



**Estrés, ansiedad y depresión en personal médico del Hospital Universitario de la
Samaritana durante la pandemia SARS-CoV2/COVID-19**

Laura Victoria Mora Torijano

10241512198

Universidad Antonio Nariño

Programa Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Ciudad, Colombia

2021

**Estrés, ansiedad y depresión en personal médico del Hospital Universitario de la
Samaritana durante la pandemia SARS-CoV2/COVID-19**

Laura Victoria Mora Torijano

Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Psicóloga

Director (a):

Mg. Sonia Rodriguez Rodriguez

Línea de Investigación:

Psicología clínica y de la salud

Grupo de Investigación:

Esperanza y vida

Universidad Antonio Nariño

Programa Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Ciudad, Colombia

2021

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado

_____.

Cumple con los requisitos para optar

Al título de _____.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Ciudad, Día Mes Año.

Tabla de contenido

Pág.

Lista de tablas	¡Error! Marcador no definido.
Resumen.....	¡Error! Marcador no definido.
Abstract	¡Error! Marcador no definido.
Introducción	¡Error! Marcador no definido.
1. Planteamiento del problema	¡Error! Marcador no definido.
2. Objetivos.....	¡Error! Marcador no definido.
Objetivo general	¡Error! Marcador no definido.
Objetivos específicos	¡Error! Marcador no definido.
3. Justificación	¡Error! Marcador no definido.
4. Marco teórico.....	¡Error! Marcador no definido.
4.1. Riesgo psicosocial y salud mental en personal médico	¡Error!
Marcador no definido.	
4.2. Síndrome Respiratorio Agudo Severo COVID-19	¡Error!
Marcador no definido.	
4.3. Estrés y factores neurobiológicos asociados	¡Error! Marcador no definido.
4.4. Ansiedad y factores neurobiológicos asociados	¡Error! Marcador no definido.
4.5. Depresión y factores neurobiológicos asociados	¡Error! Marcador no definido.
4.6. Estrés, ansiedad y depresión en personal médico durante la pandemia	¡Error! Marcador no definido.
5. Marco Contextual	¡Error! Marcador no definido.
6. Diseño metodológico.....	¡Error! Marcador no definido.
Procedimiento	¡Error! Marcador no definido.
Plan de análisis	¡Error! Marcador no definido.
Aspectos éticos	
4. Resultados.....	¡Error! Marcador no definido.
5. Discusión	¡Error! Marcador no definido.
6. Conclusiones.....	¡Error! Marcador no definido.
Recomendaciones	¡Error! Marcador no definido.
Referencias.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 1.	
Anexo 2.	

Anexo 3.
Anexo 4.

Lista de tablas

Tabla 1 *Edad, sexo, estado civil*

Tabla 2 *Profesión, servicio al que pertenece, área, tipo de contratación*

Tabla 3 *Definición conceptual y operacional de variables*

Tabla 4 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en el personal médico del HUS*

Tabla 5 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por servicio al que pertenece*

Tabla 6 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por área*

Tabla 7 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por género*

Tabla 8 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por estado civil*

Tabla 9 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico con o sin hijos*

Tabla 10 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico que vive solo* **Tabla**

11 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico que convive con padres y/o hermanos*

Tabla 12 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico que convive con cónyuge*

Tabla 13 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por profesión*

Tabla 14 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por nivel de escolaridad*

Tabla 15 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por vinculación laboral*

Tabla 16 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión y consumo regular de medicamentos*

Tabla 17 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión y asistencia a consulta en salud mental*

Tabla 18 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión y asistencia a consulta psicológica*

Tabla 19 *Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por asistencia a consulta psiquiatría*

Tabla 20 *Prevalencia en médicos que toman medicamentos para regular el estrés, ansiedad y depresión*

Tabla 21 *Prevalencia en médicos que toman complementos naturales/herbales/bioenergéticos o similares para modular el estrés, ansiedad y depresión*

Tabla 22 *Prevalencia en médicos que realizan actividad / ejercicio / (meditación, respiración, actividad deportiva, yoga, etc.) para modular el estrés ansiedad y/o depresión*

Agradecimientos

Mis sinceros agradecimientos a mi asesora Sonia Rodriguez Rodriguez por su paciencia, apoyo e incentivación. Al Hospital Universitario de la Samaritana, al Dr. Guillermo León, líder del Centro de Investigación y a Diana Marcela Espitia. Al Grupo de Investigación Mangradora, que me acogió y me guió durante el proceso y recolección de datos; a los médicos anesthesiologos Victor Hugo Gonzalez Cardenas y Yonny Mena Mendez.

Resumen

La presente investigación se desarrolla con el propósito de analizar las respuestas de estrés, ansiedad y depresión en médicos que se encuentran en primera línea de atención durante la pandemia en el HUS. Para ello se desarrolla una investigación cuantitativa con un alcance descriptivo y transversal. En el estudio participaron una muestra de 155 médicos a quienes se le aplica la Escala de Depresión, Ansiedad y Ansiedad (DASS-21) y la ficha de características sociodemográficas. Los hallazgos encontrados demuestran una prevalencia del 32,9% asociado a estrés, el 29% refiere síntomas asociados a ansiedad, y el 27,1% a depresión. Se evidencia una mayor prevalencia de síntomas en quienes tenían antecedentes de consulta por salud mental y una menor prevalencia de EAD en casados con hijos, maestrantes y especialistas.

Palabras claves: estrés, ansiedad, depresión, médicos, pandemia, SARS-CoV2, COVID-19

Abstract

The present investigation is established with the purpose of analyzing the responses of stress, anxiety and depression in physicians who are in the first line of care during the pandemic in the HUS. That's why we develop quantitative research with a descriptive and transversal scope. A sample of 155 doctors participated in the study to whom the Stress, Anxiety and Depression Scale (EAD) DASS-21 and the sociodemographic characteristics sheet were applied.

The findings found show a prevalence of 32.9% associated with stress, 29% refer to symptoms associated with anxiety, and 27.1% to depression. A higher prevalence of symptoms is evidenced in those with a history of consultation for mental health and a lower prevalence of DAD in married couples with children, teachers and specialists

Keywords: stress, anxiety, depression, doctors, pandemic, SARS-CoV2, COVID-19

Introducción

La pandemia por el virus SARS-CoV2 generó a nivel mundial una emergencia sanitaria que tuvo implicaciones en la salud física y mental de la población.

La pandemia del virus SARS-CoV2 ha tenido impacto en la salud mental del personal médico. 1 de cada 10 médicos de primera línea presentan depresión y ansiedad leve (Erinoso y cols. 2020), se ha dado un aumento significativo en la ideación suicida, aumento de angustia, ansiedad y depresión especialmente en trabajadores de la salud (OMS, 2021). Los trastornos de ansiedad y depresión muestran una incidencia del 27,39% para trastornos de estrés y una tasa de ansiedad del 23,04% distribuida de la siguiente forma: severa 2,17%, moderada en 4,78% y leve 16,09%, con mayor prevalencia en mujeres (Lozano, 2020).

Profesionales sanitarios en España refirieron estrés en el 46,7%, ansiedad en 37%, depresión en el 27,4%, y problemas de sueño en 28.9% (Santamaría, 2021). La evaluación de la percepción sobre la pandemia en personal médico de Colombia encontró que un 40% refirió sentirse discriminado por su profesión, el 43% manifestó dificultades en el sueño, 20% cansancio extremo o agotamiento (Monterrosa y cols. 2020)

Realizar este estudio permitirá conocer la prevalencia del estrés, ansiedad y depresión en el personal médico que atiende en primera línea, de igual forma, definir la prevalencia por áreas, servicios, edad, genero, entre otras características sociodemográficas para determinar como estas variables se relacionan con la presencia de esta sintomatología en el personal médico.

Realizar esta investigación en el Hospital Universitario de la Samaritana, permitirá conocer las respuestas de estrés, ansiedad y depresión del personal médico frente a la atención en pandemia facilitando realizar un diagnóstico oportuno que permita definir

acciones orientadas a la prevención de problemas de salud mental a largo plazo. (Monterrosa y cols. 2020) refieren que los cuerpos administrativos de los hospitales deben realizar valoración rutinaria para evaluar los síntomas de ansiedad y estrés laboral y así disminuir el impacto en las enfermedades psicológicas y físicas en el personal de salud.

Erinoso y cols.(2020) refieren que la depresión y la ansiedad en trabajadores sanitarios se correlacionan negativamente con la resiliencia y la autoeficacia, por lo tanto, la evaluación y la promoción de la salud mental requieren intervenciones específicas de acuerdo con las necesidades para dar respuesta a eventos traumáticos. Los resultados que se hallen serán analizados con la perspectiva de disminución de riesgo laboral, en concordancia con lo propuesto por la OMS (2019) realizar promoción disminuye significativamente el absentismo laboral y problemas de salud mental. Según (Gordon y cols., 2020) el personal sanitario presenta mayor vulnerabilidad a presentar morbilidad de enfermedad mental, por lo tanto, la detección temprana de síntomas disminuye el riesgo a largo plazo.

Se desarrolla una investigación cuantitativa con un alcance descriptivo, para ello se trabaja con un muestreo por conveniencia incluyendo médicos graduados del HUS que atienden pacientes sospechosos y/o diagnosticados con SARS-CoV2 en los diferentes servicios del hospital. La escala DASS-21 tiene como finalidad evaluar y discriminar los síntomas negativos de ansiedad, estrés y depresión. El DASS-21 cumple con las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte permitiendo diferenciar la severidad de síntomas en estados afectivos de estrés, ansiedad y depresión. Consta de 21 ítems, de breve aplicación, y está validada en varios países de Latinoamérica, incluyendo Colombia. Para analizar los datos obtenidos se realizará descripción demográfica de la población participante en la encuesta, en ellos se describirán variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. Se realizará exploración analítica de hipótesis por medio de pruebas paramétricas de comparación de medias (t-student).

Los datos se registrarán en una hoja de Excel y se analizarán en procesador estadístico SPSS 25 (IBM). La significancia estadística se definió en una probabilidad menor del 5% para azar.

En los hallazgos encontrados el 32,9% de prevalencia en estrés siendo similar proporción entre leve, moderado y severo (12,5% - 7,1 - 11,6%), respecto a la ansiedad el 29% de los médicos presentaron síntomas asociado, con proporciones leve 4,5% moderado 14,8% severo 3,9% y extremadamente severo 5,8%. Referente a la prevalencia de la depresión el 27,1% de los médicos presenta síntomas en similares proporciones distribuidos de la siguiente manera 13,5% - 5,2% - 4,5% - 3,9% leve, moderado, severo y extremadamente severo respectivamente.

Referente a la situación legal los médicos que refirieron estar casados presentan menor prevalencia de estrés, ansiedad y depresión, de igual forma, aquellos participantes que refirieron tener hijos y cuyos médicos tienen especialidad o son maestrantes graduados. En cuanto se refiere al antecedente por consulta mental, los médicos que asistieron por psicología tienen mayor prevalencia a presentar síntomas asociados a la depresión, en comparación con aquellos que asistieron por psiquiatría presentaron menor prevalencia a síntomas asociados con depresión.

Hay una relación entre la ausencia o baja prevalencia de sintomatología asociada a la depresión cuando se realizan actividades complementarias como deporte, meditación, yoga.

Referente al estado civil, se encontró que los médicos que están casados sin hijos, los participantes que tienen hijos presentan mejor prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en comparación con los solteros. En conclusión, se puede referir que los médicos que tienen hijos sean maestrantes o especialistas, la prevalencia es baja en comparación con los participantes con hijos con las mismas características o profesión.

1. Planteamiento del problema

A finales del 2019, surgió en Wuhan- China, una enfermedad pulmonar de etiología desconocida a la que se denominó Coronavirus. El Coronavirus hace parte de una extensa familia de virus que causan infecciones respiratorias que pueden ir desde un resfriado hasta enfermedades graves como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) por sus siglas en español, o el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS en inglés) (OMS, 2020). Este virus es altamente contagioso y se propaga persona a persona, por secreciones y tos, la afectación se refleja en el sistema respiratorio y tiene altos índices de letalidad, aspecto que ha incidido en el crecimiento exponencial de la pandemia (Maguiña, Gastelo y Tequen,2020).

En el marco de la pandemia se han reportado 219.456.675 casos positivos y 4.547.782 de muertes, siendo Estados Unidos el país con mayores cifras reportadas, con un saldo de 46.659.443 casos y un total de 756.951 muertes. En Colombia, se reporta un total de 5.019.158 casos confirmados y 101.611 fallecidos (INS, 2021).

Debido a la alta tasa de contagios la Organización Mundial de la Salud estableció la necesidad de implementar protocolos de bioseguridad que incluían el uso permanente de tapabocas, lavado de manos cada 2 horas y el distanciamiento social, paralelo a ello, los gobiernos decretaron algunas medidas de restricción que incluían aislamientos obligatorios, cierres de espacios públicos (colegios, restaurantes, centros comerciales) y limitaciones en la movilidad, dichas medidas generaron un impacto negativo en la economía, el comercio, la libertad de circulación, y por supuesto, en la salud física y mental (OMS, 2020).

En Colombia, se decreta el aislamiento preventivo obligatorio a través del Decreto 457 de 2020, que incluía limitaciones en la movilidad por veinte (20) días, exceptuando algunos sectores. Aquellos quienes resultaban infectados con el virus, debían aislarse durante

14 días con variaciones derivadas de la localización geográfica y el aumento de casos identificados en las curvas epidemiológicas (Agudelo, C. 2020). Era una medida viable para el manejo de ésta, sin embargo, a pesar de ser una medida preventiva supuso cambios radicales en la sociedad, irrumpiendo en los factores sociales, económicos y políticos.

La pandemia en Latinoamérica ha tenido un impacto social importante, evidenciado en un incremento del desempleo del 13,5% en el año 2020, en comparación con el 8,1% que databa el año 2019, lo que significaría más de 18 millones de personas desempleadas. En Latinoamérica, el trabajo informal es uno de los más afectados y de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, refirió caída del producto interno bruto (PIB) en un 9.1%. Siendo un continente con altos índices de desigualdad, la pandemia representaría mayor malestar en la población en condiciones de necesidad y pobreza extrema (CEPAL, 2020).

Las condiciones anteriormente descritas se convierten en factor de riesgo para el desarrollo o aumento de enfermedades físicas y psicológicas. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE) presentó los resultados de una encuesta efectuada a 20.452 personas de 23 ciudades entre julio y septiembre del año 2020 relacionada con diversas condiciones sociales derivadas de la pandemia y su relación con la salud mental dejando ver la presencia de factores de riesgo que posibilitan el desarrollo o exacerbación de problemas de salud mental que pueden prolongarse en el tiempo incluso después de terminada la pandemia (Caballero y Campo. 2020). Entre las afectaciones más frecuentes a la salud mental se encuentran el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la angustia y dificultad presente en las relaciones sociales, la presencia de síntomas de tristeza y ansiedad que pueden configurar trastorno de ansiedad o trastornos del estado de ánimo (Ramírez, Castro, Lerma, Yela, y Escobar. 2020).

