo – Coronavirus – 2 (SARS-CoV-2), tiene su etiología en “Corona Virus Disease-2019” (COVID-19). Este virus tuvo su origen en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, en diciembre del 2019. Un grupo de trabajadores locales informaron síntomas respiratorios similares a los causados por neumonía y de etiología no identificada, epidemiológicamente se relacionaba con un mercado local de mariscos en donde se comercializaba animales silvestres tanto vivos como preparados en alimentos, inicialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo bautizo con el nombre de 2019-novel Coronavirus (2019-nCoV), en febrero de 2020 fue rebautizado por el Grupo de estudio de Coronavirus con el nombre de SARS-CoV-2. El 30 de enero del 2020 la OMS emitió una PHEIC alerta de Emergencia de salud pública de interés internacional por sus siglas en inglés, en marzo del mismo año la OMS declaró a la COVID-19 como pandemia. (Ganesh et al., 2021)

El SARS-CoV-2 se puede clasificar en cuatro estadios, como son enfermedad leve (asintomático o síntomas leves respiratorios, no desarrollan neumonía vírica), moderada (desarrollo de neumonía, umbral de oxígeno 90%), grave (neumonía grave, taquipnea, disnea con saturación de oxígeno menor de 90%) y crítica que a su vez presenta complicaciones generales como son el Síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), síndrome séptico (disfunción orgánica aguda), choque séptico (lactato sérico mayor 2 mmol/l e hipotensión persistente), trombosis aguda (Tromboembolia venosa aguda, síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular agudo) y síndrome inflamatorio multisistémico (0 a 19 años, manifestaciones dermatológicas, hipotensión o choque). (World Health Organization (WHO), 2021).

Se han descrito varias variantes del SARS-CoV-2 durante la evolución de la pandemia, según la OMS hasta el 11 de diciembre de 2021 se han identificado 5 variantes principales que aún están presentes en nuestro medio local hasta la publicación de esta investigación y son:

- Original, descrita en China a finales de diciembre del 2019 y con extensión mundial.
- Alpha, descrita en Reino Unido en diciembre de 2020, extensión principalmente en Europa, Oceanía y Norteamérica.
- Beta, reportado en Sudáfrica en diciembre 2020, con extensión mayoritariamente en África.

- Gamma, reportada en Brasil en enero del 2021, diseminada principalmente en América Latina y el Caribe.
- Delta, reportada en la India en diciembre 2020 con extensión mundial.
- Ómicron, reportada en el sur de África, Botsuana en noviembre 2021, con diseminación a nivel Mundial, se reportó 10 veces más carga viral en tejido pulmonar que la cepa original. (Lorente-González et al., 2022) (Casella et al., 2022).

Los síntomas por COVID-19 en la gran mayoría de los casos presentan fiebre con un porcentaje de 83% hasta el 99%, la tos se presenta con un 59% a un 82%, astenia con un 44% hasta un 70%, anorexia se presenta con un 40% a 84%, disnea o dificultad para respirar con un 31% a 40% y mialgias o dolores musculares con un 11% a 35%, así también se han reportaron síntomas como el dolor de garganta u odinofagia, congestión nasal y otros síntomas poco comunes fueron las cefaleas, diarrea, náusea y vómito con una incidencia del 28%, 77%, 77% y 79% respectivamente. Además, se reportó anosmia y ageusia antes del inicio de los síntomas respiratorios. (World Health Organization (WHO), 2021).

En la actualidad la vacunación a reducido considerablemente las muertes y hospitalizaciones derivada del SARS-CoV-2, las vacunas desarrolladas son las siguientes: Pfizer-BioNTech con 95% de eficacia, Moderna presenta un 96%, AstraZeneca-Oxford eficacia del 79%, Janssen/Johnson & Johnson con una eficacia entorno al 66%, Sputnik V la vacuna rusa con un 92% de eficacia, Sinovac presenta una eficacia que va desde el 50 a 83% y CoronaVac (51%). Se demostró que puede existir un beneficio al mezclar dos tipos de vacunas, la respuesta inmune es mayor con la administración de la vacuna de Pfizer y posterior la vacuna de AstraZeneca. (Marco et al., 2021) (Liu et al., 2021).

La Asociación Americana de Psiquiatría a través de Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) define a la depresión como un trastorno del estado del ánimo que provoca un sentimiento persistente de tristeza y pérdida de interés. (Chand & Arif, 2022).

Las causas de la depresión son multifactoriales y puede incluir tanto factores genéticos como ambientales. Los familiares directos de personas con cuadro de depresión tienen 3 veces más probabilidad de desarrollar depresión, pero esto no es concluyente ya que cualquier persona sin antecedentes familiares puede desarrollar un cuadro de depresión. (Chand & Arif, 2022).