En la encuesta de percepción del bienestar subjetivo, expectativas, pobreza y salud mental se preguntó a la población general sobre su estado de salud; aunque las personas en general consideraron que su estado de salud era bueno, el 53,8% de los encuestados refirió síntomas de preocupación, el 48,9% irritabilidad, el 48,7% dolor de cabeza y estomacal, el 47,9% cansancio. En cuanto a los encuestados que manifestaron un estado de salud regular, el 37,5% refirió dolor de cabeza y estomacal, el 33,3% irritabilidad, el 32,2% cansancio, y el 30,5% síntomas de preocupación (DANE, 2020).

En relación con los jefes de hogar al preguntar si en los últimos siete días habían presentado síntomas asociados a afectaciones en la salud mental, se encontró que el 38,6% de las personas encuestadas reportó haber sentido preocupación o nerviosismo, el 20,6% tristeza, el 18,8% tuvo dificultades para dormir, el 18,1% cansancio, el 16,3% presentó dolores de cabeza y estomacales, el 12,2% soledad, el 10,6% irritabilidad, 3,9% tuvo imposibilidad para experimentar sentimientos positivos y un 3,2% refirió taquicardia sin haber realizado esfuerzo físico (DANE, 2020).

Al evaluar la misma condición con personas que tenían un nivel educativo profesional y que contaban con un posgrado se encontró un reporte del 37,4% asociado a preocupación o nerviosismo, un 22,8% relacionado con cansancio, el 21,4% refirió tener dificultades para dormir, el 17,2% manifestó tristeza, el 17% presentó dolores de cabeza y estomacales, el 15,6% irritabilidad, el 11,3% soledad, un 4,4% reportó taquicardia sin realizar esfuerzo físico, y el 3,6% tuvo dificultad para experimentar sentimientos positivos (DANE, 2020).

En la encuesta que evaluaba la situación del hogar del año 2020 y durante el año 2019 y la relación existente entre la misma y la presencia de síntomas de afectaciones de salud mental, se encontró que entre julio y agosto del 2020 quienes refirieron una situación peor mostraron una preocupación del 42.3%, cansancio en un 18.2%, irritabilidad correspondiente

al 10.4% y dolor de cabeza y estomacal en un 16.2%. Pero, quienes señalaron una situación mucho peor mostraron una mayor afectación en los síntomas de salud mental reflejados con una preocupación del 46.4%, cansancio del 23.6%, irritabilidad del 16% y dolores de cabeza y estomacales del 21.9% (DANE, 2020).

Concerniente a las condiciones laborales de los trabajadores, se mencionan los factores de riesgo psicosociales, que hacen referencia a las condiciones que generan efectos negativos en la salud de los trabajadores o en las organizaciones. (Ministerio de Protección Social, 2008). De acuerdo con el artículo 5 de la Resolución 2646 de 2008, los factores psicosociales son la unión de los aspectos intra y extralaborales o externos de las organizaciones, y aquellas condiciones individuales o características interiores del trabajador en donde se relacionan dichos aspectos, y como resultado hay influencia en la salud y el desempeño del trabajador.

Los factores de riesgo psicosocial se encuentran en cuatro categorías; Factor de gestión organizacional, hace referencia a la administración de los recursos humanos; contratación, pagos, directrices, participación, capacitación, evaluación de desempeño y bienestar social. Factor de organización del trabajo, se refiere al acceso de la comunicación, tecnología, demandas cualitativas y cuantitativas del trabajo. Factor del grupo social, se relaciona con la calidad de las interacciones, clima organizacional, trabajo en equipo y cohesión. Y el Factor de condiciones de las tareas; que se relaciona con las cargas mentales, demandas emocionales, la definición de roles y de los sistemas de control (Ministerio de Protección social, 2008)

En concordancia con el numeral 42 del artículo primero (1°) del Decreto 1832 de 1994; se establecen las enfermedades profesionales en las que se encuentran patologías causadas por el estrés en el trabajo, como sobrecarga laboral, trabajo repetitivo y con alta

producción en masa, trabajos que generan ansiedad, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y colon irritable; por lo que toda organización debe implementar actividades en pro de la prevención de enfermedades causadas por el trabajo. (MinTrabajo, 1994)

Por medio del artículo 13 del Decreto Legislativo 538 de 2020, se adiciona en la tabla de enfermedades laborales el COVID-19 como enfermedad directa, que afecta al personal sanitario e incluye al personal administrativo, vigilancia, apoyo y aseo de las instituciones hospitalarias; puesto que se considera un factor biológico e incluye riesgos laborales como estrés laboral, cansancio físico y mental, burnout; afectaciones que puede generar sentimientos de estrés, ansiedad y angustia por contraer el virus y cuyo contagio se relaciona en la tabla de enfermedades laborales (MinSalud y Protección Social, 2020).

Al decretarse la emergencia sanitaria por COVID-19, el Ministerio de trabajo expide la circular No. 0064 de 2020 en la cual se reconoce la importancia de implementar medidas de intervención y prevención de afectaciones de salud mental en las organizaciones; señalando el estrés como origen que tiene mayor impacto en la salud mental de la población, algunos de los síntomas mencionados son, crisis emocionales, cambios de estado de ánimo (ansiedad, depresión), cambios en el comportamiento, consumo de sustancias psicoactivas, agresividad, emociones negativas, violencia intrafamiliar y duelo por pérdida.

En un estudio realizado por Gómez, Rodríguez, Ordosgoitia, Rojas y Severiche (2016) evaluaron las condiciones laborales del personal médico en una clínica de Cartagena, con el fin de identificar los riesgos psicosociales a los cuales están expuestos. Dentro de los factores de riesgo detectados por el personal asistencial se encontraron factores asociados a estrés en el trabajo. El 44,6% de los encuestados consideran que algunas veces se sienten expuestos a factores de riesgo, el 43,6% refieren que todo el tiempo lo están. Referente a las demandas emocionales, el 46,7% manifestó exposición a sentimientos de tristeza, dolor o

violencia, el 46,6% respondió que algunas veces presentan situaciones emocionales, el 6,19% refirió no sentirse expuestos en esta dimensión.

Referente a las demandas cuantitativas el 76,6% refirió alta exigencias laborales, el 22,5% mencionó algunas veces, el 2,8% de los encuestados mencionó no percibir altas demandas. En lo que concierne a las demandas de jornadas laborales, el 77% de los encuestados mencionó sentirse expuesto, el 23% no estar expuesto. En cuanto a la influencia del trabajo sobre el entorno externo, el 64% refirió algunas veces, el 28% siempre y el 8% nunca estar expuestos. En la dimensión que evalúa la carga mental, el 75% de los encuestados refirió que siempre presenta exigencia de esfuerzo mental, el 22% refiere algunas veces y el 3% refirió que nunca (Gómez, Rodríguez, Ordosgoitia, Rojas y Severiche, 2016)

De acuerdo con la literatura, las personas que experimentan situaciones impactantes como guerras, desastres naturales, desplazamientos y epidemias, presentan enfermedades físicas y psicológicas (Ribot, Paredes, y Lázaro, 2020). Según Hernández, J. (2020) las personas pueden desarrollar enfermedad mental relacionadas con el aislamiento, presentar síntomas de ansiedad y emociones fuertes, aspectos que estarán mediados por la historia personal de cada individuo y las estrategias de afrontamiento utilizadas por el mismo.

Respecto a la salud mental en el contexto de la pandemia, es importante mencionar que entre los factores de riesgo se encuentra el desempleo, la educación virtual y el distanciamiento familiar y social (OMS, 2020), el aislamiento, la angustia por contagiarse o contagiar a los familiares de COVID 19, la carencia de ingresos económicos y el distanciamiento social pueden desarrollar alteraciones emocionales/psicológicas teniendo en cuenta que la exposición frecuente a eventos estresantes contribuyen en el desarrollo o

exacerbación de trastornos como la depresión, la ansiedad, y los problemas de sueño (Caballero y Campo, 2020).

El personal sanitario es vulnerable a presentar problemas de salud mental, debido a que se encuentra en la primera línea de atención de pacientes contagiados y expuestos a situaciones adversas como la mortalidad, la falta de elementos de bioseguridad y medicamentos, la frustración, la incertidumbre e impotencia (Muñoz, Molina, Ochoa, Sánchez, y Esquivel, 2020).

Una revisión sistemática realizada en China por Wang, Pan, Wan, Tan y cols. (2020), demuestra que los niveles de sintomatología asociada con estrés, depresión, ansiedad, burnout y cambios de sueño tienen mayor prevalencia en personal que atiende en primera línea a pacientes con Covid-19. Así mismo, Erinoso, Adejumo, Fashina, Falana y cols. (2020) realizan un estudio con una muestra de 105 médicos y cuyos resultados refieren que, 1 de cada 10 médicos de primera línea presenta depresión y ansiedad leve en pandemia, lo cual se correlaciona con respuestas negativas en resiliencia y autoeficacia, puesto que afectan la respuesta ante desastres.

Al evaluar la influencia del COVID-19 en la salud mental de personal sanitario Lozano A (2020) señaló que el 27,39% reportó trastorno de estrés, la tasa de ansiedad fue del 23,04% distribuida de la siguiente forma: severa 2,17%, moderada en 4,78% y leve 16,09%, con mayor prevalencia en personal femenino. Otro estudio realizado en España a una muestra de 421 profesionales sanitarios evidenció estrés en el 46,7%, ansiedad en 37%, depresión en el 27,4%, y problemas de sueño en 28.9% con mayor prevalencia en mujeres (Dosil, Ozamiz, Redondo, Alboniga y Picaza, 2020).

En Colombia, por su parte, se realizó una encuesta virtual con una muestra de 531 médicos generales, con el fin de evaluar la percepción sobre la pandemia encontrando que un

40% refirió sentirse discriminado por su profesión, el 43% reportó dificultades en el sueño, 20% cansancio extremo o agotamiento (Monterrosa, Dávila, Mejía, Contreras, Mercado, y Flores. 2020).

Arenas (2006) menciona una prevalencia de estrés laboral en personal asistencial que oscila entre el 33,9% y el 65% refiriendo que el mismo se relaciona con síntomas de carácter fisiológico. Adicional a esto señala que dentro de los factores de riesgo psicosocial el estrés puede incrementarse por la ausencia de límites en la definición de tareas, condiciones laborales, sobrecarga laboral y una exposición continua a enfermedades contagiosas, aspectos presentes para los médicos que atienden en primera línea de pandemia. Teniendo en cuenta lo anterior se estructura el siguiente problema.

¿Cuáles son los niveles de estrés, ansiedad y depresión en el personal médico del Hospital Universitario de la Samaritana durante la pandemia COVID-19?

2. Objetivos

Objetivo general

Analizar las respuestas de estrés, ansiedad y depresión en contraste con variables sociodemográficas y de prestación del servicio en médicos que se encuentran en primera línea de atención durante la pandemia en el Hospital Universitario de la Samaritana contrastando los hallazgos obtenidos con características sociodemográficas establecidas

Objetivos específicos

Determinar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en el personal médico del HUS.

Comparar los niveles de estrés, ansiedad y depresión de acuerdo con variables sociodemográficas en el personal médico del HUS

Comparar los niveles de estrés, ansiedad y depresión de acuerdo con el área de servicio a la que pertenecen y las condiciones laborales presentes.

3. Justificación

Realizar esta investigación en el Hospital Universitario de la Samaritana, permitirá conocer las respuestas de estrés, ansiedad y depresión del personal médico frente a la atención en pandemia esto permite la realización de un diagnóstico oportuno que cree un marco general sobre el cual definir acciones orientadas a la prevención de problemas de salud mental a largo plazo.

Los cuerpos administrativos de los hospitales realicen valoración rutinaria para evaluar los síntomas de ansiedad y estrés laboral y así disminuir el impacto de las enfermedades psicológicas y físicas en el personal de salud. Es importante que los organismos encargados de la salud laboral respondan con eficiencia a las necesidades de salud mental del personal médico; puesto que los altos niveles de estrés y ansiedad se conocen por autoinformes; facilitando así, la intervención temprana y oportuna que mitigue el daño a largo plazo (Monterrosa y cols. 2020).

Erinoso y cols. (2020) refieren que la depresión y la ansiedad en trabajadores sanitarios se correlacionan negativamente con la resiliencia y la autoeficacia, por lo tanto, la evaluación y la promoción de la salud mental requieren intervenciones específicas de acuerdo con las necesidades para dar respuesta a eventos traumáticos. Los resultados que se encuentren serán analizados con la perspectiva de disminución de riesgo laboral, en concordancia con lo propuesto por la OMS (2019) realizar promoción disminuye significativamente el absentismo laboral y problemas de salud mental. Según Gordon (2020) el personal sanitario presenta mayor vulnerabilidad a presentar morbilidad de enfermedad mental, por lo tanto, la detección temprana de síntomas disminuye el riesgo a largo plazo.

El abordaje de esta problemática en el trabajo de grado me permite desarrollar competencias investigativas, búsqueda, desarrollo y aplicación de cuestionarios, resolución

de problemas en el marco metodológico y habilidades en la escritura que se construyen durante el desarrollo de la carrera. Como estudiante de psicología de último año me permite comprender los cambios o fenómenos sociales, el aumento de quejas emocionales, físicas y psicológicas producto del impacto que ha generado a nivel mundial la pandemia por el COVID-19. Aunado a ello, me permitió como profesional trabajar interdisciplinariamente con médicos que laboran en la Entidad, lo cual enriqueció mi proceso de formación.

El desarrollo de la presente investigación permite comprender una situación social que aqueja la salud mental en la población general. Diversos estudios realizados en poblaciones sanitarias demuestran que las condiciones laborales, personales y organizacionales no son similares, por lo que dichas respuestas e impacto en la salud mental son diferentes en cada contexto. Realizar evaluación temprana para identificar afectaciones mentales durante la pandemia permite a las entidades gubernamentales realizar acciones de promoción y prevención encaminadas a mitigar o mejorar las condiciones laborales de los implicados.

Mintrabajo (2018) señala que la identificación, evaluación, intervención y monitoreo de los factores de riesgo psicosocial es responsabilidad de las empresas. En esa medida el desarrollo de la investigación contribuye a los procesos de identificación y evaluación que pueden ser utilizados como insumo para el diseño y estructuración de programas de disminución de riesgo psicosocial. Así mismo el análisis de las variables sociodemográficas responde a la identificación del origen de diversas patologías causadas por estrés ocupacional, aspecto que puede ser tenido en cuenta en las acciones de protección definidas para el personal médico del HUS.

El área de Talento Humano de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana; cuenta con procedimientos para prevenir los factores de riesgos psicosociales establecidos por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). El procedimiento de

Sistema de Vigilancia del Riesgo Psicosocial codificado 01TH08-V1 del año 2018, menciona la importancia de identificar y controlar los factores de riesgo que pueden aparecer en el ejercicio de las labores, con el fin de prevenir enfermedades laborales que a largo plazo representan enfermedad, ausentismo y accidentalidad, y donde se menciona el impacto que dichos factores tienen en las respuestas emocionales, cognitivas, fisiológicas y comportamentales, condiciones que son asociadas con el estrés (HUS, 2018), en consonancia con lo propuesto allí la investigación puede brindar información importante para el desarrollo de acciones de prevención.

El área de Talento Humano del HUS cuenta con un procedimiento encaminado a la prevención del cansancio laboral cuyo objetivo es mitigar la aparición de éste, para optimizar la calidad de vida y el desempeño de los colaboradores. Mencionando que el estrés es uno de los factores predisponentes de la enfermedad laboral. Entre los factores relacionados con síntomas de estrés, se mencionan largas jornadas laborales en una o varias instituciones, ambivalencia de funciones, exposición a sustancias peligrosas. Las medidas complementarias asociadas a ansiedad y depresión incluidas en esta investigación pueden ser un punto de apoyo para el establecimiento de planes de intervención.

Realizar esta investigación desde la psicología permitirá conocer o desarrollar estrategias que mitiguen la afectación que generan fenómenos novedosos y con alto impacto en la vida de cada sujeto. Altos niveles de estrés, ansiedad y depresión pueden configurar enfermedad física o psicológica que en la cronicidad podría resultar perjudicial. De igual forma, es importante resaltar que, en Colombia, no se realizaron investigaciones para identificar el impacto que generó la pandemia, el aislamiento, el desconocimiento del manejo a esta afección que ha generado millones de muertes en el mundo.

La investigación se desarrolla como parte de cumplimiento de requisitos para la graduación y la obtención del título de psicóloga. Se adscribe al Grupo de Investigación Esperanza y Vida, específicamente en la línea de psicología clínica de la salud. Lo anterior teniendo en cuenta la compresión dada en relación con la salud mental del personal médico que atiende en primera línea en la pandemia en el HUS. Los resultados obtenidos en el mismo servirán como insumo para el desarrollo de otras investigaciones gestionadas por el grupo en relación con la situación de la salud mental en la pandemia.

4. Marco teórico

4.1. Riesgo psicosocial y salud mental en personal médico

La salud laboral tiene como finalidad promover el bienestar mental, social y físico de los trabajadores para evitar la aparición de enfermedades laborales. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) menciona la importancia del bienestar en cada uno de los escenarios laborales para prevenir enfermedades en los trabajadores por medio de los factores protectores de cara a los riesgos que se presentan en cada trabajo. A partir de esta idea, la salud laboral se concibe como un proceso que permite el desarrollo positivo o negativo de las personas teniendo en cuenta las condiciones laborales del entorno laboral (Boada y Ficapal, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (2002) menciona seis factores riesgosos para la salud que causan la muerte o incapacidad en el mundo; riesgos ambientales, salud sexual, desnutrición, consumo de sustancias psicoactivas, violencia o abuso interno o externo del ambiente laboral y los riesgos laborales o profesionales. De acuerdo con Cortes (2018) Los factores psicosociales son condiciones que se llevan a cabo en una organización para mantener o alterar la salud y se clasifican en tres factores que se presentan a continuación.

Características del puesto, iniciativa, ritmo de trabajo, monotonía, autonomía, responsabilidades. Organización del trabajo y estructura que hace referencia a los estilos de liderazgo, toma de decisiones, comunicación y claridad de las tareas. Organización del tiempo: horarios laborales y descansos. Características de la organización incluyendo localización, imagen, actividades. Características personales que incluyen comportamientos individuales, actitudes y aptitudes, personalidad, edad, formación, motivación, y factores extralaborales: vida familiar, relaciones sociales, tiempo libre y ocio y factores

socioeconómicos; estos factores inciden en el rendimiento, satisfacción, salud y seguridad del trabajador (Cortes, 2018).

Boada y Ficapal (2012) refieren cinco causas que generan los riesgos psicosociales: exigencias psicológicas: toma de decisiones complejas de forma inmediata y con responsabilidad, exceso de trabajo e irregularidad en las tareas, no opinar, falta de desarrollo e influencia: no tener autonomía, dificultades para separar lo laboral de lo personal, dificultades para aplicar los conocimientos y competencias, el trabajo realizado no es significativo o no tiene sentido, falta de decisiones. Falta de liderazgo y de apoyo: de los superiores y/o pares, tareas indefinidas, información a extemporánea o inadecuada. Ausencia de compensación caracterizada por trato inequitativo, ausencia de reconocimientos, cambios improvisos de puesto, falta de respeto, inseguridad contractual. Por último, la doble presencia, dificultades para mantener un equilibrio en el ámbito personal y laboral.

Un estudio realizado por Gómez et al. (2016) cuyo objetivo es identificar los riesgos psicosociales que presenta el personal asistencial de una clínica en Cartagena, demostró que el 46,7% se encuentra expuesto a presentar síntomas relacionados con dolor, tristeza o violencia, el 46,6% del personal refirió que algunas veces se encuentra expuesto. Respecto a las demandas cuantitativas, El 76,6% del personal manifestó exceso de exigencias, el 22,5% respondió algunas veces, En el factor de demanda en la jornada laboral, 77% refirió exposición, 23% refirió no sentirse expuesto. En la dimensión influencia laboral y entorno extralaboral, el 64% refirió exposición a factores, 28% refirió nunca estar expuestos. Referente a la carga mental, 75% del personal refirió esfuerzo cognitivo en el ejercicio de su trabajo, 22% demostró que algunas veces realizan esfuerzo mental.

Los factores de riesgo psicosociales donde están expuestos los médicos en el ejercicio de su profesión, extensas jornadas laborales, escasez de materiales y equipos médicos,

demandas físicas y sociales, dificultades de liderazgo, exceso de trabajo y poco apoyo, inestabilidad entre esfuerzos y recompensas.

El Ministerio del Trabajo ha incluido dentro de la tabla de Enfermedades Laborales, el estrés laboral como parte del grupo IV denominado Trastornos Mentales y del Comportamiento, reconociendo a estos como una amenaza para la salud mental que incide en la presencia de enfermedades cardiovasculares y la presencia de accidentes de trabajo (Mintrabajo, 2017).

Una encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo bajo el Sistema de Riesgos Laborales de Colombia presentaron la incidencia de estrés por exposición a factores de riesgo especialmente en personas que prestan atención al público pues en el desarrollo de sus funciones se exponen a violencia verbal por parte de terceros. Esta misma encuesta señaló que aspectos como la postura pueden producir cansancio o dolor físico, el ritmo de trabajo en comparación con el tiempo requerido para completar las tareas, los horarios de trabajo, la falta de claridad en los roles, los desajustes entre las exigencias dadas y la competencia laboral del empleado, la falta de apoyo, la sobrecarga de trabajo, un limitado desarrollo profesional, problemas en la comunicación y los cambios organizacionales pueden tener efectos físicos y psicológicos en los colaboradores (MinTrabajo, 2013).

En relación con el personal asistencial del sector salud tienen turnos de trabajo que oscilan entre las 9 y las 12 horas enfrentándose diariamente a toma de decisiones asociadas a salvar vidas o enfrentarse a la muerte (MinTrabajo, 2013). En especial, al ejercicio laboral de los médicos este se ha desarrollado en consonancia con lo propuesto en la Ley 100 de 1993 que señala la necesidad de atención médica de 24 horas generando la posibilidad de turnos rotativos que han desencadenado condiciones de pluriempleo y un aumento del estrés laboral (Congreso de la República, 1993).

El estrés laboral se relaciona con un aumento del ausentismo, baja productividad, alta rotación, enfermedades y accidentes laborales (Durán, 2010). Investigaciones adelantadas por Fernández (2003) han permitido relacionar el estrés laboral y el tipo de servicio prestado en la organización, la carga mental, la duración de la jornada laboral y la frustración ante el desarrollo de la tarea.

Dentro de las clasificaciones de estrés laboral se encuentra un primer grupo que incluye los aspectos externos transitorios o permanentes que generan estrés, el segundo las respuestas fisiológicas o psicológicas que se derivan de la exposición a estos factores y la tercera señala al estrés desde las consecuencias físicas y psicológicas generadas por procesos perceptuales (Sarsosa, 2018).

Arenas (2006) señala que los trabajadores asistenciales tienen una prevalencia de estrés laboral que oscila entre el 33,9% y el 65% y que el mismo se relaciona con síntomas de carácter fisiológico, dejando en evidencia que las profesiones en el ámbito de la salud son altamente estresantes y que este estrés proviene de las características del rol, límites difusos en la definición de tareas, condiciones laborales, sobrecarga laboral y una exposición continua a enfermedades contagiosas.

Chiang y cols. (2013) reportan que entre el 20% y el 33% de los médicos presentan altos niveles de estrés y que este afecta fisiológica y emocionalmente a las personas que lo sufren. Entre las consecuencias más evidentes asociadas al estrés se encuentra la pérdida de interés, baja motivación, ansiedad, cansancio emocional, insomnio, fatiga, problemas gástricos, entre otras afectaciones. Paralelo a ello resalta la mayor exposición a factores de riesgo psicosocial en la que se encuentra el personal del sector salud, aspecto que incide en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades laborales asociadas al estrés.

Entre los aspectos que incrementan el estrés del personal asistencial se encuentra el alto grado de responsabilidad de la vida humana, la incertidumbre asociada al diagnóstico, tratamiento de los pacientes y la exposición a conflictos éticos y legales presentes en el sector salud (Lepidou, 2012). Ser responsable de la seguridad y salud de otras personas, el enfrentarse a las demandas emocionales de los pacientes y sus familias que hacen parte de las dinámicas diarias de las instituciones de salud pueden convertirse en detonantes del estrés en el personal asistencial (Chiang, 2013).

4.2. Síndrome Respiratorio Agudo Severo COVID-19

La Organización Panamericana de la Salud (2020) define el COVID-19 como la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV2 descubierto en China, que genera problemas respiratorios leves, moderados o graves. El virus se contrae por secreciones bucales o nasales de partículas de una persona contagiada, y previo contacto con la boca, nariz y ojos. La sintomatología frecuentemente se relaciona con cansancio, dolor de garganta, tos seca, congestión nasal, fiebres superiores a 38°, diarrea. Las personas con mayor riesgo de desarrollar problema respiratorio agudo, son aquellas con enfermedades de base, como enfermedades cardíacas o respiratorias, diabetes, o hipertensión.

El virus SARS-Cov2 ha presentado cambios en el material genético más conocidos como mutaciones. En epidemiología también se define la cepa o variante como la agrupación de las mutaciones que pueden inducir transformación en la carga viral; sin embargo, una mutación puede originar una cepa diferente, aunque habitualmente, en las cepas se acumulan diferentes mutaciones. La variante descubierta en marzo de 2020 se conoció como D614G cuya virulencia ha sido más alta a nivel mundial (Gamero y Gamero, 2021).

Posteriormente, en junio de 2020 se halló la variante 20A.EU1 en España, y en la actualidad afecta el 90% de la población europea con mayor énfasis en Gales 74%, Escocia

66%, Irlanda 51% y Suiza 37%. Recientemente se halló el grupo 20A.EU.2 con mayor prevalencia en Europa Central, Francia y Escandinavia. En Reino Unido se encontró una cepa designada VUI-202012/01 con alta tasa de transmisibilidad porque alberga mínimo 17 mutaciones diferentes (Gamero y Gamero, 2021), y cuya tasa de mortalidad es mayor en comparación con otras variantes. La tercera variante se descubrió en Brasil tiene mayor prevalencia a nivel local (OPS, 2021).

En enero del año 2020, la OPS evaluó e implementó el sistema de vigilancia epidemiológica a las variaciones que ha presentado la COVID-19 en el cual se reconocen dos categorías; la variante preocupante (VOC) y la variante de interés (VOI) (por sus siglas en inglés). Al identificar dichas variantes, los expertos implementan las medidas de bioseguridad e intervención para mitigar el contagio de aquellas que son más resistentes o con mayor transmisibilidad en el ser humano (2021).

Las variantes preocupantes (VOC) son aquellas modificaciones de la COVID-19 que generan mayor virulencia y transmisibilidad, cambios en la sintomatología y las medidas de seguridad instauradas por la salud pública dejan de tener eficacia; los diagnósticos, los tratamientos y las vacunas es incierta su efectividad (OMS, 2021). Las variantes de interés (VOI) son aquellas mutaciones que se presentan en el genoma que afectan la transmisibilidad, compromiso de la enfermedad, incapacidad de repuesta del sistema inmune y el acceso de detección oportuna o de los medicamentos para contrarrestar los síntomas. Por otro lado, se menciona la alta transmisibilidad en varios países, su prevalencia es cada vez mayor y significa un riesgo para la salud pública en el mundo (OPS, 2021).

El virus SARS-CoV2 no solo ha generado dificultades físicas, también problemas de salud mental con mayor acentuación en población sanitaria después de los altos picos de contagio, se halla afectaciones en la salud mental como el trastorno de estrés postraumático

(TEPT) con prevalencia del 20%, ansiedad y trastornos depresivos; entre las causas asociadas a la prevalencia de estas dificultades se relaciona con la exposición en la atención a pacientes contagiados, miedo de contagiarse o a sus familiares y la escasez de elementos de protección personal (Ramírez-Ortiz, Castro-Quintero y otros, 2020). Es por esta razón que, a continuación, se profundiza en la definición del estrés, la ansiedad y la depresión.

4.3. Estrés y factores neurobiológicos asociados

El estrés es la respuesta del organismo frente a estímulos que alteran el equilibrio u homeostasis del individuo a nivel psicológico o físico. A dichos estímulos se les conoce como estresores y pueden ser externos (social, acústico, cultural, físico, traumático, químico) o internos que se expresan a través de diferentes estados emocionales (sorpresa, miedo, rabia, ansiedad o estrés). Cuando se presenta sintomatología relacionada con el estrés agudo este puede inducir sentimientos negativos como ira, miedo o ansiedad, y cuando se presenta sintomatología con estrés crónico se relaciona con depresión (Calderón, 2010).

El médico y patólogo Osler William fue el primero en utilizar el término stress (en inglés) en el año 1910, relacionando la angina de pecho con los estilos de vida que tenían los hombres dedicados a los negocios en Londres (Redolar, 2011). Osler reconoció y estableció una relación entre las condiciones ambientales y las respuestas corporales puesto que generaban consecuencias a largo plazo en la salud. De igual forma, menciona la perspectiva y la disposición de los pacientes en la trayectoria de las enfermedades que desarrollaban (Robinson, 2018).