La prevalencia de depresión es mayor en la edad comprendida entre 18 a 29 años, y es 3 veces menor en personas con 60 años o más, las mujeres padecen de 1.5 a 3 veces más cuadros de depresión que los hombres, en Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU), la depresión afecta a casi 17 millones de adultos, con una prevalencia del 7,4%. En Ecuador, un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2018 determinó que la prevalencia de discapacidad por depresión es de 8.3% ocupando el 4 puesto a nivel de toda América, detrás de

Paraguay, Brasil, Perú con un 9.4%, 9.3% y 8.6%, respectivamente. (World Health Organization (WHO), 2018).

Los síntomas depresivos comienzan con síntomas neurovegetativos como cambios en el patrón del sueño, pérdida de apetito, reducción de los niveles de energía, para realizar un diagnóstico de esta patología se debe presentar 5 de los siguientes síntomas:

- Alteración en el descanso (sueño)
- Reducción del placer o interés en realizar actividades
- Sentimientos de inutilidad o tener sentirse culpables
- Aumento de fatiga
- Deterioro de la atención y concentración al realizar actividades cotidianas
- Cambios en la alimentación con alteración del peso
- Trastornos psicomotores aparición de disgenesias
- Pensamientos e ideación suicidas
- Estado de ánimo decaído o deprimido. (Chand & Arif, 2022)

El Patient Health Questionnaire (PHQ) es el instrumento de evaluación para determinar la presencia de depresión en quienes se aplica este cuestionario, denominado PHQ-9 por el número de nueve preguntas realizadas, tiene una sensibilidad del 88% y una especificidad que va del 88% a 92% según algunos estudios en los que se aplicó el cuestionario. (Kroenke et al., 2001) (Saldivia et al., 2019).

En el 2020 con el estallido de la pandemia por SARS-CoV-2, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el equipo de estudio HEROES (The COVID-19 Health Care Workers Study, se propuso analizar el estado de salud mental de los equipos de salud durante la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. Se identificó a través de la escala PHQ.9 que la mayor parte de los 11 países de América el personal de salud presenta síntomas depresivos con un promedio de 14.7% y 22%, de los datos obtenidos La República de Venezuela fue el país con la incidencia mas baja de sospecha de depresión con un 13%, otro lado Chile fue el país con mas participantes con sospecha de un episodio depresivo con el 36.7%. En este estudio HEROES, Ecuador no brindo información sobre su personal de salud por lo que se encasilló como países sin datos. Además, en este estudio se identificó que las causas del incremento del malestar psicológico y los síntomas depresivos son el contacto directo con pacientes con patología respiratoria por COVID-19, tener compañeros de área que fallecieron por SARS-CoV-2 y soportar algunos conflictos con familiares de pacientes con patología por SARS-CoV-2. Otro factor laboral que incrementó el malestar psicológico y los síntomas depresivos en el personal de salud fue el cambio de funciones durante la pandemia por SARS-CoV-2. (OPS, 2022)

Una revisión sistemática sobre el impacto de las epidemias virales en la salud mental como son la ansiedad, depresión, estrés en los trabajadores de la salud determinó que la prevalencia del trastorno de estrés agudo es del 40%, la ansiedad presento un 30%, la depresión 24% y por último el trastorno de estrés

postraumático con un 13%. Este estudio no solo incluye a la COVID 19, sino además SARS, MERS COV, virus de la gripe H1N1, Ébola y virus de la gripe H7N9. (Serrano-Ripoll et al., 2020)

Un estudio español realizado durante la primera ola de COVID-19 en 4145 trabajadores de la salud determina que existe un 30% de bajas laborales en enfermeras y 20% de médicos, así también un 57% es decir más de la mitad de los encuestados reportan agotamiento físico y un 48% agotamiento emocional en relación con el estado prepandemia en donde los valores estaban entre el 18,6 a 19%, de igual manera en este estudio se identificó que existe un aumento en la idea de abandonar la profesión sanitaria y jubilación anticipada. (Buitrago Ramírez et al., 2022)

En Brasil un estudio realizado a 529 trabajadores de la salud en el que el 66.7% de los participantes era personal de enfermería determinó que los niveles de depresión, ansiedad y estrés eran de un 48.6%, 55% y 47,9% respectivamente, datos obtenidos aplicando DASS-21, resultados similares a otros estudios realizados en África y España. (Garcia et al., 2022) (Turan et al., 2022) (Vizheh et al., 2020).