En el año 1915, el fisiólogo Cannon William introdujo el término reacción de alarma para explicar la liberación de adrenalina como respuesta del organismo frente a estímulos estresores. En 1929, propone un mecanismo al que denominó homeostasis para describir la tendencia del organismo a mantener el equilibrio. Para que el organismo retorne a su estado

de equilibrio, lo hace a través de los sentidos y por medio de la respuesta negativa del sistema nervioso autónomo (Cannon, 1929). Cannon menciona como ejemplo de homeostasis, la regulación de la temperatura corporal o la adaptación fisiológica cuando hay falta de oxígeno (Robinson, 2018).

Durante los años treinta, Cannon explicó la respuesta de lucha o huida del organismo y el funcionamiento en la activación del sistema nervioso simpático, liberando noradrenalina y secretando adrenalina (Gómez y Escobar, 2002). En 1934, refiere que el sistema nervioso autónomo se encarga de mantener la condición homeostática frente a los estímulos del medio (Cannon, 1939). Posteriormente, menciona en sus estudios que la exposición prolongada al miedo puede generar un desenlace fatal (Cannon, 1942).

El síndrome general de adaptación consta de tres fases: Reacción de alarma, el organismo percibe que está en exposición a peligro, activación del sistema nervioso simpático y la médula adrenal aumentando la secreción de adrenalina y noradrenalina. Durante esta primera fase se movilizan los recursos energéticos. Resistencia: en esta fase el organismo redistribuye los recursos energéticos para actuar en búsqueda de supervivencia, y por último, la fase de agotamiento, hace referencia a la pérdida de la capacidad de resistencia frente a las anteriores y como resultado, aparecen patologías que se conocen como enfermedades de adaptación. Los agentes estresantes nocivos más significativos son psicológicos y sociales (Selye, 1950).

Selye centró su estudio en dos áreas cerebrales: la hipófisis y la corteza de glándula adrenal que liberan hormonas de dos tipos; las encargadas de procesos inflamatorios y que regulan el metabolismo de los minerales se conocen como mineralocorticoides. Y aquellas que disminuyen los procesos inflamatorios y estabilizan los azúcares, glucocorticoides. Refirió que el exceso de secreción de estas hormonas se relaciona con el estrés nocivo para el

organismo. Además, refiere que la actividad del hipotálamo y el sistema nervioso simpático tiene alto impacto en el sistema fisiológico y en el estado de salud de los individuos. En los años cincuenta refiere que el eje Hipotálamo Hipofisario Adrenal (HPA) es el mediador de la respuesta de homeostasis (Selye, 1950).

Se define como agente estresante a los estímulos psicológicos, físicos o sociales que tienen la capacidad de alterar el equilibrio del organismo; por lo tanto, la respuesta de estrés sería la forma de reestablecer el organismo ante el agente. Y uno de los aspectos importantes para tener en cuenta sería la duración de dicha respuesta (Redolar, 2011). Selye en 1974, definió a la respuesta del estrés ante cualquier estímulo demandante que se le exija, se asocia con miedo, ansiedad y placer. Este autor propone dos tipos de estrés. Eustrés, lo define como el estrés necesario para la vida, ya que permite la adaptación en diversas situaciones y no causa daño en el organismo, y Distrés, como un estrés patológico dañino que genera daños a nivel neuronal y envejecimiento (de Camargo, 2004).

A finales de los ochenta, los autores Eyer y Sterling (1984) proponen un nuevo modelo al que denominan alostasis cuya función es mantener la estabilidad a través del cambio y las respuestas que se activan para buscar el equilibrio del organismo permitiendo al cuerpo responder a nuevos eventos y mantener la homeostasis. Para llevar a cabo esta tarea el cerebro realiza una evaluación cognitiva que deriva de los factores genéticos, experiencias previas y aprendizajes que el individuo adquiere durante la vida; cuando el organismo se encuentra expuesto a factores estresantes físicos, psicológicos, internos o externos; se activa el sistema nervioso autónomo, inmunitario, cardiovascular, metabolismo y el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (Sterling, 1988).

En los años noventa McEwen Bruce, integró los glucocorticoides y las catecolaminas al modelo de alostasis, señalando que la sobrecarga alostática genera efectos negativos que se

hacen evidentes en algunas enfermedades, menciona que la secreción excesiva de catecolaminas genera un aumento en la presión arterial y la frecuencia cardíaca, y causa un desgaste del sistema cardiovascular que a largo plazo se traduce aumentando la posibilidad de sufrir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Los glucocorticoides que son producidos por la corteza suprarrenal inhiben la producción de citocinas proinflamatorias dependiendo de la cantidad, el tejido y el tipo de célula involucrado (McEwen, 1998).

McEwen (1998) relaciona la alta carga alostática o estrés en el individuo con la privación de sueño. La privación de sueño genera diversas consecuencias, entre ellas presión arterial alta, aumento en los niveles de secreción del cortisol e insulina, disminuye el tono parasimpático y los niveles de leptina (hormona reguladora del peso corporal), también deterioro cognitivo. Igualmente, se asocia la reducción de sueño con obesidad y aumento de masa corporal (Gangwisch J, Malaspina D, y otros 2005). Este autor refiere que el cerebro es el regulador del sistema autónomo, neuroendocrino e inmunológico.

Algunos estudios en modelos animales demostraron que la sobrecarga alostática genera atrofia de neuronas de la corteza prefrontal e hipocampo, dificultades en las funciones ejecutivas, memoria y atención selectiva, y generar hipertrofia en amígdala; área relacionada con respuestas de miedo y ansiedad y agresión (McEwen, 2004).

Richard Lazarus y Susan Folkman (1984), presentan dos definiciones para el estrés; desequilibrio entre recursos y demandas del individuo, o, presión que supera las capacidades del individuo para hacer frente a las situaciones adversas y/o estresantes. Por lo tanto, trabajaron la respuesta del estrés desde un modelo cognitivo transaccional en el cual refieren que la respuesta del organismo ante el estrés no es directamente del estresor, sino que se relaciona con los recursos del individuo y los mecanismos de afrontamiento de cara a situaciones difíciles. Por lo que se entiende el estrés en este modelo como la interacción entre

el individuo y el medio; y la evaluación que realiza este ante los recursos que dispone (Lazarus y Folkman, 1984).

Entre los mecanismos de afrontamiento propuestos por estos autores, se mencionan dos estadios para hacer frente al estrés: evaluación primaria, hace referencia a la situación estresante; pérdida, amenaza o daño. Evaluación secundaria, expectativas de resultados o de autoeficacia. Las estrategias de afrontamiento están dirigidas al problema, a las emociones o al significado de dicha experiencia (Lazarus y Folkman, 1984).

El cerebro es el órgano encargado de transmitir las señales internas y externas a diferentes partes del organismo para generar la adaptabilidad al estrés, la exposición crónica al mismo puede generar cambios en la morfología y funcionamiento del sistema nervioso. Los sistemas que responden rápidamente a la adaptación son, sistema nervioso autónomo, endocrino, intestinal. Es importante destacar que toda respuesta esta mediada o relacionada con la genética, experiencias adquiridas durante la infancia, historia y el estado psicológico y cognitivo del individuo. Y cuya función es recuperar la homeostasis y generar adaptación a situaciones del ambiente; para evitar problemas de salud y rendimiento (Redolar, 2011).

4.4. Ansiedad y factores neurobiológicos asociados

La palabra ansiedad surge del latín *anxietas*, que se refiere la sensación de agitación (inquietud) o nerviosismo. La ansiedad se origina a partir de miedo crónico que se mantiene cuando el organismo no se encuentra amenazado y genera alteraciones en el funcionamiento de la vida normal. Su etiología se relaciona con eventos estresantes identificables, generando sentimientos de miedo, abatimiento y preocupación y que, a su vez, genera reacciones fisiológicas de estrés como taquicardia, hipertensión, náuseas, dificultades de respiración y de sueño (Pinel, 2006).

La ansiedad es experimentada por todos los individuos al menos una vez en la vida frente a eventos que generan incertidumbre. Cuando la ansiedad se vuelve recurrente y en casos que no son reales, peligrosos o cuando se prolonga la respuesta en el tiempo; ésta tiende a ser dañina. Por lo tanto, cuando culmina la etapa de estrés y la depresión permanece. Entre la sintomatología asociada con la ansiedad patológica se encuentra persistencia y recurrencia del malestar físico como mental, deterioro del funcionamiento cognitivo y menor rendimiento en actividades desarrolladas, respuestas corporales presentadas por el individuo (Ayala, 2012).

La clasificación del DSM-V (2013) menciona los siguientes factores de riesgo para la ansiedad tres componentes, el genético que hace referencia a neuroticismo (afectividad negativa), el factor temperamental caracterizado por inhibición y una tendencia a la afectividad negativa y conductas de evitación.

De acuerdo con Ayala (2012) la ansiedad se asocia con los aprendizajes previos bien sea positivos o negativos; en la angustia correspondería directamente con el condicionamiento ya que el individuo asocia los estímulos relacionados con eventos amenazantes o traumáticos. Por otra parte, en la literatura se encuentra elevación del ácido láctico (sustancia química que transporta el oxígeno), la adrenalina, la medula suprarrenal tienen elevada respuesta cuando hay crisis de angustia. De igual forma, menciona un modelo neuroanatómico; donde se haya el locus coeruleus que dispone las respuestas de ansiedad, siendo el sistema límbico el centro de respuesta de la ansiedad anticipatoria. Las conductas evitativas se relacionarían con el córtex prefrontal.

Desde el mismo modelo se explica la activación del sistema nervioso central frente a la reacción de alarma que es la respuesta de las crisis de pánico, puesto que regula la respiración y la sensación de asfixia que produce el distrés agudo; sentimientos de pánico,

hiperventilación y búsqueda de huida generan hipersensibilidad en los químicos liberados para regular el dióxido de carbono. Referente al factor genético, se encuentra el condicionamiento como la causa principal de las crisis de pánico. En estudios realizados con gemelos univitelinos demuestran que los factores hereditarios (Ayala, 2012).

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por miedo, ansiedad excesiva y alteraciones conductuales. El miedo es la respuesta emocional a una amenaza real o imaginaria; frecuentemente se asocia a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o huida y pensamientos de peligro. La ansiedad es la respuesta anticipante a una amenaza y se relaciona con tensión muscular, vigilancia y conductas evitativas. Los trastornos de ansiedad se diferencian de acuerdo con el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o conductas evitativas, y según la cognición asociada (DMS V, 2013).

Entre las consecuencias de sufrir de trastornos de ansiedad o afectivos se encuentran los dolores de cabeza y mareos con mayor acentuación en crisis de pánico; siendo una de las causas más frecuentes en los servicios salud. De igual forma, hay una asociación entre las crisis pánico y las cefaleas migrañosas con mayor sintomatología en severidad y frecuencia. El origen de los mareos se explica desde la neuro-ontología por una disfunción vestibular en agorafobia o trastornos de pánico, que genera sensación de pérdida en la estabilidad o percepción de movimiento de los estímulos externos (Ayala, 2012).

Entre las afectaciones relacionadas con la ansiedad se encuentra disfunciones cardíacas donde se destacan las palpitaciones, taquicardia y dolores torácicos con mayor prevalencia en individuos que presentan patologías coronarias. De igual forma, hay mayor morbimortalidad en individuos que presentan trastornos de ansiedad y pánico, entre los factores de riesgo asociados con la dificultad cardiovascular se encuentra el tabaquismo, hipertensión e hipercolesterolemia. Referente a las afectaciones gastrointestinales se

evidencia sintomatología asociada con náuseas y el vómito, de igual forma, se relaciona la ansiedad patológica con el riesgo de presentar colon irritable (Ayala, 2012).

Las afectaciones respiratorias se relacionan con el trastorno de pánico por la afectación que se encuentra en el flujo del aire, entre las complicaciones se encuentra el asma e hiperventilación. El trastorno de pánico genera enfermedades endocrinas como el hipertiroidismo, hipoparatiroidismo (equilibrio), o tumores en las glándulas suprarrenales (Ayala, 2012).

De acuerdo con Ayala (2012), respecto a las enfermedades mentales, se relaciona el trastorno de pánico con la depresión, puesto que hay autores que presentan la depresión con un factor de riesgo y aún más cuando hay comorbilidad de estos factores porque al menos un 20% intenta el suicidio y presenta resistencia al tratamiento. De igual forma, los autores mencionan que la agorafobia surge tras una crisis de pánico (Ayala, 2012).

4.5. Depresión y factores neurobiológicos asociados

De acuerdo con la definición de la OMS (2017) la depresión es un trastorno mental del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de desesperación, tristeza, anhedonia (pérdida del placer o del interés en cosas que anteriormente resultaban gratificantes), cansancio, culpa, baja autoestima, dificultades en la conducta de sueño o alimentaria y de concentración.

La clasificación del DSM –V (2013) un trastorno depresivo se refiere a desregulación disruptiva, sentimientos de tristeza, vacío, irritabilidad, cambios cognitivos; afectando la capacidad funcional de la persona que padece depresión. Dentro de los cuadros clínicos asociados al estrés se encuentra el estrés agudo que se relaciona con la exposición a traumas cuyo malestar psicológico deriva de síntomas de ansiedad y miedo. En algunos casos se evidencian síntomas asociados con incapacidad de sentir placer (anhedonia), enfado u

hostilidad. Algunos de los criterios diagnósticos del estrés agudo son: exposiciones a lesiones graves, violencia sexual o muerte bien sea por experiencia directa, o exposición repetida. Síntomas de intrusión como recuerdos o sueños angustiosos, entre otros.

Factores de riesgo asociados a la depresión son los siguientes, el factor temperamental los altos niveles de afectividad negativa se relacionan con el inicio del trastorno depresivo mayor. El factor ambiental se vincula con la exposición temprana a condiciones adversas entre las que se encuentran limitaciones económicas, disfunción familiar, antecedentes familiares psiquiátricos y exposición a situaciones de violencia, las investigaciones también han mostrado que los acontecimientos vitales estresantes precipitan la aparición de episodios depresivos. A nivel genético y fisiológico se señala un rango de heredabilidad del 40% para el desarrollo de trastornos depresivos, paralelo a esto se observa una prevalencia de dos a cuatro veces mayor de aparición en grupos familiares de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo (DSM-V, 2013).

Referente a la neurobiología de la depresión mayor (DM), se encuentra que hay cambios significativos tanto metabólicos como anatómicos en el cerebro; disfunción de la corteza dorsolateral y prefrontal genera dificultades cognitivas en la planeación de tareas, toma de decisiones y en el razonamiento. De igual forma, las áreas relacionadas con la regulación de emociones; orbitofrontal y medial de la corteza prefrontal están relacionadas directamente con la depresión (Cruzblanca, Lupercio, Collas y Castro, 2016).