Un estudio realizado en Turquía comprobó que trabajar en hospitales públicos, trabajar en áreas que contienen un alto riesgo de infección por COVID-19 y tener antecedentes de infección por COVID-19, están significativamente asociados con el agotamiento emocional, la despersonalización y la desesperanza. (Karagöl & Törenli Kaya, 2022)

Una revisión sistemática realizada en países de Europa y EEUU sobre el impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea logro identificar que entre un 25% y un 31% del total de profesionales sanitarios mostraron síntomas de depresión en Italia, en personal sanitario de Turquía el porcentaje llego al 65% de este valor el 20% era una depresión severa o extremadamente severa. En esta revisión sistemática se identifico que el personal de enfermería presentaba síntomas depresivos con un 53%, por otra parte, los síntomas de presión afectaron mayoritariamente a las mujeres, personas solteras y grupos de menor edad o con menos experiencia laboral. (Danet Danet, 2021a)

JUSTIFICACIÓN Y APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico analítico en el área crítica del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja.

La población por estudiar en primera instancia fue conformada por 115 trabajadores sanitarios divididos en médicos residentes, médicos tratantes, personal de enfermería, auxiliares de enfermería, operadores de ambulancia y paramédicos que laboraron en el área crítica es decir emergencia, cuidados intensivos o ambas dependencias durante la pandemia SARS-CoV-2 en los años 2020 y 2021.

Debido a que no se completaron los requisitos que a continuación se mencionan la población de estudio fue de 75 participantes.

Selección de población sujeta a estudio:

Criterios de inclusión:

1. Mayores de 18 años
2. Personal sanitario masculino y femenino
3. Firma de consentimiento informado de estudio
4. Personal que laboró en el área crítica 2020-2021
5. Personal sanitario: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros.
6. Personal sanitario que laboró con pacientes respiratorios en un tiempo mínimo de 1 mes.

Criterios de exclusión:

1. Menores de 18 años
2. Personal que no acepte consentimiento informado
3. Personal que no laboró en el área crítica durante 2020 y 2021.
4. Personal que no laboró por al menos 1 mes en el área crítica en los años de estudio.
5. Personal con diagnóstico previo de depresión o alguna patología de salud mental.

Criterios de eliminación:

1. Personal sanitario que no responda la encuesta a utilizar

El personal de salud del área crítica del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros desarrolló una encuesta virtual por medio del aplicativo Google Forms donde se desarrolló el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) conformado por 9 preguntas entre las que se presentan:

1. Poco interés o placer en hacer las cosas
2. Se ha sentido decaído (a), deprimido (a) o sin esperanzas.
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido (a) o ha dormido demasiado.

4. Se ha sentido cansado (a) o con poca energía.
5. Sin apetito o ha comido en exceso.
6. Se ha sentido mal con usted mismo (a) o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo (a) o con su familia.
7. Ha sentido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión.
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podría haberlo notado? O lo contrario – muy inquieto (a) o agitado (a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal.
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto o de lastimarse de alguna manera. (Kroenke et al., 2001) (Anexo 1).

Otras variables sociodemográficas implementadas son la edad, el sexo, la dependencia y el cargo desarrollado durante la pandemia por la COVID-19. Todos los datos obtenidos se desarrollaron en el software Epi Info. (*Epi Info*TM | CDC, n.d.)

RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia por Sexo.
Universidad de las Américas. N=75.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.
Hombre	32	42.67%	42.67%
Mujer	43	57.33%	100.00%
Total	75	100.00%	100.00%

Autor: Camilo Andrés Tene Castillo

Fuente: Base de datos Área Crítica Hospital General Manuel Ygnacio Monteros. 2022.

En la tabla 1, se muestra el número total de encuestados en relación con el sexo en el que el 57.33% es Mujer y el 42.67% es Hombre, este último valor representa un número de 32 encuestados.

Tabla 2. Frecuencia por Edad.
Universidad de las Américas. N= 75.

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.
20 - 29 años	11	14.67%	14.67.33%
30 - 39 años	46	61.33%	76.00%
40 - 49 años	8	10.67%	86.67%
50 años o más	10	13.33%	100.00%
Total	75	100.00%	100.00%

Autor: Camilo Andrés Tene Castillo

Fuente: Base de datos Área Crítica Hospital General Manuel Ygnacio Monteros. 2022.

En la tabla 2 se determina que el grupo etario con más participantes es el comprendido por las edades de 30 a 39 años con un porcentaje de 61.33%, seguido por el grupo etario de 20 a 29 años con un 13.67%, el grupo con menos participantes es el comprendido por 50 años o más con un 13.33%.

Tabla 3. Frecuencia por Cargo Desempeñado.
Universidad de las Américas. N= 75.

CARGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.
Auxiliar Enfermería	7	9.33%	9.33%
Enfermero/a	12	16.00%	25.33%
Médico/a Residente	32	42.67%	68.00%
Médico/a Tratante	9	12.00%	80.00%

Operador de Ambulancia	9	12.00%	92.00%
Paramédico/a	6	8.00%	100.00%
Total	75	100.00%	100.00%

Autor: Camilo Andrés Tene Castillo

Fuente: Base de datos Área Crítica Hospital General Manuel Ygnacio Monteros. 2022.

En la tabla 3 se muestra la frecuencia de los encuestados por el cargo desempeñado durante la pandemia en los años 2020 y 2021, los médicos residentes representan un 42.67% con 32 encuestados, el mejor porcentaje de encuestados son los Paramédico/as con un 8%.

Tabla 4. Frecuencia por dependencia.
Universidad de las Américas. N= 75.

DEPENDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Cum.
Ambas	19	25.68%	25.68%
Emergencia	50	67.57%	93.24%
Unidad de Cuidados Intensivos	5	6.76%	100.00%
Total	74	100.00%	100.00%

Autor: Camilo Andrés Tene Castillo

Fuente: Base de datos Área Crítica Hospital General Manuel Ygnacio Monteros. 2022.

Dentro de los encuestados se muestra que el número de personal sanitario que trabajó en emergencia, unidad de cuidados intensivos y en ambas dependencias representan un 67,57%, 6,76% y 25,68% respectivamente, haciéndose evidente con este último valor, la existencia de rotación de personal tanto en emergencia y cuidados intensivos.

Tabla 5. Frecuencia de Cargo Desempeñado por Sexo, Edad y Dependencia
Universidad de las Américas. N= 75.

VARIABLES	CATEGORIAS	CARGO DESEMPEÑADO					
		AUX. ENFERMERIA	ENFERMERO/A	MEDICO/A RESIDENTE	MEDICO/A TRATANTE	OP. DE AMBULANCIA	PARAMÉDICO
SEXO	HOMBRE	1 (3.13)	0 (0.00)	15 (46.88)	6 (18.75)	9 (28.13)	1 (3.13)
	MUJER	6 (13.95)	12 (27.91)	17 (39.53)	3 (6.98)	0 (0.00)	5 (11.63)
EDAD	20 - 29 AÑOS	1 (14.29)	0 (0.00)	10 (31.25)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
	30 - 39 AÑOS	4 (57.14)	9 (75.00)	22 (68.75)	6 (66.67)	1 (11.11)	4 (66.67)
	40 - 49 AÑOS	0 (0.00)	3 (25.00)	0 (0.00)	3 (33.33)	0 (0.00)	2 (33.33)
	50 AÑOS O MAS	2 (28.57)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	8 (88.89)	0 (0.00)
DEPENDENCIA	EMERGENCIA	5 (71.43)	11 (91.67)	18 (56.25)	7 (77.78)	3 (37.50)	6 (100.00)
	UCI	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (15.63)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
	AMBAS	2 (28.57)	1 (8.33)	9 (28.13)	2 (22.22)	5 (62.50)	0 (0.00)

Autor: Camilo Andrés Tene Castillo

Fuente: Base de datos Área Crítica Hospital General Manuel Ygnacio Monteros. 2022.

En la tabla 5 se visualiza las frecuencias entre el cargo desempeñado con el sexo, edad y dependencia en la que trabajaron los encuestados, el personal de enfermería está representado por 12 mujeres en las que en su mayoría laboraron en la sala de emergencia con un 91.67%, la edad predominante en los médicos residentes es la edad comprendida entre los 30 a 39 años con 22 participantes, de estos 9 residentes trabajaron en ambas dependencias tanto Emergencia como la Unidad de Cuidados Intensivos.

Tabla 6. Tabulación cruzada entre variables Sexo, Edad, Cargo y Dependencia con PHQ9 (Síntomas depresivos)
Universidad de las Américas. N= 75.

VARIABLES	CATEGORIAS	SINTOMAS DEPRESIVOS		CHI CUADRADO
		NO	SI	
SEXO	HOMBRE	26 (45.61)	6 (33.33)	0.421
	MUJER	31 (54.39)	12 (66.67)	
EDAD	20 - 29 AÑOS	7 (12.28)	4 (22.22)	0.302
	30 - 39 AÑOS	34 (59.65)	12 (66.67)	
	40 - 49 AÑOS	8 (14.04)	0 (0.00)	
	50 AÑOS O MAS	8 (14.04)	2 (11.11)	
CARGO	AUX. ENFERMERIA	4 (7.02)	3 (16.67)	0.245
	ENFERMERO/A	11 (19.30)	1 (5.56)	
	MEDICO/A RESIDENTE	21 (36.84)	11 (61.11)	
	MEDICO/A TRATANTE	8 (14.04)	1 (5.56)	
	OPERADOR DE AMBULANCIA	8 (14.04)	1 (5.56)	
	PARAMÉDICO/A	5 (8.77)	1 (5.56)	
DEPENDENCIA	EMERGENCIA	41 (73.21)	9 (50.00)	0.076
	CUIDADOS INTENSIVOS	2 (3.57)	3 (16.67)	
	AMBAS	13 (23.21)	6 (33.33)	

Autor: Camilo Andrés Tene Castillo

Fuente: Base de datos Área Crítica Hospital General Manuel Ygnacio Monteros. 2022.