La hipótesis monoaminérgica, menciona el papel de los neurotransmisores monoaminérgicos que son aquellos secretores de adrenalina, noradrenalina y dopamina, serotonina, histamina y acetilcolina; es el postulado que predomina en referencia a la fisiopatología de la DM y cuyo resultado refiere que hay una disminución en las monoaminas del cerebro especialmente en el receptor de serotonina (5-HT) y la noradrenalina (NA). Dicha

hipótesis sugiere que los fármacos antidepresivos incrementan los niveles de 5-HT y NA inhibiendo la recaptura o degradación enzimática (Cruzblanca, Lupercio, Collas y Castro, 2016).

4.6. Estrés, ansiedad y depresión en personal médico durante la pandemia

Teniendo en cuenta los estudios realizados durante el primer pico del SARS-CoV2 en China, se evidencia durante febrero de 2020, el personal de salud presentaba ansiedad moderada y leve generando como conclusión que el personal médico debía tener acompañamiento psicológico para evitar daños a futuro (Lozano, 2020). Según Panagioti y otros (2018), dentro del grupo de riesgos se encuentra las personas que han contraído el virus, las enfermeras y médicos que laboran en urgencias o reanimación. Estos autores sugieren que, al finalizar la pandemia, es probable que un buen porcentaje de personal sanitario recurra a la renuncia laboral por el estrés, el cansancio y el agotamiento mental.

Fiorillo (2020) mencionan que las consecuencias de la pandemia en la salud mental y factores psicosociales en algunos casos pueden generar mayor impacto o riesgo a los individuos que están mayormente expuestos al virus, como los individuos que tienen predisposición o vulnerabilidad psicosocial o biológica, personal de la salud por la exposición y aquellos que se saturan de información con los medios de comunicación. De igual forma, mencionan que las medidas de mitigación de la pandemia (cuarentena, aislamiento) pueden ser otro factor riesgoso para presentar problemas de salud mental; puesto que reconocen las pocas relaciones sociales y la soledad como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales como la depresión mayor y la esquizofrenia.

De acuerdo con Cedeño et al. (2020) el personal médico experimentaba sentimientos de tristeza, preocupación, enojo, culpa; que en exceso puede relacionarse con dificultades en

factores psicosociales. El trauma y el estrés son considerados como una nueva enfermedad para el personal de salud. La incertidumbre, la preocupación relacionada con el futuro puede generar miedo, ansiedad y depresión, si esta sintomatología se vuelve recurrente y se prolonga en el tiempo aumenta significativamente la aparición de problemas mentales incapacitantes como en el caso del estrés, traumas, pánico, trastornos de ansiedad, trastornos obsesivos compulsivos, entre otros (Fiorillo y Gorwoord, 2020).

De acuerdo con Ramírez et al. (2020) el personal sanitario tiene un 20% de probabilidad de presentar trastorno de estrés postraumático, trastornos del estado de ánimo o ansiedad; que se relaciona en su mayoría a la carga laboral, exposición directa con pacientes contagiados, escasez de recursos. Aunado a ello, la exposición frecuente a la muerte, el estrés y sobrecarga laboral se relaciona en muchos casos con el Burnout.

5. Marco Contextual

La E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) es una empresa centro de referencia del departamento de Cundinamarca y cabeza de red de 37 hospitales que tiene cobertura en 116 municipios; presta servicios de salud de alta y mediana complejidad; es epicentro en atención de patologías relacionadas con neurocirugía, cirugía general, bariátrica,

plástica y ortopedia, entre otras especialidades. En la actualidad cuenta con 88 años de trayectoria de calidad en docencia científica y asistencial, destacándose por sus profesionales de la salud especialistas con experiencia y calidez humana. El HUS ha sido reconocido por sociedades científicas y asociaciones médicas, por trabajos investigativos presentados por médicos, residentes y docentes del hospital. (HUS, 2021),

Misión

“En la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de La Samaritana, somos líderes en la prestación de servicios integrales de salud con calidad, profesionalismo y humanización, prestados por un equipo dispuesto la excelencia y con la tecnología adecuada, contribuyendo al desarrollo de la comunidad y liderando con ética la formación académica e investigativa.” (HUS, 2017).

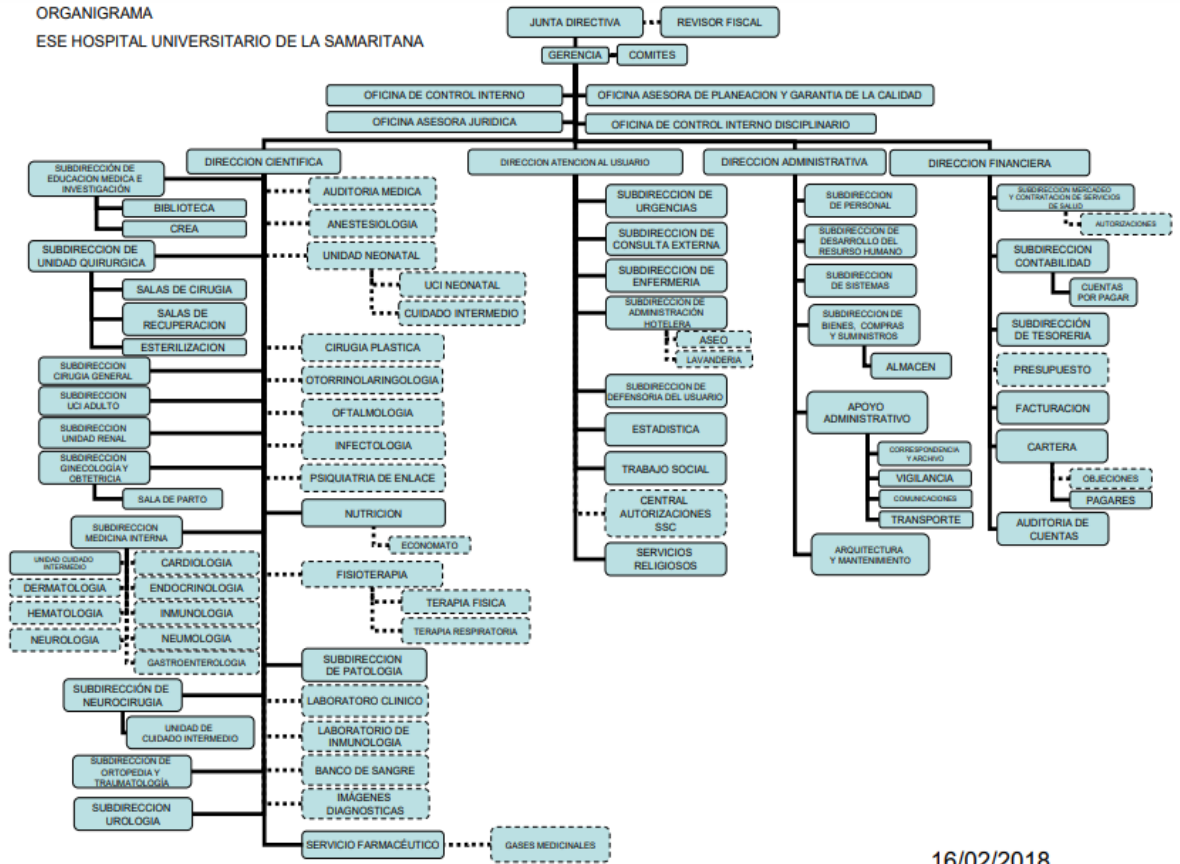
Visión

“En el 2021 como Hospital Universitario cabeza red de la red de Servicios de Salud de Cundinamarca, seremos reconocidos por nuestro Modelo de gestión humanizado y sustentable, con un Modelo de Educación en Investigación propio, basándonos en el desarrollo de Centros de Excelencia, que mediante el uso eficiente de los recursos y la tecnología, contribuya al mejoramiento de las condiciones de salud de la población.” (HUS, 2017)

Figura 1

Organigrama de la E.S.E. Hospital Universitario de la Samaritana

ORGANIGRAMA
ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA



16/02/2018

Nota. Adaptado de *Organigrama 2018*. [Imagen], por Hospital Universitario de la Samaritana, 2018, (<https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=114>)

6. Diseño metodológico

Tipo de investigación

Los niveles de estrés, ansiedad y depresión del personal médico del Hospital Universitario de la Samaritana se estudiarán en el marco de una investigación cuantitativa que incluirá la evaluación de síntomas de estrés, ansiedad y depresión, para ello se utilizará el Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) adaptado a población colombiana. El alcance de la investigación es descriptivo porque tiene como propósito generar un diagnóstico del personal médico a partir de la revisión de síntomas y el análisis de diferentes categorías sociodemográficas.

Se realiza la investigación cuantitativa porque permite validar o rechazar la hipótesis por medio de estadísticos. Entre las bondades de la investigación cuantitativa, se encuentra que permite generalizar los resultados, controlar los fenómenos, predicción y precisión (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Una vez obtenidos y analizados los resultados se puede realizar inferencias respecto a otras poblaciones que tengan características sociodemográficas similares.

Fuentes de información

Las fuentes de información provienen de los participantes. La muestra se estructura a partir de un muestreo por conveniencia bola de nieve.

Participantes

Las características demográficas asociadas a la muestra se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 1.
Edad, sexo, estado civil de los participantes

Edad		Sexo		Estado civil	
21 – 30	69	Femenino	58	Soltero	91
21 – 40	35	Masculino	97	Unión libre	14

41 - 50	27		Casado	50
51 - 60	18			
61 - 70	5			
73	1			
Total	155	Total	155	Total
				155

Nota: En esta tabla se evidencian las características sociodemográficas del personal médico participante del HUS.

Tabla 2

Profesión, servicio al que pertenece, área, tipo de contratación

Profesión		Servicio al que pertenece		Área		Tipo de contratación	
Médico general	25	Anestesia	36	Consulta externa	26	Planta	72
Médico residente	57	Cirugía general	18	Hospitalización	36	Contrato	73
Médico especialista	73	Cirugía plástica	10	Neonatos	1	Cooperativa	10
		Dermatología	1	Salas de cirugía	68		
		Gastro	3	Sala de partos	4		
		Ginecología	12	UCI	5		
		Medicina interna	12	Urgencias	17		
		Neonatos	1				
		Neumología	1				
		Neurocirugía	3				
		Neurología	2				
		Oftalmología	14				
		Otorrino	2				
		Ortopedia	30				
		UCI	3				
		Urgencias	7				
Total	155	Total	155	Total	155	Total	155

Nota: En esta tabla se relacionan los médicos por profesión, servicio al que pertenece, área y tipo de contrato.

Criterios de inclusión y criterios de exclusión

Entre los criterios de inclusión se encuentra el personal médico graduado que trabaja en el HUS en la atención de pacientes sospechosos y/o diagnosticados con SARS-CoV2 en los diferentes servicios del hospital. En los criterios de exclusión, no se tendrá en cuenta el personal médico con diagnóstico en salud mental previo a la pandemia COVID-19.

Tabla 3

Definición conceptual y operacional de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO
<p>Variable Independiente:</p> <p>Características sociodemográficas</p>	<p>Edad: conjunto de características que determinan al cuerpo</p> <p>Sexo: conjunto de rasgos biológicos que diferencia las mujeres de los hombres.</p> <p>Estado civil: situación en la que se encuentra un individuo relacionado con su estado personal y legislativo</p> <p>Profesión: hace referencia a un empleo u ocupación que requiere una formación académica.</p>	<p>Se evaluará usando la ficha sociodemográfica</p>	<p>Ficha sociodemográfica (Ver Anexo 1)</p>
<p>Variable Dependiente:</p> <p>Estrés, ansiedad y depresión</p>	<p>Estrés: Respuesta del cuerpo ante cualquier demanda que se le exija, y teniendo en cuenta que se asocia con miedo, ansiedad y placer, y que deriva en Síndrome de Adaptación General (Redolar, 2011)</p> <p>Ansiedad: Miedo crónico que se mantiene en ausencia de una amenaza directa</p> <p>Depresión: Estado de ánimo caracterizado por sentimiento de desesperación, pérdida de la</p>	<p>Se evaluará utilizando la escala breve DASS-21 que mide síntomas relacionados con estrés, ansiedad y depresión</p>	<p>DASS 21: Es una escala de breve aplicación que permite identificar síntomas asociados con estrés, ansiedad y depresión. 7 de cada 21 ítems miden los síntomas en mención. (Ver anexo 2)</p>

capacidad de
experimentar placer
a menudo sin razón
aparente

1.1 Procedimiento

Para realizar la investigación con el personal médico del Hospital Universitario de la Samaritana, se estableció contacto con el Centro de Investigación del HUS (CIE-HUS), en el cual informan que se deben cumplir dos requisitos; diligenciar el RAE con la propuesta del proyecto de investigación vinculado al Hospital y someterlo a aprobación por el Comité de Ética (CEIHUS). Siguiendo las indicaciones se estableció contacto con el Grupo de Investigación Mandrágora, específicamente con el Dr. Víctor Hugo González Cárdenas y el Dr. Yonny Mena Méndez quienes aceptaron participar en la investigación en calidad de coinvestigadores. Una vez aprobado el proyecto, se aceptan las sugerencias del Comité en el cual sugieren que la recogida de datos debe ser virtual. Por lo tanto, se realiza el cuestionario en Google Forms incluyendo el consentimiento en la parte inicial del mismo, se realiza ficha sociodemográfica, cuestionario DASS-21 y por último análisis de datos.

Instrumentos

La recolección de información se hará por medio de dos instrumentos; una encuesta de datos sociodemográficos que permitirá caracterizar la muestra. Y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) es una instrumento de auto-reporte que permite medir síntomas emocionales negativos de estrés, ansiedad y depresión. Esta escala cuenta con 21 ítems, donde 7 miden síntomas asociados con estrés, 7 ansiedad y 7 depresión. La calificación se realiza por una escala tipo likert donde 0: no me ha ocurrido, 1: me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo, 2: me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo, 3:

me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. Este instrumento se encuentra validado en Colombia, por lo cual, tiene una alta confiabilidad y validez (Ruiz y cols. 2017).

1.2 Plan de análisis

Las variables cualitativas hacen referencia a la descripción demográfica de la población, cuyo análisis se realizará con frecuencias y porcentajes. Las variables cuantitativas dependiendo del test de distribución Shapiro Wilk en medias o medianas, y desviaciones estándar o rangos intercuartílicos. Se realizará exploración analítica de hipótesis por medio de test paramétricos de comparación de medias (t-student). Los datos se registrarán en hoja de cálculo de Excel y se analizará en un procesador estadístico SPSS 25 (IBM). La significancia estadística se definió en una probabilidad menor del 5% para azar.

1.3 Aspectos éticos

El Ministerio de Salud expidió la Resolución 8403 de 1993, en el cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas para la investigación en el sector salud, el capítulo I refiere los aspectos éticos de la investigación en seres humanos; cuyos artículos 9, 10 y 11 hacen referencia al riesgo. La presente investigación se encuentra en literal a del Artículo 11, Investigación sin riesgo, puesto que es un estudio en el que se aplicará un cuestionario virtual anónimo cuyo propósito es identificar niveles de estrés, ansiedad y depresión, para realizar análisis de datos.

Referente al consentimiento informado, en la Resolución 8403 de 1993, en el párrafo primero, del artículo 16 mencionan que de acuerdo a los Comités de Ética de las Instituciones en las cuales se realiza la investigación, pueden autorizar la abstención del mismo cuando es una investigación sin riesgo.

La aplicación de esta encuesta tiene implícito el consentimiento informado; por sugerencias del Comité de Ética de Investigación del HUS, no era viable implementar un formato para firmar, puesto que, al ser una aplicación virtual, el sujeto da el aval al responder SI a la participación (Ver anexo 4).

4. Resultados

Los resultados presentados a continuación corresponden a 155 personas evaluadas. La edad promedio de los encuestados es 32 años; donde se obtuvo 97 respuestas de hombres

para un 62,60% y 58 respuestas de mujeres para un 37,40%. La exploración analítica de hipótesis se realiza por medio de prueba paramétricos de comparación de medias (t-student)

En la tabla No. 4 se presenta información relacionada con la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en personal médico del HUS.

Tabla 4

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en personal médico del HUS

ESTRÉS			ANSIEDAD			DEPRESION		
PREVALENCIA	51	32,90%	PREVALENCIA	45	29,00%	PREVALENCIA	42	27,10%
SCORE	5		SCORE	1		SCORE	1	
RIQ	1	9	RIQ	0	4	RIQ	0	5
SIN SINTOMAS	104	67,10%	SIN SINTOMAS	110	71,00%	SIN SINTOMAS	113	72,90%
LEVE	21	13,50%	LEVE	7	4,50%	LEVE	21	13,50%
MODERADO	11	7,10%	MODERADO	23	14,80%	MODERADO	8	5,20%
SEVERO	18	11,60%	SEVERO	6	3,90%	SEVERO	7	4,50%
EXTRE. SEVERO	1	0,60%	EXTRE. SEVERO	9	5,80%	EXTRE. SEVERO	6	3,90%

Nota: entiéndase Extre = extremadamente

Los datos obtenidos dejan en evidencia una mayor prevalencia de estrés, seguida de ansiedad y depresión. Es de destacar que la ausencia de síntomas prevalece en todos los grupos evaluados, sin embargo, empiezan a aparecer síntomas leves y severos de estrés, moderados de ansiedad y leves de depresión. Esto se explicaría por la exposición inmediata que están haciendo al agente estresante, entendiendo que para el desarrollo de ansiedad y depresión se requiere de una cronicidad.

Tabla 5

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por servicio al que pertenece

SERVICIO	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
		p 0,172		p 0,243		p 0,45
ANESTESIA	14	38,90%	13	36,10%	13	36,10

CX GRAL	7	38,90%	8	44,40%	3	16,70%	%
CX PLAS	2	20,00%	1	10,00%	1	10,00%	%
DERMATO	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	%
GASTRO	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	%
GINECO	2	16,70%	1	8,30%	1	8,30%	%
MED INT	4	33,30%	1	8,30%	2	16,70%	%
NEONAT	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	%
NEUMOL	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	%
NEURO CX	1	33,30%	1	33,30%	1	33,30%	%
NEUROL	1	50,00%	1	50,00%	1	50,00%	%
OFTALMO	3	21,40%	3	21,40%	4	28,60%	%
ORL	0	0,00%	1	50,00%	0	0,00%	%
ORTOP	14	46,70%	13	43,30%	13	43,30%	%
UCI	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	%
URG	3	42,90%	2	28,60%	3	42,90%	%

Nota: entiéndase CX=cirugía, ORL=Otorrinolaringología, ORT=ortopedia, URG=urgencias.

En la siguiente tabla se puede evidenciar que la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión no tienen una relación directa con el área de servicio donde laboran los médicos; puesto que la probabilidad de la hipótesis en todos los casos es mayor a 0.05, indica que, estrés ($p = 0,172$), ansiedad es ($p = 0,243$) y ansiedad equivale al ($p = 0,45$). Dichos resultados se pueden relacionar con el número de médicos que pertenece a cada área y el número de médicos que presenta síntomas asociados con las variables analizadas.

Tabla 6
Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por área

AREA	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
		$p0,137$		$p 0,242$		$p0,514$
C. EXT	5	19,20%	6	23,10%	7	26,90%
HOSP	16	47,10%	13	38,20%	12	35,30%
S. PARTOS	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
S. QX	23	33,80%	22	32,40%	19	27,90%
UCI	2	40,00%	0	0,00%	0	0,00%
URG	5	29,40%	4	23,50%	4	23,50%

Nota: entiéndase por C. EXT: consulta externa, HOSP: hospitalización, S. PARTOS: sala de partos, S QX: sala de cirugía, UCI: Unidad de Cuidado Intensivo, URG: Urgencias.

En la siguiente tabla se puede concluir que los síntomas asociados con estrés, ansiedad y depresión no se relacionan con el área de servicio, puesto que la probabilidad $p > 0.05$, los resultados pueden referir que al tener esta distribución referente al área donde laboran: consulta externa 26, hospitalización 34, neonatos 1, salas de cirugía 68, sala de partos 4, UCI 5 y urgencias 17. Se puede concluir que en las áreas donde mayor prevalencia de estrés, ansiedad y depresión es salas de cirugía con un 33,8%, 32,4% y 27,9% respectivamente. Seguido por los médicos que refirieron hospitalización con la siguiente prevalencia 47,1% estrés, ansiedad 38,2% y depresión 35,3%.

Tabla 7

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por género

GENERO	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
		p 0,167		p 0,248		p 0,11
MUJER	23	39,70%	20	34,50%	20	34,50%
HOMBRE	28	28,90%	25	25,80%	22	22,70%

Nota: En la siguiente tabla se relaciona la prevalencia de síntomas por género.

De acuerdo a los resultados hallados en esta tabla, se puede evidenciar que de 58 mujeres que respondieron la encuesta, 23 (39,7%) presentó síntomas asociados a estrés 20 (34,5%) ansiedad y depresión. De 97 hombres que respondieron la encuesta, 28 (28,90%) presentaron síntomas asociados a estrés, 25 (25,80%) síntomas de ansiedad y 22 (22,70%) síntomas de depresión. La $p > 0.05$ en todos los casos, por lo tanto, se puede concluir que la prevalencia de los síntomas no incide con el género.

Tabla 8

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por estado civil

ESTADO CIVIL	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
---------------------	---------------	--	-----------------	--	------------------	--

	p 0,024		p 0,005		p 0,002	
SOLTERO	36	39,60%	33	36,30%	30	33,00%
UNION LIBRE	6	42,90%	6	42,90%	7	50,00%
CASADO	9	18,00%	6	12,00%	5	10,00%

Nota: En la siguiente tabla se relaciona la prevalencia de síntomas con el estado civil.

La distribución de estrés, ansiedad y depresión asociada al estado civil demuestra que la hipótesis nula es verdadera porque los $p < 0.05$; con mayor énfasis en ansiedad ($p = 0.005$) y depresión ($p = 0.002$), a continuación, se relaciona la mayor prevalencia a los médicos que están solteros con prevalencia de 39,60% para estrés, 36,30% para ansiedad y 33,00% para depresión. El grupo de médicos que se encuentran en unión libre con una prevalencia de 42,9% para estrés, 42,9% para ansiedad y 50% para depresión. El grupo que mostró menor prevalencia fue el de casados con una distribución de 18% para estrés, 12% para ansiedad y 10% para depresión.

Tabla 9

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico con o sin hijos

HIJOS	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,002		p 0,002		p 0,041	
CON HIJOS	9	17,00%	7	13,20%	9	17,00%
SIN HIJOS	42	41,20%	38	37,30%	33	32,40%

Nota: Prevalencia de síntomas de médicos que tienen hijos.

Referente a la prevalencia de la sintomatología en personal médico que tiene o no hijos, la hipótesis nula es falsa en estrés y ansiedad es ($p = 0.002$), lo cual demuestra que hay mayor prevalencia de estrés en médicos que no tienen hijos 102 equivale al 65,80% de la muestra que presentó mayor puntuación en síntomas asociados con estrés 41,20%, ansiedad en 37,30% y depresión 32,40%. Los resultados en personal médico con hijos fueron menores, puesto que 7 (13,20%) presentó ansiedad y 9 (17,00%) refirieron síntomas de estrés y depresión.

Tabla 10

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico que vive solo

VIVE SOLO	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
-----------	--------	--	----------	--	-----------	--

	p 0,558		p 0,366		p 0,037	
HIJOS +	8	33,10%	6	24,00%	11	44,00%
HIJOS -	43	32,00%	39	30,00%	31	23,80%

En la tabla se puede evidenciar que la hipótesis nula es falsa para depresión ($p=0.037$), lo cual demuestra que los médicos que viven solos y no tiene hijos para un total de 102, presentan síntomas asociados con la depresión puesto que 31 representa el 23,8%. Sin embargo, se puede analizar que 11 de los 53 médicos que refirieron tener hijos presentan síntomas de ansiedad en un 23,8%. Se puede entender que, vivir solo y tener hijos representa una alta posibilidad de presentar síntomas depresivos.

Tabla 11

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico que convive con padres y/o hermanos

CONVIVE	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,012		p 0,033		p 0,261	
<u>PADRE / HERMANO +</u>	21	47,70%	18	40,90%	14	31,80%
<u>PADRE / HERMANO -</u>	30	27,00%	27	24,30%	28	25,20%

De acuerdo con esta tabla, se puede inferir que la hipótesis nula es falsa para estrés ($p=0.012$), y ansiedad siendo la ($p = 0.033$); donde hay mayor sintomatología para médicos que conviven con personas diferentes a padres y hermano; distribuido de la siguiente manera estrés 27%, y ansiedad 24,3%. Aunque los médicos que viven con padres y hermanos representan el 47,7% de estrés, 40,9% ansiedad son menos en comparación.

Tabla 12

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión de personal médico que convive con cónyuge

CONVIVE	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,161		p 0,03		p 0,076	
CONYUGE +	19	27,90%	14	20,60%	14	20,60%
CONYUGE -	32	36,80%	31	35,60%	28	32,20%

Se puede evidenciar que de 68 médicos que refirieron vivir con su cónyuge. Aquellos que refirieron no vivir con su cónyuge presentaron mayor prevalencia para síntomas asociados con ansiedad ($p=0.03$) lo cual demuestra que la hipótesis nula es falsa y equivale al 35,6% ansiedad. El 36,8% refirió presentar estrés, y el 32,2% depresión.

Tabla 13

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por profesión

PROFESION	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,001		p 0,003		p 0,0001	
MD GRAL	13	52,00%	9	36,00%	11	44,00%
MD RES	23	40,40%	25	43,90%	21	36,80%
MD ESP	15	20,50%	11	15,10%	10	13,70%

Nota: entiéndase MD = médico, GRAL = general, RES = residente, ESP = especialista

Referente a la sintomatología por profesión, se encuentra mayor prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en médicos generales con los siguientes resultados 52%, 36% y 44% y residentes 40,4%, 43,9% y 36,8% respectivamente en comparación con los especialistas.

Tabla 14

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por nivel de escolaridad

ESCOLARIDAD	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,001		p <0.0001		p <0.0001	
MD – PROF	3	45,50%	33	42,90%	32	41,60%
	5					
ESP – MSc	1	20,50%	12	15,40%	10	12,80%
	6					

En lo que respecta a la prevalencia los síntomas evaluados de acuerdo al grado de escolaridad, se encuentra mayor prevalencia en los médicos generales, que presentan puntuaciones de 45,50%, 42,90% y 41,60% en estrés, ansiedad y depresión respectivamente.

Tabla 15

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por vinculación laboral

V. LABORAL	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,042		p 0,00		p 0,136	
PLANTA	28	38,90%	29	40,30%	23	31,90%
CONTRATO	22	30,10%	15	20,50%	17	23,30%
COOP	1	10,00%	1	10,00%	2	20,00%

En la tabla se puede evidenciar que hay mayor prevalencia de síntomas en personal médico que está vinculado por planta; estrés 38,9%, ansiedad 40,3% y depresión 31,9%. Se evidencia que los médicos que laboran por prestación de servicios, tienen prevalencia del 30,1% en estrés, 20,50% ansiedad y 23,3% depresión. La diferencia que se encuentra en estas contrataciones, difiere por 4 personas en estrés, 14 en ansiedad y 6 en depresión.

Tabla 16

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por tomar medicamentos regularmente

MEDICAMENTOS	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,343		p 0,282		p 0,49	
CONYUGE +	10	28,60%	12	34,30%	10	28,60%
CONYUGE -	41	34,20%	33	27,50%	32	26,70%

Los médicos que toman medicamentos regularmente presentan prevalencia de estrés en 28,6%, ansiedad 34,3% y depresión 28,6%, es de resaltar que los resultados no son significativos por la baja cantidad de respuestas afirmativas de consumo regular. Los médicos que no toman medicamentos regularmente presentan mayor estrés en 34,2%, ansiedad 27,5% y depresión en 26,7%.

Tabla 17

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por asistencia a consulta en salud mental

CONS MENTAL	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,507		p 0,143		p 0,035	
C. MENTAL +	14	31,80%	16	36,40%	17	38,60%
C. MENTAL -	37	33,30%	29	26,10%	25	22,50%

Los resultados encontrados son, de los 44 médicos que asistieron alguna vez, 14 representa un 31,8% síntomas de estrés, 16 representa 36,4% síntomas de ansiedad y 17

representa un 38,6% de síntomas asociados a depresión. En relación con los médicos que no han asistido a consulta el 33,3% presenta sintomatología asociada a estrés, el 26,1% ansiedad y el 22,5% depresión. Estos resultados permiten identificar que hay mayor prevalencia en personal médico que no ha asistido a consulta.

Tabla 18

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión y asistencia a consulta psicológica

PSICOLOGIA	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,305		p 0,231		p 0,029	
PSICOL +	10	37,00%	11	40,70%	14	51,90%
PSICOL -	3	23,10%	3	23,10%	2	15,40%

De 27 médicos que respondieron asistir a consulta psicológica hay mayor prevalencia de sintomatología en estrés del 37%, ansiedad 4,7% y depresión del 51,9% con mayor tendencia en este factor.