En la tabla 6 se visualiza la relación entre las variables sexo, edad, cargo y dependencia con la aplicación del score PHQ-9 para determinar la presencia de síntomas depresivos, se puede identificar que 57 participantes no presentan síntomas depresivos y 18 participantes con el 24% si presentan síntomas depresivos, por otra parte el sexo femenino presenta más casos con síntomas depresivos con un total de 12 casos que equivale al 66.67% del total de los casos con síntomas depresivos, de igual manera la edad con más casos de depresión es la comprendida entre los 30 a 39 años seguida de la edad entre 20 a 29 años

con un total de 66.66% y 22.22% respectivamente. El cargo de médico residente es el que tiene más participantes con síntomas depresivos con un 61.11%, seguido del personal de auxiliares de enfermería con un 16.67%, el resto de los cargos presentan un porcentaje similar. La dependencia con más casos de síntomas depresivos fue emergencia con un 50%. Por último, se realizó el cálculo de chi cuadrado entre la relación del sexo, edad, cargo, dependencia y la presencia de síntomas depresivos, en todos los casos el valor obtenido de chi cuadrado es mayor a la significancia esperada de 0.05% o 0.01%, por lo que se determina que si existe relación entre los síntomas depresivos y las variables sexo, edad, cargo desempeñado y dependencia.

Tabla 7. Regresión logística, variable dependiente PHQ-9 (síntomas depresivos)

Universidad de las Américas. N= 75.

VARIABLES	CATEGORIAS	SINTOMAS DEPRESIVOS		CHI CUADRADO
		ORC (IC 95%)	ORA (IC 95%)	
SEXO	HOMBRE	1		0.001
	MUJER	1.67 (0.552-5.088)		
EDAD	20 - 29 AÑOS	1		0.967
	30 - 39 AÑOS	0.617 (0.153 - 2.488)		
	40 - 49 AÑOS	0.00 (0.000 - > 1.001)		
	50 AÑOS O MAS	0.437 (0.060 - 3.160)		
CARGO	AUX. ENFERMERIA	1		0.672
	ENFERMERO/A	0.121 (0.009 - 1.531)		
	MEDICO/A RESIDENTE	0.698 (0.132 - 3.692)		
	MEDICO/A TRATANTE	0.166 (0.0129 - 2.159)		
	OP. DE AMBULANCIA	0.166 (0.012 - 2.159)		
	PARAMÉDICO	0.266 (0.019 - 3.653)		
DEPENDENCIA	EMERGENCIA	1		0.05
	CUIDADOS INTENSIVOS	6.832 (0.992 - 47.036)		
	AMBAS	2.102 (0.629 - 7.028)		

Autor: Camilo Andrés Tene Castillo

Fuente: Base de datos Área Crítica Hospital General Manuel Ygnacio Monteros. 2022.

En la tabla 7, se visualiza la regresión logística efectuada a la variable dicotómica síntomas depresivos con la aplicación del cuestionario para depresión (PHQ-9), en base a esto podemos determinar que la categoría Mujer, cuidados intensivos y haber trabajado en ambas dependencias tanto emergencia como cuidados intensivos tiene una fuerte relación con el desarrollo de síntomas depresivos. En la variable edad, las categorías comprendidas en las edades de 30 a 39 años, 40 a 49 años y 50 años o más, tienen un valor de odds ratio menor a 1, por lo que se considera que la exposición es un factor protector para la variable depresión. En la variable cargo desempeñado no se determinó una relación con la variable respuesta (síntomas depresivos).

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTA DE SOLUCIÓN

En la realización de esta investigación se ha obtenido un resultado bastante sorprendente en la prevalencia de síntomas depresivos en el personal sanitario del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros de la ciudad de Loja del área crítica ya que la depresión alcanza el 24%, este resultado es muy elevado puesto que actualmente llevamos más de 2 años de iniciada la pandemia por SARS-CoV-2, el valor obtenido es concordante con una revisión sistemática realizada en países Europeos y de EEUU en el que los profesionales sanitarios italianos presentaban síntomas depresivos entre un 25 y 31%, recordando que los valores de depresión en otro país europeo como es España el valor de depresión pre pandémico estaba alrededor del 18 a 19%, sin escatimar el valor obtenido un estudio realizado en Brasil, un país sudamericano, durante la primera oleada por SARS-CoV-2 y el desarrollo de la ola por la variante Gamma, el valor de depresión era del 55%, en este contexto se podría decir que el valor del 24% obtenido pudo haber sido más elevado durante las oleadas sufridas por el personal sanitario del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros durante el año 2020 y 2021. (Danet Danet, 2021b) (Buitrago Ramírez et al., 2022) (García et al., 2022).