Tabla 19

Prevalencia de estrés, ansiedad y depresión por asistencia a consulta psiquiatría

PSIQUIATRIA	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,231		p 0,395		p 0,016	
PSIQU +	3	21,40%	4	28,60%	2	14,30%
PSIQU -	10	38,50%	10	38,50%	14	53,80%

De los 14 médicos que han asistido a consulta por psiquiatría, el 21,4% presenta síntomas de estrés, 28,6% ansiedad y el 14,3% depresión. Estos resultados permiten evidenciar que los médicos que no han asistido a consulta psiquiátrica tienen una mayor tendencia a presentar síntomas de estrés en el 38,5%, ansiedad 38,5% y depresión en 53,8%

Tabla 20

Prevalencia en médicos que toman medicamentos para regular el estrés, ansiedad y depresión

MED AED	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,429		p 0,007		p 0,025	
MED AED +	4	40,00%	7	70,00%	6	60,00%
MED AED -	47	32,40%	38	26,20%	36	24,80%

Nota: Toma medicamentos para regular EAD

De los 155 médicos encuestados 44 refirieron tomar medicamentos; la prevalencia para estrés es de 40%, ansiedad 70% y depresión 60%. Respecto al personal médico que no toma medicamentos hay prevalencia de estrés que se expresa en el 32,4% de la población.

Tabla 21

Prevalencia en médicos que toman complementos naturales/herbales/bioenergéticos o similares para modular el estrés, ansiedad y depresión

COMP AED	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,198		p 0,236		p 0,352	
COMP AED +	8	44,40%	7	38,90%	6	33,30%
COMP AED -	43	31,40%	38	27,70%	36	26,30%

Nota: COMP = complementos

De 155 encuestados, 18 refirieron tomar complementos no medicamentos que ayudan a modular la sintomatología estudiada. Los médicos que presentan estrés 44%, ansiedad 38,9% y 33,3%. Respecto a los médicos que no presentan síntomas; estrés refiere el 31,4%, ansiedad 27,7% y 26,3% depresión.

Tabla 22

Prevalencia en médicos que realizan actividad / ejercicio / (meditación, respiración, actividad deportiva, yoga, etc.) para modular el estrés ansiedad y/o depresión

ACT COMP	ESTRÉS		ANSIEDAD		DEPRESION	
	p 0,088		p 0,113		p 0,029	
ACT COMP +	17	26,20%	15	23,10%	12	18,50%
ACT COMP -	34	37,80%	30	33,30%	30	33,30%

Nota: Actividades complementarias

De los 155 encuestados, 65 refirieron realizar actividades complementarias como deporte 82,8%, relajación y meditación 27,6%, lúdica 6,9%, actividades mixtas 17,2%. Los médicos que presentan síntomas asociados con estrés que realiza actividades complementarias es de 27,2%, ansiedad 23,1%, 18,5%. Respecto a los médicos que no presentan síntomas asociados pero que realizan actividades complementarias, se encuentra alto porcentaje en depresión.

5. Discusión

Dentro de los objetivos propuestos para la investigación se propone determinar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en el personal médico del HUS. La prevalencia de sintomatología en el personal médico del HUS en estrés es del 32,90%, ansiedad del 29,00%

y depresión el 27,10%. Aunque las mediciones efectuadas no muestran una presencia significativa de estrés, ansiedad y depresión en el personal médico si dejan en evidencia la presencia de síntomas leves y moderados que pueden ser objeto de atención en programas institucionales que propendan por la reducción del riesgo psicosocial. Esto puede explicarse por lo propuesto por Erquicia et al. (2020) quien refiere que la pandemia por SARS-CoV2 ha significado para el personal médico dificultades de salud mental, aspecto que respalda con un estudio realizado entre marzo y abril de 2020 en Barcelona, demostró que el 71,6% de los profesionales presentaron ansiedad y el 60,3% presentó depresión.

De acuerdo con una revisión realizada por Torres (2020) La pandemia ha impactado significativamente al personal de salud debido a las extensas jornadas laborales, falta de elementos de protección personal, altos números de contagio, evidenciar a familiares y colegas contagiados o angustia de transmitirles el virus, definir prioridades físicas y mentales entre el personal médico y los pacientes.

Respecto al segundo objetivo que tiene como propósito comparar la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en relación con el área de servicio se puede identificar que, en hospitalización hubo síntomas de estrés 47,1%, ansiedad 38,2% y depresión 35,30%; estos porcentajes se pueden relacionar con la exposición durante el turno. En salas de cirugía, síntomas de estrés equivale al 33,8%, ansiedad 32,4%, depresión 27,9%. En urgencias, estrés al 29,40%, ansiedad 23,5%, depresión 23,50%. De acuerdo con Lozano (2020), para marzo de 2020 la ansiedad de los médicos se encontraba en 23,04% y se relacionaba por la atención directa a paciente y el miedo a contagiarse. En comparación con otras áreas, los resultados de salas de partos y UCI pueden verse influenciados por la muestra limitada de médicos.

En ortopedia anestesia y cirugía general, los médicos están más expuestos y tienen mayor riesgo en el trabajo la carga más elevada urgencias el contacto con los pacientes

demandas de la familia de los pacientes, agresiones verbales, nivel de responsabilidad y conflictos éticos que explican porque hay mayor nivel de estrés. De igual forma, el estrés laboral se relaciona con un aumento del ausentismo, baja productividad, alta rotación, enfermedades y accidentes laborales (Durán, 2010). Investigaciones adelantadas por Fernández (2003) han dejado en evidencia la relación entre el estrés laboral y el tipo de servicio prestado en la organización, la carga mental, la duración de la jornada laboral y la frustración ante el desarrollo de la tarea.

Respecto al análisis de los factores de protección del riesgo psicosocial presentes en el HUS que inciden en la presencia o ausencia de afectaciones en la salud mental en el personal médico.

En los resultados hallados en prevalencia de síntomas de acuerdo con el sexo; hay mayor proporción de hombres con síntomas de estrés 28,9%, ansiedad 25,8% y depresión 22,7%. En cuanto a los resultados de las mujeres, 39,8% estrés, 34,5% en ansiedad y 34,5% depresión. En los estudios que se realizaron para identificar la prevalencia de síntomas se encuentra mayor proporción de mujeres con síntomas (Lozano, 2020).

De acuerdo con Samaniego et al (2020), los médicos presentan alta sintomatología en un estudio realizado en hospital de Paraguay, entre las causas se encuentra la duración del cansancio, también se centra que experimentan repetición los eventos traumáticos, estrés, y en algunos casos hiperactividad. En la prevalencia de sintomatología relacionada con estrés, ansiedad y depresión; estos autores refieren que las mujeres presentan porcentajes más altos en comparación con el personal masculino que labora en el mismo hospital.

Arenas (2006) señala que los trabajadores asistenciales tienen una prevalencia de estrés laboral que oscila entre el 33,9% y el 65% y que el mismo se relaciona con síntomas de carácter fisiológico, dejando en evidencia que las profesiones en el ámbito de la salud son

altamente estresantes y que este estrés proviene de las características del rol, límites difusos en la definición de tareas, condiciones laborales, sobrecarga laboral y una exposición continua a enfermedades contagiosas. Monterrosa (2020). En marzo de 2020 se realizó una encuesta a población médica de Colombia que demostró síntomas de ansiedad del 72,9%, asociados al miedo que presentaban los médicos generales por el COVID-19. Así mismo, Juárez (2020) propuso que la pandemia en sus inicios sería para ese momento un reto en los servicios de salud y una problemática para la salud mental.

La prevalencia relacionada con estado civil demuestra que, la tercera parte del personal médico presenta sintomatología asociada con estrés, ansiedad y depresión que refiere estar soltero; con los siguientes porcentajes 39,60%, 36,30% y 33,00% respectivamente. Hay una baja prevalencia en personal médico que vive en unión libre (14) y casado (50); puesto que hay un promedio de 6 médicos que presentan síntomas.

Referente a la prevalencia de la sintomatología en personal médico que tiene o no hijos, hay mayor porcentaje de estrés en médicos que no tienen hijos 102 equivale al 65,80% de la muestra que presentó mayor puntuación en síntomas asociados con estrés 41,20%, ansiedad en 37,30% y depresión 32,40%. Los resultados en personal médico con hijos fueron menores, puesto que 7 (13,20%) presentó ansiedad y 9 (17,00%) refirieron síntomas de estrés y depresión.

De los 155 médicos evaluados, 25 refirieron vivir solos, pero tener hijos. De ese porcentaje el 33,10% presentó síntomas de estrés, 24,00% de ansiedad y 44,00% síntomas asociados con depresión. En comparación con aquellos que no tienen hijos, presentaron un 32% síntomas de estrés, 30% ansiedad y 23% depresión. Se puede entender que, vivir solo y tener hijos representa una alta posibilidad de presentar síntomas depresivos.

En relación con la prevalencia de la sintomatología; 44 médicos refirieron convivir con padres y/o hermanos; lo cual significa que, el 47,7% de los médicos presenta síntomas asociados a estrés, 40,9% ansiedad y 31,8% síntomas depresivos. Se podría inferir que los médicos que viven con sus familias tienen mayor predisposición a presentar dichos síntomas. Se puede evidenciar que de 68 médicos que refirieron vivir con su cónyuge, el que no vive con el cónyuge presenta mayor prevalencia, el 36,8% refirió presentar estrés, el 35,6% ansiedad y el 32,2% depresión. El estrés laboral se relaciona con un aumento del ausentismo, baja productividad, alta rotación, enfermedades y accidentes laborales (Durán, 2010). Investigaciones adelantadas por Fernández (2003) han dejado en evidencia la relación entre el estrés laboral y el tipo de servicio prestado en la organización, la carga mental, la duración de la jornada laboral y la frustración ante el desarrollo de la tarea.

Referente a la sintomatología por profesión, se encuentra mayor prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en médicos generales con los siguientes resultados 52%, 36% y 44% y residentes 40,4%, 43,9% y 36,8% respectivamente en comparación con los especialistas. Greenberg (2020) menciona que la pandemia ha generado nuevos cambios en el personal de salud debido a la exposición de estrés y presión laboral; entre los cuales se encuentra equilibrar sus síntomas físicos y mentales, brindar atención a los familiares de los pacientes que se encuentran hospitalizados por SARS-CoV2 (COVID-19), realizar atención a todos los pacientes aun cuando no estén contagiados del virus; dichas situaciones pueden generar daño moral en el personal médico.

Igualmente, menciona el daño moral como una angustia que surge en la presencia de situaciones de difícil manejo o por desconocimiento que dificultan el ejercicio de la ética y la moral. Este autor propone que las personas que tienen daño o fluctuaciones en la moral tienen mayor riesgo de presentar trastornos mentales; entre los cuales se encuentra trastornos de estrés postraumático, depresión e ideación suicida. Comunicar malas noticias, también se

asocia con problemáticas de moral. Refiere que todos los profesionales de la salud deben estar preparados para los dilemas éticos y morales que se pueden presentar en el ejercicio de su profesión.

En lo que respecta a la prevalencia los síntomas evaluados de acuerdo al grado de escolaridad, se encuentra mayor prevalencia en los médicos generales, que presentan puntuaciones de 45,50%, 42,90% y 41,60% en estrés, ansiedad y depresión respectivamente.

Se puede evidenciar que hay mayor prevalencia de síntomas en personal médico que está vinculado por planta; estrés 38,9%, ansiedad 40,3% y depresión 31,9%. Se evidencia que los médicos que laboran por prestación de servicios, tienen prevalencia del 30,1% en estrés, 20,50% ansiedad y 23,3% depresión. La diferencia que se encuentra en estas contrataciones, difiere por 4 personas en estrés, 14 en ansiedad y 6 en depresión. En relación con el personal asistencial del sector salud tienen turnos de trabajo que oscilan entre las 9 y las 12 horas enfrentándose diariamente a toma de decisiones asociadas a salvar vidas o enfrentarse a la muerte (MINTRABAJO, 2013).

Especialmente en lo que se refiere al ejercicio laboral de los médicos este se ha desarrollado en consonancia con lo propuesto en la Ley 100 de 1993 que señala la necesidad de atención médica de 24 horas generando la posibilidad de turnos rotativos que han desencadenado condiciones de pluriempleo y un aumento del estrés laboral (Congreso de la República, 1993).

Los médicos que toman medicamentos regularmente presentan prevalencia de estrés en 28,6%, ansiedad 34,3% y depresión 28,6%, es de resaltar que los resultados no son significativos por la baja cantidad de respuestas afirmativas de consumo regular. Los médicos que no toman medicamentos regularmente presentan mayor estrés en 34,2%, ansiedad 27,5% y depresión en 26,7%.

Los resultados encontrados son, de los 44 médicos que asistieron alguna vez, 14 representa un 31,8% síntomas de estrés, 16 representa 36,4% síntomas de ansiedad y 17 representa un 38,6% de síntomas asociados a depresión. En relación con los médicos que no han asistido a consulta el 33,3% presenta sintomatología asociada a estrés, el 26,1% ansiedad y el 22,5% depresión. Estos resultados permiten identificar que hay mayor prevalencia en personal médico que no ha asistido a consulta.

De 27 médicos que respondieron asistir a consulta psicológica hay mayor prevalencia de sintomatología en estrés del 37%, ansiedad 4,7% y depresión del 51,9% con mayor tendencia en este factor. Choi (2017) Referente al impacto que ha tenido la pandemia de SARS-CoV2, se evidencia que el aislamiento puede generar trastornos psiquiátricos o psicológicos; entre los que se evidencia depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos de conducta y pánico. Entre las causas se encuentra la separación familiar, soledad, duelo, miedo, desinformación.

De los 14 médicos que han asistido a consulta por psiquiatría, el 21,4% presenta síntomas de estrés, 28,6% ansiedad y el 14,3% depresión. Estos resultados permiten evidenciar que los médicos que no han asistido a consulta psiquiátrica tienen una mayor tendencia a presentar síntomas de estrés en el 38,5%, ansiedad 38,5% y depresión en 53,8%

De los 155 médicos encuestados 44 refirieron tomar medicamentos; la prevalencia para estrés es de 40%, ansiedad 70% y depresión 60%. Respecto al personal médico que no toma medicamentos hay prevalencia de estrés que se expresa en el 32,4% de la población.

De los 155 encuestados, 65 refirieron realizar actividades complementarias como deporte 82,8%, relajación y meditación 27,6%, lúdica 6,9%, actividades mixtas 17,2%. Los médicos que presentan síntomas asociados con estrés que realiza actividades

complementarias es de 27,2%, ansiedad 23,1%, 18,5%. Respecto a los médicos que no presentan síntomas asociados pero que realizan actividades complementarias, se encuentra alto porcentaje en depresión.

Chiang y cols. (2013) reportan que entre el 20 y el 33% de los profesionales asistenciales médicos tienen altos niveles de estrés laboral y que este afecta fisiológica y emocionalmente a las personas que lo sufren. Entre las consecuencias más evidentes asociadas al estrés se encuentra la pérdida de interés por el trabajo, baja motivación por las tareas, ansiedad, cansancio emocional, insomnio, fatiga, problemas gástricos y despersonalización. Paralelo a ello resalta la mayor exposición a factores de riesgo psicosocial en la que se encuentra el personal del sector salud, aspecto que incide en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades laborales asociadas al estrés.

6. Conclusiones

El desarrollo del presente proyecto de investigación permitió abordar una problemática que al ser nueva (pandemia), se esperaba que los resultados indicaran altos niveles de estrés, ansiedad y depresión en el personal médico, similar a los hallazgos encontrados en otros países. Se concluyen tres aspectos importantes a tener en cuenta en el

desarrollo de investigaciones que involucren la evaluación a individuos y la sintomatología relacionada con desastres naturales o eventos traumáticos que generan impacto en la sociedad.

Los resultados generales permiten concluir que el 32,9% de los médicos encuestados presenta estrés con prevalencia leve, moderado y severo (12,5% - 7,1% - 11,6%). El 29,0% refiere síntomas asociados a ansiedad: leve, moderado, severo, extremadamente severo (4,5%, 14,8%, 3,9% y 5,8%) respectivamente. Y depresión se presenta de la siguiente manera 27,1% leve 13,5%, moderado 5,2%, severo 4,5%, extremadamente severo 3,9%.

Se encuentra falencias relacionadas con la población, puesto que hay servicios que cuentan con más de 30 profesionales (Ortopedia, Anestesia) y otros servicios se encuentran a lo sumo 5, este desequilibrio de la muestra dificulta tener resultados con alta confiabilidad. Respecto a la aplicación, cabe anotar que al ser un estudio de carácter descriptivo, no hay obligatoriedad para responder la encuesta y el índice de respuesta fue equivalente al número de médicos que laboran en el Hospital Universitario de la Samaritana y que cumplen con los criterios de inclusión; ser médico graduado, no tener diagnóstico previos de trastornos mentales.

El diseño metodológico fue funcional y permitió dar un uso adecuado a los datos, sin embargo, las probabilidades de cada estadístico fueron lejanas a punto (.1) lo cual significa que las hipótesis fueron rechazadas en su mayoría porque no hay confiabilidad en la muestra.

Aunado a esto, se puede concluir que el personal médico que está en condición de casado, que son maestrantes o especialistas y que tiene hijos presenta menor prevalencia de síntomas. Los médicos que refirieron asistencia a consulta por psicología presentaron mayor prevalencia de depresión, en comparación con los médicos que asistieron a psiquiatría cuya prevalencia fue inferior.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones se recomienda tener en cuenta dos aspectos importantes; cuando se quiere conocer la prevalencia de sintomatología por servicios, es importante que la muestra de los médicos por servicios sea igual para que la consistencia de resultados sea proporcional. Por otra parte, se recomienda que las investigaciones propuestas para evaluar sintomatología referente a la salud mental y/o física sean realizadas cuando los sucesos o eventos estén en desarrollo para que los resultados no se vean mediados por adaptabilidad al hecho.

Referencias

- Agudelo, C. (2020). ¿Qué es una cuarentena y cómo se determina?
Recuperado el 30 de enero de 2021.
- Apaza, C. M., Sanz, R. S. S., & Arévalo, J. E. S. C. (2020). Factores
psicosociales durante el confinamiento por el Covid-19–Perú. *Revista Venezolana de
Gerencia*, 25(90), 402-413.
- Ayala, A. E. G. (2012). Trastornos de ansiedad: agorafobia y crisis de
pánico. *Farmacia profesional*, 26(6), 32-39.

Barreda A (2020). Respuesta fisiológica al estrés. Fernández-Tresguerres J.A., & Cachafeiro V, & Cardinali D.P., & Delpón E, & Díaz-Rubio E, & Escriche E, & Juliá V, & Teruel F, & Pardo M(Eds.), Fisiología humana, 5e. McGraw-Hill.
<https://ezproxy.uan.edu.co:2105/content.aspx?bookid=2987§ionid=254133209>

British Broadcasting Corporation (BBC). Coronavirus: el mapa que muestra el número de infectados y muertos en el mundo por Covid-19 (2020) recuperado el 14 de enero de 2021 <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51705060>

Boada-Grau, J. (2013). Salud y trabajo: los nuevos y emergentes riesgos psicosociales. Barcelona, Spain: Editorial UOC. Recuperado de <https://ezproxy.uan.edu.co:2830/es/ereader/bibliouan/56620?page=195>.

Cannon, W., 1939, *The Wisdom of the Body*. New York: Norton Pubs.

Cedeño, N. J. V., Cuenca, M. F. V., Mojica, Á. A. D., & Portillo, M. T. (2020). Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería investiga*, 5(3), 63-70.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (30 de Julio de 2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/S2000462_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Choi, H. J., Weston, R., & Temple, J. R. (2017). A Three-Step Latent Class Analysis to Identify How Different Patterns of Teen Dating Violence and

Psychosocial Factors Influence Mental Health. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(4), 854–866. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0570-7>

de Camargo, B. (2004) Estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*. 17: 2, 78-86

Cortés Díaz, J. M. (2018). Seguridad y salud en el trabajo técnicas de prevención de riesgos laborales (11a. ed.). Madrid, Spain: Editorial Tébar Flores.

Recuperado de

<https://ezproxy.uan.edu.co:2830/es/ereader/bibliouan/52004?page=625>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (21 de octubre de 2020). Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de pandemia.

<https://www.dane.gov.co/files/webinar/presentacion-webinar-salud-mental-en-colombia-21-10-2020.pdf>

Fiorillo, A., & Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), E32. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.35

Gamero-de-Luna, E. y Gamero-Estévez, E. (2021). Mutaciones, variantes y cepas de SARS-CoV-2. *Elsevier*, 47:3 208-209. DOI: 10.1016/j.semerng.2021.01.001

Gangwisch JE., Malaspina D., Boden-Albala B., Heymsfield SB. Inadequate sleep as a risk factor for obesity: analyses of the NHANES I. *Sleep*. 2005;28:1289–1296.

Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *bmj*, 368.

Gómez, B. y Escobar, A (2002). Neuroanatomía del estrés. *Rev Mex Neuroci.* 3: 5.

Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud mental*, 39(1), 47-58.

Hospital Universitario de la Samaritana. Misión. Recuperado el 17 de noviembre de 2021.

<https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=7818>

Hospital Universitario de la Samaritana. Organigrama 2018. Recuperado el 17 de noviembre de 2021. <https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=114>

Hospital Universitario de la Samaritana. Quienes somos. Recuperado el 10 de noviembre de 2021. <https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=68>

Hospital Universitario de la Samaritana. Resolución 8430 de 1993. Recuperado el 10 de noviembre de 2021.

https://www.hus.org.co/recursos_user/documentos/editores/17/Resolucion%208430-1993.pdf

Hospital Universitario de la Samaritana. Visión. Recuperado el 17 de noviembre de 2021. <https://www.hus.org.co/index.php?idcategoria=7819>

Instituto Nacional de Salud (INS). COVID-19 en Colombia. Recuperado el 17 de enero de 2021 <https://www.ins.gov.co/Noticias/paginas/coronavirus.aspx>

Juárez-García A. Síndrome de Burnout en personal de salud durante la pandemia COVID-19: un semáforo naranja en la salud mental. *Salud UIS*. 2020; 53(4): 432-439. doi: <https://doi.org/10.18273/revsal.v52n4-2020010>

McEwen BS., Chattarji S. Molecular mechanisms of neuroplasticity and pharmacological implications: the example of tianeptine. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004;14:S497–S502.

McEwen, B. S. (2006). Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(4), 367.

Maguiña, C. Gastelo, R, y Tequen. A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. Lima, Perú. *Rev Med Hered* DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>

Ministerio de salud y Protección Social (2020) Minsalud ratifica su compromiso con la salud mental de los colombianos. Boletín de Prensa No. 815 de 2020. Recuperado el 17 de noviembre de 2021 <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-ratifica-su-compromiso-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>

Organización Mundial de la Salud (OMS). Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Panagioti, M, Geraghty, K, Johnson, J, Zhou, A, Panagopoulou, E, Chew-Graham, C, et al. Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2018;178:1317–1330.

Redolar Ripoll, D. (2011). *El cerebro estresado*. Barcelona, Spain: Editorial UOC. Recuperado de <https://ezproxy.uan.edu.co:2830/es/ereader/bibliouan/33427?page=32>.

Robinson, A. M. (2018). Let's talk about stress: History of stress research. *Review of General Psychology*, 22(3), 334-342.

Ruiz, F. J., Martín, M. B. G., Falcón, J. C. S., & González, P. O. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17(1), 97-105.

Selye, H., 1950, «Stress and the general adaptation syndrome.» *Br. Med. J.* 4667 (4667), 1383–1392.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27–41. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.27>

Sterling, P. (2004). Principles of Allostasis: Optimal Design, Predictive Regulation, Pathophysiology, and Rational Therapeutics. In J. Schulkin (Ed.), *Allostasis, homeostasis, and the costs of physiological adaptation* (pp. 17–64). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316257081.004>

Szabo S, Tache Y, and Somogyi A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark bried “Letter” to the Editor# of Nature. DOI: 10.3109/10253890.2012.710919

Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista mexicana de urología*, 80(3), 1-9.

Anexo 1.

Carta de aprobación Comité de Ética del Hospital Universitario de la Samaritana



HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

Al contestar por favor cite: *RAD_51*



03G1515-V6 Página 1 de 7

03G1515-V6

Bogotá D.C., 29 de abril del 2021

Respetados Investigadores:

Laura Victoria Mora Torjano

Sonia Rodríguez Rodríguez

Victor Hugo González Cárdenas

Yonny Mena Méndez

Grupo Investigación:

MANDRAGORA

Cordial saludo,

En reunión del día 22 abril 2021 ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario de La Samaritana (CIEHUS), realizado en forma virtual a través de la plataforma Google Meet, según Acta de Reunión No. 05-2021. se presentó el proyecto del grupo de investigación **MANDRAGORA** Titulado: **Estrés, ansiedad y depresión en personal médico del Hospital Universitario de la Samaritana durante la pandemia SARS-CoV2/Covid-201**

Luego del análisis, consulta y discusión de los aspectos científicos, metodológicos y éticos del proyecto por parte de los miembros del comité, se decidió por unanimidad que el proyecto es:

APROBADO CON MODIFICACIONES MENORES. Se recomienda que la encuesta se realice de forma virtual y anónima. De esta manera no se requeriría la firma de un consentimiento ya que al contestar la encuesta se está dando un consentimiento implícito. Así mismo se recomienda que los resultados obtenidos sean entregados a la comunidad del HUS para que se realicen intervenciones si son requeridas de acuerdo a los hallazgos.

Atentamente,



29 ABR 2021

Comité de Ética en
Investigación

Amparo Gómez Gélvez

Presidente del Comité

Proyectado por: Vivian S. Quintero



Carrera 8 No. 0 - 29 Sur. Tel. 4077075

www.hus.org.co

"Red Samaritana, Universitaria, Segura y Humanizada"

Anexo 2.

Ficha Sociodemográfica

Complete en su totalidad la siguiente información:

1. Edad: ____ Sexo: M ____ F ____
2. Estado civil: Soltero ____ Casado ____ Unión libre ____ Viudo ____
3. ¿Tiene hijos? SI ____ NO ____ ¿Cuántos? ____
4. Personas con las que convive: Padres ____ Hermanos ____ Cónyuge ____ Hijos ____ Otros ____
5. Profesión: Médico general ____ Médico especialista ____ Médico Residente ____
6. Nivel de escolaridad: Profesional ____ Especialista ____ Estudiante de especialidad médica ____
7. Servicio al que pertenece: ¿Anestesia ____ Cardiología ____ Cirugía general ____ Cirugía plástica ____
Ginecología ____ Medicina interna ____ Neumología ____ Neurocirugía ____ Neurología ____ Oftalmología ____
Ortopedia ____ UCI ____ Urgencias ____ Otro ____ Cual? _____
8. ¿En cuál área labora la mayor parte de su jornada?: Consulta externa ____ Hospitalización ____ Salas de
cirugía ____ Unidad de Cuidados Intensivos ____ Urgencias ____ Otra área
9. Tipo de contratación: Contratista ____ Cooperativa ____ Planta ____
10. ¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno mental? SI ____ NO ____ ¿Cuál? ____
11. ¿Toma algún medicamento con regularidad? ¿SI ____ ¿NO ____ Cual? _____
12. ¿Ha asistido alguna vez a consulta en salud mental? SI ____ NO ____ Cual: Psicología ____ Psiquiatría ____
13. ¿Ha tomado medicamentos que ayuden a modular el estrés, ansiedad y/o depresión? SI ____ NO ____
¿Cuál? _____
14. ¿Toma algún complemento natural / herbal / bioenergético o similar, NO MEDICAMENTO, para
modular el estrés ansiedad y/o depresión? SI ____ NO ____ ¿Cuál? _____
15. ¿Realiza alguna actividad / ejercicio / similar, para modular el estrés ansiedad y/o depresión? SI ____
NO ____ ¿Cuál? _____ (Por ejemplo: meditación, respiración, actividad deportiva, yoga, etc.)

Anexo 3.

Protocolo DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación durante la semana pasada.

La escala de calificación es la siguiente:

0: No me ha ocurrido

1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo

2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo

3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo



1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido inquieto	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

Anexo 4.

Cuestionario en Formato Google Forms

See-cGJ76wioL3k_EcKT7PY82AwZa3hyqz0Yfm46U_kflm-CQ/viewform



HUS
HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LA SAMARITANA
Empresa Social del Estado

ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA
INVESTIGACIÓN
PROTOCOLO DASS-21



Cámbiate
soyYO!

DSINV05-V1

Estrés, Ansiedad y Depresión en personal médico del Hospital Universitario de la Samaritana durante la pandemia SARS-CoV2/Covid-2019

Bajo la dirección del grupo MANDRAGORA del Hospital Universitario de la Samaritana (HUS) los invitamos a participar en este proyecto con el fin de identificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante la atención en pandemia COVID-19. Por lo tanto, consiento responder la ficha sociodemográfica y el protocolo DASS-21 de forma anónima y que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir con los objetivos especificados en el proyecto y futuras publicaciones.

El desarrollo de la encuesta no le tomará más de 5 minutos.

[Acceder a Google](#) para guardar el progreso. [Más información](#)

***Obligatorio**

Accepto participar en este proyecto *

Sí

No

[Siguiente](#) [Página 1 de 3](#) [Borrar formulario](#)

Nunca envíes comentarios a través de Formularios de Google.

El formulario se creó en Universidad Antonio Nariño. [Denunciar abuso](#)

Google Formularios