En el año 2018 la Organización Mundial de la Salud realizó un estudio en donde se identificó que las mujeres experimentan de 1.5 a 3 veces más síntomas depresivos que en comparación con los hombres, este resultado sigue marcando tendencia ya que en los resultados obtenidos en la investigación determina que el 66.67% del total de casos con síntomas depresivos son del sexo femenino, además otros estudios indican que aparte de las mujeres quienes declaran más síntomas depresivos son las personas solteras, grupos de menor edad o con menos experiencia laboral, los datos obtenidos recalcan estos datos puesto que la edad que presentó más síntomas depresivos en la investigación fue la comprendida entre 30 a 39 años con un 66.66%, seguida de la comprendida entre los 20 a 29 años, con un 22.22%, adicional a este valor es necesario recalcar que el Sistema de Salud Ecuatoriano sufrió un declive en la atención a pacientes con sintomatología respiratoria y el gobierno Ecuatoriano autorizó la contratación de nuevo personal tanto médico como de enfermería mediante la Resolución Nro.: 00026-2020 de 18 de marzo de 2020, el nuevo personal fue enviado directamente a primera línea en las áreas de emergencia y cuidados intensivos y en algunos casos sin experiencia laboral previa, por lo que en este grupo de edad se concentra la mayor parte de síntomas depresivos. Aplicando la regresión logística a los datos obtenidos, no se logró identificar si el cargo desempeñado, es decir, médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, paramédicos u operadores de ambulancia tenían una estrecha relación con el desarrollo de síntomas depresivos. (World Health Organization (WHO), 2018) (OPS, 2022) (Ecuador, 2020).

Otro valor importante obtenido aplicando regresión logística a los datos estadísticos, se determinó que el haber trabajado en cuidados intensivos o en ambas dependencias, es decir tanto en emergencia como en cuidados intensivos tiene una fuerte relación de desarrollar síntomas depresivos, este valor obtenido

nos refleja que este personal se sometió a una alta carga laboral como emocional que desarrolla depresión, el estudio HEROES (The COVID-19 Health Care Workers Study) confirma que uno de los factores laborales que incrementa el malestar psicológico y síntomas depresivos es el cambio de funciones durante la pandemia por el COVID-19. Un estudio realizado a 56 Unidades de Cuidados intensivos de Inglaterra sobre el bienestar psicológico y salud mental, antes (noviembre y diciembre 2020), durante (enero y febrero 2021) y después (abril y mayo 2021) de la ola por SARS-CoV-2 en temporada invernal, determinó que la depresión moderada fue más común con un antes: 40.5% durante: 52.3% y después de 33.9%, esto confirma que el haber trabajado en cuidados intensivos tiene una estrecha relación con el desarrollar síntomas depresivos. (OPS, 2022) (Hall et al., 2022).

El estudio realizado tuvo una limitación bastante importante y es que algunos de los incluidos a participar en el estudio no desearon incorporarse en la investigación por lo que no respondieron la encuesta enviada vía virtual, esto generó un cambio puesto que al principio se incluyó un total de 115 participantes de los cuales al final de la encuesta la muestra recolectada fue de 75 participantes, una de las dependencias que menos participó fue la de cuidados intensivos y el personal con menos participación fueron enfermería y auxiliares de enfermería.

Debido al alto porcentaje de síntomas depresivos en el personal sanitario del área crítica del Hospital General Manuel Ygnacio Monteros es sugerente realizar un plan de acción en beneficio de los trabajadores de la salud que pertenecen a esta área, como es cuidados intensivos y emergencia con el fin de mitigar los síntomas depresivos que presentan y así como evitar futuras complicaciones de esta patología, además es necesario identificar si verdaderamente la causa de los síntomas depresivos es la pandemia por SARS-CoV-2 o si la razón yace en otra causa, ya que actualmente el sistema de salud Ecuatoriano está en crisis por el desabastecimiento de medicamentos e insumos como lo indica el Acuerdo Ministerial Nro.: 00080-2022 firmado por la Ministra de Salud Pública en junio del 2022, este desabastecimiento de medicamentos perjudica gravemente a los usuarios del sistema de salud y recae duramente la crítica en el personal sanitario que tiene que soportar altas presiones emitidas por los usuarios por el desabastecimiento de medicamentos e insumos que se vuelve un factor determinante para desarrollar síntomas depresivos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022)

Otra propuesta de intervención es ampliar la muestra de estudio a otras áreas que también estuvieron expuestas a altas presiones emocionales y laborales durante la pandemia por SAR-CoV-2, como es el piso de neumología y medicina interna en donde, en la mayoría de los hospitales y en el Hospital General Manuel Ygnacio Monteros se llegó a desplazar otras áreas como cirugía, medicina interna, con el fin de mantener la sala de COVID-19, realizando esta investigación se podría identificar síntomas depresivos y sus causas y así se podría emplear acciones para controlar la depresión en el personal sanitario.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con el desarrollo de la investigación comprobamos nuestra sospecha de que la prevalencia de síntomas depresivos aun tiene un porcentaje elevado con un 24% en el Hospital General Manuel Ygnacio Monteros, recordando que los niveles pueden estar similares o en mayor magnitud en otros Hospitales del País puesto que actualmente el abordaje de la salud mental aún está lejos de tener una iniciativa ya que han pasado 2 años de pandemia por SARS-CoV-2 y no se ha realizado una intervención.

Una debilidad del proyecto fue que no existió la apertura necesaria para poder incluir a toda la muestra pactada desde un principio, pero esto no limitó el estudio ya que se obtuvo los resultados esperados.

Es necesario aplicar otras pruebas en el personal sanitario para determinar otras patologías derivadas de la salud mental, como es la ansiedad, síndrome de burnout, trastorno por estrés postraumático, déficit de atención e hiperactividad (TSAH), etc. En esta ocasión se propuso identificar la prevalencia de depresión ya que es uno de los indicadores que actualmente tiene alta incidencia junto con el burnout, por lo que se sugiere a posteriores investigaciones aplicar test para determinar otros trastornos de la salud mental.

Debido a que no se ha realizado estudios de este tipo a nivel Nacional, es necesario motivar a los nuevos salubristas a prestar más atención a la salud mental ya que es una patología de que la mayoría del personal de salud no habla del tema porque constantemente esta frente a situaciones de gran desgaste emocional y muchas de las veces se hace parte de nuestro diario convivir y por lo tanto la tolerancia es mas elevada.

REFERENCIAS

- Ayanian, J. Z. (2020). Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care. *JAMA Health Forum*, 1(4), e200397–e200397. <https://doi.org/10.1001/JAMAHEALTHFORUM.2020.0397>
- Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. del C., & Tizón, J. L. (2022). COVID-19 pandemic: Effects on the mental health of healthcare professionals. *Atencion Primaria*, 54(7). <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2022.102359>
- Cascella, M., Rajnik, Mi., Aleem, A., Dulebohn, S., & Di Napoli, R. (2022, January 30). *Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19)* - *PubMed*. StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 32150360. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150360/>
- Chand, S. P., & Arif, H. (2022). Depression. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>
- Coronavirus en Ecuador: el drama de Guayaquil, que tiene más muertos por covid-19 que países enteros y lucha a contrarreloj para darles un entierro digno* - *BBC News Mundo*. (n.d.). Retrieved August 21, 2022, from <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52116100>
- COVID-19 Data Explorer - Our World in Data*. (n.d.). Retrieved August 22, 2022, from <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?facet=none&Metric=Confirmed+deaths&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=~ECU>
- Danet Danet, A. (2021a). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clinica*, 156(9), 449. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2020.11.009>
- Danet Danet, A. (2021b). Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. *Medicina Clinica*, 156(9), 449. <https://doi.org/10.1016/J.MEDCLI.2020.11.009>
- Díaz-Castrillón, F. J., & Toro-Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el

- virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*, 24(3), 183–205.
<https://doi.org/10.36384/01232576.268>
- Ecuador, R. O. R. del. (2020). *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA RESOLUCIÓN N° 00026-2020*.
- Epi Info™* | CDC. (n.d.). Retrieved July 10, 2022, from https://www.cdc.gov/epiinfo/esp/es_index.html
- Ganesh, B., Rajakumar, T., Malathi, M., Manikandan, N., Nagaraj, J., Santhakumar, A., Elangovan, A., & Malik, Y. S. (2021). Epidemiology and pathobiology of SARS-CoV-2 (COVID-19) in comparison with SARS, MERS: An updated overview of current knowledge and future perspectives. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 10, 100694.
<https://doi.org/10.1016/J.CEGH.2020.100694>
- Garcia, G. P. A., Fracarolli, I. F. L., Dos Santos, H. E. C., de Oliveira, S. A., Martins, B. G., Junior, L. J. S., Marziale, M. H. P., & Rocha, F. L. R. (2022). Depression, Anxiety and Stress in Health Professionals in the COVID-19 Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph19074402>
- Hall, C. E., Milward, J., Spoiala, C., Bhogal, J. K., Weston, D., Potts, H. W. W., Caulfield, T., Toolan, M., Kanga, K., El-Sheikha, S., Fong, K., & Greenberg, N. (2022). The mental health of staff working on intensive care units over the COVID-19 winter surge of 2020 in England: a cross sectional survey. *British Journal of Anaesthesia*, 128(6), 971–979.
<https://doi.org/10.1016/J.BJA.2022.03.016>
- Karagöl, A., & Törenli Kaya, Z. (2022). Healthcare workers' burn-out, hopelessness, fear of COVID-19 and perceived social support levels. *European Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1016/J.EJPSY.2022.01.001>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606. <https://doi.org/10.1046/J.1525-1497.2001.016009606.X>
- Liu, X., Shaw, R. H., Stuart, A. S. V., Greenland, M., Aley, P. K., Andrews, N. J., Cameron, J. C., Charlton, S., Clutterbuck, E. A., Collins, A. M., Dinesh, T.,

- England, A., Faust, S. N., Ferreira, D. M., Finn, A., Green, C. A., Hallis, B., Heath, P. T., Hill, H., ... Allen, L. (2021). Safety and immunogenicity of heterologous versus homologous prime-boost schedules with an adenoviral vectored and mRNA COVID-19 vaccine (Com-COV): a single-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet (London, England)*, *398*(10303), 856. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01694-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01694-9)
- López-Cortacans, G., Pérez-García, M., Pérez-García, R., & Pérez-García, D. (2021). Síndrome de burnout y efectos adversos: la prevención ineludible. *Atencion Primaria*, *53*(10). <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2021.102154>
- Lorente-González, M., Suarez-Ortiz, M., & Landete, P. (2022). Evolution and Clinical Trend of SARS-CoV-2 Variants. *Open Respiratory Archives*, *4*(2). <https://doi.org/10.1016/J.OPRESP.2022.100169>
- Marco, J. J. G., Pasquín, M. J. Á., & Martín, S. M. (2021). Efectividad y seguridad de las vacunas para el SARS-CoV-2 actualmente disponibles. *Fmc*, *28*(8), 442. <https://doi.org/10.1016/J.FMC.2021.07.001>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2022). *Acuerdo Ministerial 00080-2022*.
- Monterrosa-Castro, A., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Florez-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, *23*(2), 195–213. <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- OPS. (2022). The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES) INFORME REGIONAL DE LAS AMÉRICAS. *OPS/NMH/MH/COVID-19/22-0001*, 52. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55563/OPSNMHMHCVID-19220001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Salari, N., Khazaie, H., Hosseinian-Far, A., Khaledi-Paveh, B., Kazeminia, M., Mohammadi, M., Shohaimi, S., Daneshkhah, A., & Eskandari, S. (2020). The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression. *Human Resources for Health*, *18*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12960-020-00544-1/TABLES/2>
- Saldivia, S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., Rincón, P., Saldivia,

- S., Aslan, J., Cova, F., Vicente, B., Inostroza, C., & Rincón, P. (2019). Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Revista Médica de Chile*, *147*(1), 53–60. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000100053>
- Sánchez Valverde, A. J., Miranda Temoche, C. E., Castillo Caicedo, C. R., Arellano Hernández, N. B., Tixe Padilla, T. M., Sánchez Valverde, A. J., Miranda Temoche, C. E., Castillo Caicedo, C. R., Arellano Hernández, N. B., & Tixe Padilla, T. M. (2021). Covid-19: fisiopatología, historia natural y diagnóstico. *Revista Eugenio Espejo*, *15*(2), 98–114. <https://doi.org/10.37135/EE.04.11.13>
- Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R., & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *277*, 347–357. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2020.08.034>
- Turan, O., Demirci, N. Y., Güntülü, A. K., Akçay, Ş., Aktürk, Ü. A., Bilaçeroğlu, S., Coşkun, F., Köktürk, O., Mirici, A., Özdemir, C., Şen, N., & Yilmaz, Ü. (2022). Anxiety and depression levels of healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *African Health Sciences*, *22*(1), 532–540. <https://doi.org/10.4314/ahs.v22i1.62>
- Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S. M., Muhidin, S., Javanmard, Z., & Esmaili, M. (2020). The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, *19*(2), 1967–1978. <https://doi.org/10.1007/S40200-020-00643-9/TABLES/2>
- World Health Organization (WHO). (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
- World Health Organization (WHO), T. U. N. C. F. (UNICEF). (2021). Manejo

clínico de la COVID-19. *WHO/2019-NCoV/Clinical/2021.1.*

ANEXOS

Anexo 1

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

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